

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

**AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR E A SÍNDROME DE *BURNOUT* EM
ENFERMEIROS DO CORPO DE BOMBEIROS DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**

ALINE COUTINHO SENTO SÉ

RIO DE JANEIRO

2014

ALINE COUTINHO SENTO SÉ

**AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR E A SÍNDROME DE *BURNOUT* EM
ENFERMEIROS DO CORPO DE BOMBEIROS DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Nébia Maria Almeida de Figueiredo

RIO DE JANEIRO

2014

S437 Sé, Aline Coutinho Sento.
Ambiente pré-hospitalar e a Síndrome de Burnout em enfermeiros do
Corpo de Bombeiro do Estado do Rio de Janeiro / Aline Coutinho Sento Sé,
2014.
134 f. ; 30 cm

Orientadora: Nébia Maria Almeida de Figueiredo.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

1. Enfermeiros - Stress ocupacional. 2. Burnout (Psicologia).
3. Esgotamento profissional. 4. Atendimento pré-hospitalar. I. Figueiredo,
Nébia Maria Almeida de. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro.
Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em
enfermagem. III. Título.

CDD – 610.730692

ALINE COUTINHO SENTO SÉ

**AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR E A SÍNDROME DE *BURNOUT* EM
ENFERMEIROS DO CORPO DE BOMBEIROS DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Rio de Janeiro – RJ, 2014.

DATA DE APROVAÇÃO: 15/12/2014

Prof^ª. Dr^ª. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Presidente (EEAP-UNIRIO)

Prof^ª. Dr^ª. Maria José Coelho
1^ª Examinadora (EEAN-UFRJ)

Prof^ª. Dr^ª. Teresa Tonini
2^º Examinador (EEAP-UNIRIO)

Prof^ª. Dr^ª. Mônica de Almeida Carreiro
Suplente (EEAP-UNIRIO)

Prof^º. Dr^º. Carlos Roberto Lyra da Silva
Suplente (EEAP-UNIRIO)

DEDICATÓRIA

A todos os bombeiros militares, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, atuantes no ambiente pré-hospitalar que diariamente ao assumirem os seus serviços e entrarem no fabuloso carro vermelho de socorro, colocam as suas vidas em risco para o salvamento de indivíduos totalmente desconhecidos e sem laços afetivos. Militares estes, que muitas vezes se encontram doentes ou com problemas familiares, mas que se abdicam das suas angústias e preocupações pelo juramento realizado: *“Vida alheia e riquezas salvar!”*

Ao meu amado pai, José Carlos da Silva Sento Sé, pelo amor, dedicação e ensinamentos mesmo diante de todas as dificuldades em criar duas filhas sozinho.

Ao meu marido, Caio Henrique Valente do Nascimento, pelo apoio e incentivo nas noites de sono perdidas, pelas restrições sociais, por todo aparato tecnológico e pela paciência ao percorrermos quase todo o Rio de Janeiro durante a coleta de dados.

Às minhas amigas enfermeiras Perla da Silva Antunes, Vanessa Lyrio e Ana Reis pela disponibilidade nas famosas e repentinas trocas de plantões.

À enfermeira Maria Fernanda, chefe de enfermagem do Hospital Federal Cardoso Fontes, pela sensibilidade, incentivo e liberações durante a árdua etapa de análise e conclusão dos dados deste trabalho.

Ao amigo que ganhei ainda no processo seletivo deste curso, nos corredores da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Thiago Augusto Soares Monteiro da Silva, pela companhia, motivação e sonhos durante os nossos estudos sobre emergência. Sem esquecer da sua gargalhada contagiante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por colocar no meu caminho uma pessoa tão maravilhosa como a professora Nébia Maria Almeida de Figueiredo, que me orientou com tanta paciência, destacando sempre a relevância do atendimento pré-hospitalar e mesmo diante dos seus infinitos e grandiosos conhecimentos, sempre foi muito educada e singela nas suas correções. Aos professores Maria José Coelho, Carlos Roberto Lyra da Silva, Teresa Tonini e Mônica de Almeida Carreiro pelas valiosas pontuações e sugestões, tão importantes para o desenvolvimento deste estudo.

Contra as chamas e lutas ingentes
Sob o nobre alvirrubro pendão,
Dos soldados do fogo valentes,
É a paz, a sagrada missão.
E se um dia houver sangue e batalha.
Desfraldando a auriverde bandeira,
Nossos peitos são férreas muralhas,
Contra audaz agressão estrangeira.

Missão dupla o dever nos aponta:
Vida alheia e riquezas salvar
E, na guerra punindo uma afronta
Com valor pela pátria lutar.

Aurifulvo clarão gigantesco
Labaredas flamejam no ar
Num incêndio horroroso e dantesco,
A cidade parece queimar
Mas não temem da morte os Bombeiros
Quando ecoa d'alarme o sinal
Ordenando voarem ligeiros
A vencer o vulcão infernal.

Missão dupla o dever nos aponta:
Vida alheia e riquezas salvar
E, na guerra punindo uma afronta
Com valor pela pátria lutar.

Rija luta aos heróis aviventa,
Inflamando em seu peito o valor,
Para frente que importa a tormenta
Dura marcha de sóis ou rigor?
Nem um passo daremos atrás,
Repelindo inimigos canhões
Voluntários da morte na paz
São na guerra indomáveis leões.

Missão dupla o dever nos aponta:
Vida alheia e riquezas salvar
E, na guerra punindo uma afronta
Com valor pela pátria lutar.

(Hino do Soldado do Fogo. Letra: **Ten. Sérgio Luiz de Mattos**)

RESUMO

SÉ, A. C. S. Ambiente pré-hospitalar e a síndrome de *burnout* em enfermeiros do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro. Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. Dissertação de Mestrado, 2014.

Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo seccional, com análise de conteúdo a partir de instrumentos respondidos por enfermeiros que atuam no ambiente pré-hospitalar. Tem como objeto a síndrome de *burnout* em enfermeiros do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ). Os participantes desse estudo foram enfermeiros militares que atuavam na assistência direta a clientes através do atendimento pré-hospitalar em ambulâncias classificadas como intermediárias do CBMERJ. Os objetivos foram: Investigar no cotidiano do trabalho pré-hospitalar que situações são submetidas os corpos das/os enfermeiras/os que possam indicar o desenvolvimento da síndrome de *burnout*; Identificar como as/os enfermeiras/os que atuam no pré-hospitalar se sentem em relação a sua saúde física e mental; e Discutir as implicações dos achados para a saúde físico-emocional das/os enfermeiras/os que trabalham no pré-hospitalar propondo intervenções. A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2014, com a utilização de três instrumentos de pesquisa intitulados: 1) Evidências de sinais psicológicos e tensão emocional: diagnosticando a síndrome de *burnout*, utilizando o questionário Inventário em Burnout de Maslach (MBI-Human Services Survey); 2) Evidências da ação: diário dos enfermeiros, contendo dados demográficos, descrição da quantidade de atendimentos realizados, situações, ambientes e relatos durante 24h de serviço; e 3) Evidências de adoecimento: prontuário de saúde dos enfermeiros, instrumento para evolução dos enfermeiros sobre seus sinais e sintomas de adoecimento durante e após o trabalho. Foram realizadas visitas em 22 quartéis do CBMERJ que possuíam viaturas comandadas por enfermeiros, totalizando 105 participantes. Este estudo possibilitou identificar como alerta geral que os enfermeiros militares que atuam no pré-hospitalar estão doentes e a síndrome de *burnout* está presente em seus corpos.

PALAVRAS CHAVES: Síndrome de *burnout*. Atendimento pré-hospitalar. Enfermeiros militares.

ABSTRACT

SÉ, A. C. S. Environment prehospital and the burnout syndrome in nurses of the fire department of the State of Rio de Janeiro. Master's degree in nursing. Federal University of State of Rio de Janeiro/UNIRIO. Dissertation, 2014.

This is an exploratory study of the sectional type had the prehospital environment and the burnout syndrome as subjects of analysis in nurses of the fire department of the state of Rio de Janeiro (CBMERJ). The participants of this study were military nurses that has a role in the prehospital assistance to clients classifical as intermediary risk patients by the CBMERJ regulation center. The objectives were investigate the situations in the prehospital everyday routine and factors that could develop burnout syndrome; identity nurses feel at the prehospital scenenary, considering the physical and mental health; discuss the implications of the findings to the physical emotional health this group, offering suggestions of intervention. Data was obtained from march to way of 2014, using three instruments of entitled research: 1) Evidences of psychological signs and emotional tension: diagnosing burnout syndrome, using the Maslach burnout inventory questionnaire (MBI- Human Service Survey); 2) Evidences of actions: daily records containing demographic datas, description of performed attendances, situations, environments and reports through a 24 hour work; and 3) Evidences of illness: health files of nurses as instrument of evolution on signs and symptoms of illness during and after a 24 hours shift. Visits were performed in 22 CBMERJ fire departments with ambulances commanded by nurses, totalizing 105 participants. The analysis of the subjects identified as a general warning that the military nurses working in prehospital are sick and burnout syndrome is present in their bodies.

KEYWORDS: Burnout syndrome. Prehospital assistance. Military nurses.

LISTA DE ABREVIACÕES

APH – Atendimento pré-hospitalar

APH – F – Atendimento pré-hospitalar fixo

APH – M – Atendimento pré-hospitalar móvel

ASE – Auto socorro de emergência

CBMERJ – Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro

COGS – Centro de operações GSE/SAMU

D - Despersonalização

EE – Exaustão emocional

GBS – Grupamento de busca e salvamento

GOCG – Grupamento operacional do comando geral

GSE – Grupamento de socorro de emergência

MBI – Maslach Burnout Inventory

OBM – Organização de Bombeiro Militar

P. A. – Pressão arterial

PCR – Parada cardiorrespiratória

PMERJ – Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro

PRP – Perda da realização profissional

PTM – Portador de transtorno mental

RAPH – Registro de atendimento pré-hospitalar

RCP – Ressuscitação cardiopulmonar

SAMU – Serviço de atendimento móvel de urgência

SESDEC – Secretaria de Estado de Saúde e de Defesa Civil

SIATE – Sistema integrado de atendimento ao trauma de emergência

UPA – Unidade de pronto-atendimento

UR – Unidade de resgate

USA – Unidade de suporte avançado

VTR - Viatura

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

GRÁFICO 1: Frequência da síndrome de <i>burnout</i> nos sujeitos do estudo	56
FIGURA 1: Espaços do adoecer	60
FIGURA 2: Nuvem adoecedora	111

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição das variáveis sexo, idade, estado civil e número de filhos dos participantes do estudo	54
TABELA 2: Distribuição das variáveis tempo de formação e tempo de atuação no atendimento pré-hospitalar dos participantes do estudo	54
TABELA 3: Distribuição das variáveis carga horária semanal de atuação no atendimento pré-hospitalar e vínculos empregatícios dos participantes do estudo	55
TABELA 4: Distribuição das dimensões da síndrome de <i>burnout</i> segundo os MBI respondidos pelos participantes do estudo	56
TABELA 5: Classificação para a síndrome de <i>burnout</i> segundo as características sociodemográficas	57
TABELA 6: Classificação da síndrome de <i>burnout</i> segundo as características laborais	58
TABELA 7: Respostas às declarações que avaliam a dimensão exaustão emocional com maior frequência	89
TABELA 8: Respostas às declarações que avaliam a dimensão despersonalização com maior frequência	90
TABELA 9: Respostas às declarações que avaliam a dimensão baixa realização profissional com maior frequência	91

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1: Cronograma de distribuição e recolhimento dos instrumentos nos quartéis do CBMERJ 48
- QUADRO 2: Classificação das tendências da síndrome de *burnout* a partir da pontuação apresentada em cada dimensão 50
- QUADRO 3: Classificação dos sistemas corporais e sintomas físicos registrados pelos participantes do estudo 61
- QUADRO 4: Classificação dos sentimentos e sintomas psíquicos registrados pelos participantes do estudo 62
- QUADRO 5: Classificação dos sentimentos e sintomas comportamentais registrados pelos participantes do estudo 62
- QUADRO 6: Classificação dos sentimentos e sintomas defensivos registrados pelos participantes do estudo 63

SUMÁRIO

1 Considerações gerais: o problema	16
1.1 Justificativa: preocupação e vivência	23
2 Aproximação com o tema	25
2.1 O atendimento pré-hospitalar	25
2.2 A enfermagem militar	32
2.3 <i>Burnout</i> : a síndrome da exaustão	35
2.4 O ambiente de trabalho e o processo saúde-doença	41
3 Metodologia	45
4 Resultados	52
4.1 Sobre os dados quantitativos	53
4.1.1 Conhecendo o perfil dos participantes do estudo e descrevendo os resultados	53
4.1.2 Desvelando a síndrome de <i>burnout</i>	55
4.1.3 A síntese geral dos dados quantitativos	58
4.2 Sobre os dados qualitativos	59
4.2.1 Sobre a síndrome de <i>burnout</i> nas falas das/os enfermeiras/os militares	59
4.2.2 Quanto aos sintomas: os espaços do corpo	61
5 Análise e discussão dos dados	87

5.1 Considerações sobre o perfil dos participantes do estudo	87
5.2 Considerações sobre a síndrome de <i>burnout</i> – olhar quantitativo	88
Categoria 1 – A síndrome quantificada: as/os enfermeiras/os do atendimento pré-hospitalar estão doentes	92
5.3 Considerações sobre a síndrome de <i>burnout</i> – o que dizem os dados qualitativos	94
Categoria 2 – A síndrome de <i>burnout</i> confirmada nos registros: sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos das/os enfermeiras/os	107
6 Considerações finais	109
Referências	113
Apêndices	
I - Solicitação de autorização para pesquisa	120
II - Termo de consentimento livre e esclarecido	122
III - Instrumento – Evidências de sinais psicológicos e tensão emocional	124
IV - Instrumento – Evidências da ação	126
V - Instrumento – Evidências de adoecimento	127
VI - Instrumento – Evidências do espaço	128
VII - Orientações para o preenchimento dos instrumentos	129
VIII – Sintomas e sentimentos dos enfermeiros do pré-hospitalar	130
Anexos	
Parecer consubstanciado do CEP	132
Glossário	134

1 CONSIDERAÇÕES GERAIS: O PROBLEMA

Antes de iniciarmos as considerações-problema, decidimos ilustrar esta introdução a partir de um texto-relato, sorteado entre tantos outros, do cotidiano de uma das enfermeiras que atuam no atendimento pré-hospitalar (APH) no qual traz situações vivenciadas por ela capazes de desencadear angústias, o que sentem e pensam quando estão atendendo as pessoas, como convivem com as emoções, seus medos diante de situações inesperadas ou previamente não conhecidas.

Não há no uso do relato abaixo, a menor intenção de denunciar ou expor a enfermeira ou a instituição onde trabalha, e sim tentar compreender o tipo/natureza de seu trabalho – “fundamental” para o salvamento de vidas, o qual pode contribuir para adoecimentos físico-emocionais que devem interessar a todos.

“Agora são 7:40h! Já recebi o serviço da minha colega e conferi os materiais da minha viatura... está tudo certinho a não ser o cheiro de sangue que não sai por nada! Ih! Tá tocando a corneta, tenho que ir para a cerimônia da Bandeira senão o coronel me prende, rs! Estou voltando às 10:30h, durante a Bandeira bradou para um mal súbito na Rua do Ouvidor. Acreditem! Chamaram a ambulância para uma senhora que estava com cefaleia!!! Quando estávamos voltando para o quartel nos acionaram para um atropelamento na Av. Presidente Vargas, era uma senhora que atravessou fora da faixa como sempre... acabou fraturando o fêmur, nada demais! Demoramos porque o hospital não possui materiais suficientes de extricação para troca aí temos que deixar a vítima no nosso até realizar todos os exames necessários... enquanto isso a viatura fica presa no hospital aguardando a liberação. 11:35h bradou o rancho, vou tentar comer porque não tomei café. 14:56h, caramba não consegui almoçar, quando fiz meu prato bradou para uma queda da própria altura e depois para uma crise convulsiva, acabei ficando com a maca presa na UPA, já estou estressada... acabei comendo um pacote de biscoito e não tem nenhuma ambulância aqui no quartel, ou seja, daqui a pouco lá vou eu de novo! Vou sentar um pouquinho aqui na comunicação, nem adianta subir para o alojamento. Já são 17:10h, graças a Deus, a hora está passando rápido! Não vejo a hora de ir para casa. Já fiz mais dois eventos, outra crise convulsiva e uma crise hipertensiva. São 18h, vou para a Bandeira de novo e depois tentar jantar. Aqui o jantar começa 18:05h

mais ou menos. Ai nem acredito! São 20:25h e desde às 17:10h não fiz mais nenhum evento, oba!!! Descansei um pouco as pernas porque toda vez que toca essa sirene tenho que sair correndo para a ambulância, isso cansa... Essa bombacha também aperta a perna. 23:42h, tô cansada... pra que fui falar, depois da última vez que escrevi, saí para uma hipoglicemia e um cortezinho na mão! Isso estressa muito, porque estou aqui o dia inteiro e quando vou para um evento desses, ainda mais essa hora, tenho vontade de matar a pessoa! Se o corte é na mão, para que chamar a ambulância se a perna está boa e não é nada grave! Vou tentar tirar um cochilo. São 6:50h, saí duas vezes de madrugada mas não tive coragem de vir escrever, sai para um menino que provavelmente está com pneumonia e uma senhora que caiu em casa e não conseguia andar... o pior é que era numa comunidade, com uma escadaria enorme... além do perigo, cansaço, tivemos que descer com ela numa escadaria sem fim. Estou torcendo para a minha rendição chegar e não bradar mais nada até lá, rs!”

Este registro descrito na íntegra, fora realizado por uma oficial enfermeira do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), durante um serviço de 24h como chefe de guarnição de uma ambulância que realiza atendimento pré-hospitalar no município do Rio de Janeiro, em junho de 2013. Visando contribuir com maior realidade à temática, fora solicitado que realizasse um relatório como registro em um diário de campo, em uma folha em branco, que continha apenas uma questão: Registre como foi o seu serviço hoje.

Este estudo tem como **objeto a síndrome de burnout em enfermeiros do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro**. Muitas são as causas que proporcionam o acionamento do serviço de emergência pré-hospitalar. E essa diversidade culmina no levantamento de inúmeras questões que nos instigam à investigação como as diferentes situações que o enfermeiro se depara neste campo. Neste estudo enumeraremos seis delas, conforme o desenvolvimento do texto.

A primeira, é a afirmativa de que no Brasil, nos últimos anos, as necessidades de atenção à saúde têm proporcionado o crescimento da demanda de atendimentos de urgências e emergências, em decorrência dos maus hábitos de vida, do crescente número de violências e acidentes de trânsito incluindo quedas de moto, colisões, capotamentos e atropelamentos.

Esta situação está confirmada em Martins e Prado (2003, p. 71) quando afirmam que:

Frente ao aumento exacerbado da violência, doenças cardiovasculares, respiratórias, metabólicas entre outras, responsáveis pelas ocorrências de urgência/emergência, cresce a necessidade de atendimento imediato das vítimas no local da ocorrência, bem como de transporte adequado para um serviço emergencial de atendimento definitivo.

O atendimento pré-hospitalar consiste em qualquer cuidado realizado fora do ambiente hospitalar, fora dos muros das redes de saúde, ainda no local onde ocorreu o evento, para pessoas em situação de risco.

Segundo Lopes e Fernandes (1999, p. 381) o atendimento pré-hospitalar pode ser definido como:

Toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, através dos diversos meios e métodos disponíveis, com uma resposta adequada à solicitação, a qual poderá variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local de ocorrência, visando a manutenção da vida e/ou minimização de sequelas.

O APH no Brasil ainda é bem recente. Os primeiros serviços públicos começaram no final da década de 80 com o resgate do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, seguido por outros estados como o Corpo de Bombeiros de São Paulo. Desde o início, os serviços de atendimento pré-hospitalar no Brasil se diferenciavam dependendo da influência exercida pela figura do paramédico, proveniente dos Serviços de Resgate de Bombeiros Americanos e dos serviços influenciados pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) francês, onde a presença do médico é obrigatória.

A segunda é de que a atividade do enfermeiro no APH, na assistência direta, vem desenvolvendo-se a partir da década de 90 no nosso país, com o início das unidades de suporte avançado (THOMAZ; LIMA, 2000).

O atendimento pré-hospitalar no Estado do Rio de Janeiro é desenvolvido pelo Grupamento de Socorro de Emergência (GSE) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro desde 1986, sendo pioneiro no Brasil neste tipo de atividade.

Trata-se de um sistema estruturado com ambulâncias classificadas de acordo com o grau de complexidade dos atendimentos. Atualmente existem três classificações: ambulâncias básicas compostas por técnicos de enfermagem; ambulâncias intermediárias compostas por enfermeiro e técnicos de enfermagem e ambulâncias avançadas compostas por médico e técnicos de enfermagem.

A assistência de enfermagem pré-hospitalar exige do enfermeiro capacidade de conviver com o inesperado, pois após a solicitação de emergência pelo telefone, o brado toca e as equipes de socorro saem rapidamente sem saber o que vão encontrar; dinâmica de atuação ao deparar-se com o evento e rápidas ações resolutivas, pois nas viaturas intermediárias, os enfermeiros são os chefes de guarnição, são os membros responsáveis pela coordenação da

ação, da assistência à(s) vítima(s), da delegação de tarefas e solicitação de apoios diversos quando necessário. Esta ação de cuidar proporciona um misto de sentimentos, ações e conhecimentos que podem evoluir da satisfação à frustração profissional dependendo das situações identificadas, dos espaços onde ocorreram os eventos, do desfecho e evolução das vítimas atendidas.

Enumerando como terceira, é nesse nível de atendimento que este estudo se insere. Isto é, no espaço em que os enfermeiros do pré-hospitalar atuam, exercendo a enfermagem fora dos muros das unidades de saúde, em via pública, o que traz uma diferença significativa entre dentro, protegido, pelos muros do hospital e fora, exposto, a qualquer adversidade.

Em um dia de trabalho, quando de serviço, o enfermeiro do pré-hospitalar é submetido a três momentos distintos: 1º) Ainda no quartel, permanece num local seguro estando diretamente subordinado ao seu comandante imediato e realizando atividades burocráticas ou instrutivas como palestras ou demonstrações, sendo um membro da tropa de prontidão; 2º) Ao toque do brado e ao embarque na viatura, em minutos, de membro da tropa passa a comandante de socorro, sendo o responsável pelos profissionais que ali estão, pelos equipamentos, pela própria viatura e pelos atendimentos das vítimas. Torna-se o comandante da unidade móvel militar chamada ambulância; e 3º) Ao chegar ao local da ocorrência, o enfermeiro perde o controle da sua unidade e fica submetido aos fatores externos e intempéries relacionados ao ambiente do cuidar do agravo à saúde da vítima, ao teatro de operações.

É neste teatro de operações que tudo acontece, entendido como o local onde o evento ocorre, independentemente de sua natureza, e onde os atores do cuidar irão planejar e executar atividades gerenciais e assistenciais para o atendimento, transporte e remoção dos vitimizados com a utilização de técnicas e recursos adequados.

O relato realizado pela enfermeira que dá início a este estudo, ilustra a realidade dos atores envolvidos no processo de cuidar no ambiente pré-hospitalar, a existência de uma identidade dual, ser enfermeiro e ser militar. Destrinchando os registros, percebemos as faces do ser enfermeiro e do ser militar que se envolvem nas atividades assistenciais, burocráticas e de relacionamento interpessoal pautadas no lema hierarquia e disciplina. Além do trabalho delicado, mas ao mesmo tempo doloroso pertinente ao APH com todas as restrições necessárias como as alimentares e de descanso, existe o ser militar, que em nenhum momento pode ser esquecido ou ignorado por se tratar de um regime rigoroso, com normas internas rígidas e riscos a punições que vão desde repreensão à prisão com caráter educativo aos desvios de conduta.

Exemplificando a vivência de ser militar, encontramos os trechos *“Tá tocando a corneta, tenho que ir para a cerimônia da Bandeira senão o coronel me prende, rs”*, *“São 18h, vou para a Bandeira de novo e depois tentar jantar”* e *“Essa bombacha aperta a perna”* onde evidenciam-se o cumprimento dos deveres cerimoniais e a utilização adequada do fardamento independente do desconforto.

Como quarta situação, durante o curso de formação para o APH, o enfermeiro estuda que o primeiro passo para um atendimento é a avaliação da cena, que consiste na verificação da segurança do local de atendimento para o início de qualquer tipo de assistência evitando assim, o aumento do número de vítimas. Mas em muitas situações o instinto de ajuda, de auxílio, de cuidado, limita a preocupação do profissional com a sua própria vida. E estes riscos são corridos para um cuidado de um corpo desconhecido, que nunca foi visto, que não existe nenhum tipo de laço familiar, coleguismo ou amizade.

Estes profissionais devem estar disponíveis para atender pessoas envolvidas em acontecimentos ruins, trágicos, onde todas as pessoas pensam em correr contra o incidente para se proteger, avançando para o local de perigo, de instabilidade, para salvar um indivíduo que não se conhece.

Sebag-Lanoe (1992 apud DELBROUCK, 2006, p. 182) corrobora com o tema afirmando que:

Como prestadores de cuidados somos testemunhas e acompanhantes dessas múltiplas perdas e lutos. Mas todos sabemos que, como pessoas, não podemos escapar a essas perdas e lutos. O nosso trabalho torna-se mais difícil e mais ansiogênico, pois somos obrigados a ver o que, cada vez mais, os outros recusam ver. Pois somos levados a ajudar aqueles que os outros não podem ou já não querem ajudar.

Entre os inúmeros tipos de eventos ou ocorrências que são atendidos pelo enfermeiro no ambiente pré-hospitalar, o único chamado que sabidamente proporciona alegria já ao toque do brado de emergência, sem envolvimento de ferimentos, incapacidade ou morte, é o trabalho de parto eutócico. As ocorrências que envolvem vítimas com agravos clínicos ou traumáticos com evolução positiva do quadro após a assistência realizada no ambiente pré-hospitalar, nem que seja mínima ou discretamente, também contribuem com elementos emocionalmente fortalecedores para o desempenho das atividades desses profissionais.

E essas atividades se findam a partir do momento que as vítimas são liberadas no local de atendimento ou encaminhadas para a unidade de emergência de referência. Diferente da assistência hospitalar onde os profissionais de saúde têm a oportunidade de conhecer a história

do cliente, seus familiares, atuar e acompanhar sua evolução, o ambiente pré-hospitalar não permite realizar essas observações e atividades. Um curto espaço de tempo para estabilização e manutenção da vida deve ser seguido e o acompanhamento à vítima termina na unidade hospitalar para onde a mesma é encaminhada para tratamento complementar.

A quinta, diz respeito ao processo de trabalho no qual a rotatividade e uma esfera temporária curta, conduz a preocupações de saber quem dará continuidade ao atendimento pré-hospitalar, como a vítima está sendo atendida, se a família foi avisada e o que pode estar sentindo. Neste mesmo processo, como enfermeira socorrista no Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro tenho identificado o quanto este trabalho demanda esforços físicos e emocionais que merecem um olhar, uma visão diferenciada no que diz respeito a saúde desses profissionais atuantes nesses ambientes de cuidar. Mesmo parecendo, a princípio, um curto espaço de tempo, as conversas diárias entre um serviço e outro ou quando o silêncio emergencial emerge, o diagnóstico que fazemos, de início, é que este processo provoca o desgaste acumulativo a todos os esforços e privações realizadas nesse período assistencial.

No que concerne ao preparo físico, o que está indicado na experiência é a exigência de um corpo saudável. Diariamente realiza-se o deslocamento em locais de difícil acesso, subindo escadarias, pulando muros, acessando veículos retorcidos, transpondo as barreiras necessárias para o atendimento às vítimas em diversas situações. Somando-se a esses esforços, os enfermeiros socorristas muitas vezes abrem mão das suas próprias necessidades básicas como comer, beber, dormir e até mesmo utilizar o banheiro para cuidar do outro que apresenta um corpo ferido, agredido ou doente, pois os eventos emergenciais como o próprio nome expressa não têm hora marcada para acontecer e as equipes de atendimento pré-hospitalar devem estar prontas para atuar durante as 24 horas do dia.

Além do preparo físico e emocional e a exposição a riscos psicossociais, os bombeiros lidam também com riscos biológicos, como exposição a sangue contaminado e privação do sono por escala noturna de trabalho ou ciclos longos de trabalho-descanso (MURTA; TRÓCCOLI, 2007).

Como sexta situação, ratificamos o risco dos enfermeiros atuantes no pré-hospitalar ao desenvolvimento de estresse e outras alterações psíquicas em decorrência de um inadequado processo de alimentação e descanso, pois não possuem garantia e horários regulares para essas necessidades; exposição ao risco, pois os atendimentos são realizados em uma diversidade de cenários não controlados, inseguros e instáveis; tensão, pois a cada toque da sirene situações

inesperadas poderão acontecer; angústia, pois desconhecem na sua totalidade as pessoas que serão atendidas e sua gravidade; e situações de impacto, pois cotidianamente estão presentes em cenas de destruição, dor e morte.

O interesse pelo estudo com embasamento na síndrome de *burnout*, surgiu após o contato com literaturas que abordavam o tema e que tinham como sujeitos profissionais de saúde de unidades hospitalares. Assim como pela proximidade dos fatores causadores da síndrome em questão e a preocupação com a saúde física e emocional dos enfermeiros que atuam no pré-hospitalar.

A partir do reconhecimento dessas situações-problemas, destacamos alguns fatores ou sinais e sintomas adoecedores. A busca pela recuperação da saúde ou assistência especializada pode se tornar prejudicada pela dificuldade de afastamento do trabalho. Os enfermeiros que realizam assistência no APH do CBMERJ cumprem o serviço de sobreaviso, ou seja, possuem o regime de trabalho de 24h por 96h de descanso, porém estão submetidos a uma escala paralela de acionamento no período de folga caso algum outro profissional tenha necessidade de afastamento. Fato que segundo as falas dos participantes, traz implicações negativas para a saúde, pois acabam trabalhando doentes para não trazerem prejuízos aos colegas de serviço ao contribuírem para a realização de carga horária excessiva pelos mesmos.

Os problemas aqui destacados indicam as **questões norteadoras** desse estudo:

- As/os enfermeiras/os que atuam no pré-hospitalar podem desenvolver a síndrome de *burnout*?
- O ambiente do APH pode ser o desencadeador de adoecimento?
- Quais os fatores do ambiente do APH capazes de desencadear a síndrome de *burnout* em enfermeiras/os?

Para responder a essas questões definimos como **objetivos**:

- Investigar no cotidiano do trabalho pré-hospitalar que situações são submetidas os corpos das/os enfermeiras/os que possam indicar o desenvolvimento da síndrome de *burnout*;
- Identificar como as/os enfermeiras/os que atuam no pré-hospitalar se sentem em relação a sua saúde física e mental; e
- Discutir as implicações dos achados para a saúde físico-emocional das/os enfermeiras/os que atuam no pré-hospitalar propondo intervenções.

1.1 Justificativa: preocupação e vivência

A justificativa desse estudo diz respeito a preocupação com o cotidiano de cuidar de pessoas em situações que acontecem no ambiente pré-hospitalar, que se identificam nas seguintes considerações:

a) Estando o enfermeiro frente às unidades de resgate, realizando atendimento pré-hospitalar à população, acreditamos que este estudo possa ampliar o conhecimento sobre o trabalho desenvolvido por estes profissionais atuantes no Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, assim como as implicações para a saúde desses trabalhadores;

b) A vivência nas condições de um cenário estressor concernente ao dia a dia militar e ao inesperado após o brado de socorro pode contribuir direta ou indiretamente ou mesmo ser a causa para o desencadeamento de doenças psicossociais nesses profissionais;

c) O tipo de desgaste a que as pessoas estão submetidas, permanentemente, nos ambientes e as relações de trabalho são fatores determinantes na ocorrência de doenças. Os agentes estressores psicossociais são tão potentes quanto os microrganismos e a insalubridade no desencadeamento de doenças (SANTOS, 2010);

d) Nas teorias que tomam o estresse como categoria mediadora entre o trabalho e a saúde, há uma grande preocupação com a doença cardiovascular por um lado e por outro, como esgotamento e o “*burnout*” que são manifestações psicopatológicas diretamente vinculadas ao estresse (PALÁCIOS; DUARTE; CÂMARA, 2002).

e) A síndrome de *burnout* está vinculada a uma doença da função profissional, independente dos problemas ou dificuldades da vida. Como os enfermeiros que atuam no pré-hospitalar estão diariamente suscetíveis a fatores estressores e exautores que não são abordados com frequência na academia, este estudo pode trazer diversas contribuições para o ensino da enfermagem e formulação de diretrizes voltadas para a saúde destes trabalhadores.

Acreditamos que o interesse por este estudo não deva estar restrito à Instituição do Corpo de Bombeiros, mas a enfermagem (enfermeiros e técnicos) que como profissionais que estão em constante luta para manter a vida, como podem exercer tal atividade se seu próprio trabalho pode provocar adoecimentos se não houver um devido cuidado para com eles, não esquecendo que existe uma equipe de saúde que deve ser cuidada.

O estudo inicia a produção de conhecimento a partir da prática, uma atividade ainda recente com menos de trinta anos, contribuindo com o trabalho num plano científico e orientados por estratégias e intervenções. Pode ainda, despertar interesse não só para a prática, mas para ampliação desta área de especialidade nos cursos de graduação e pós-graduação e finalmente registrar a história da enfermagem no Corpo de Bombeiros, principalmente no atendimento pré-hospitalar.

2 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

2.1 O atendimento pré-hospitalar

O atendimento às emergências/urgências no local da ocorrência caminha desde o período das grandes guerras, mais precisamente no século XVIII, período napoleônico, onde os soldados feridos eram retirados da zona de conflito sendo transportados em carroças com tração animal, para serem atendidos por médicos (RAMOS; SANNA, 2005).

No Brasil, os atendimentos às vítimas no local do evento são tão antigos quanto em outros países. Data de 1893 a aprovação da lei, pelo Senado da República, que pretendia estabelecer o atendimento médico em via pública, no Rio de Janeiro, então capital do País (MARTINS; PRADO, 2003).

No século XIX, com a formação da Cruz Vermelha Internacional, mais precisamente em 1863, os combatentes feridos continuaram sendo atendidos, recebendo cuidados emergenciais durante o transporte até a chegada aos hospitais de guerra, pelos seus próprios companheiros, treinados em primeiros socorros (AZEVEDO, 2002).

Os serviços de atendimento pré-hospitalar basearam-se nos conceitos de atendimentos às vítimas desenvolvidos nessas situações de guerra, através do transporte da área de conflito para o ambiente hospitalar, envolvendo tanto vítimas clínicas como as de trauma (THOMAZ; LIMA, 2000).

Já no século XX, a enfermeira aparece como participante ativa do cuidado aos feridos na I e II Guerras Mundiais e nas Guerras do Vietnã e da Coreia (THOMAZ; LIMA, 2000) e (HOLLERAN, 1994).

Lechleuthne, Deslandes e Albuquerque; e Minayo (1994, 2002, 2009 apud ALBUQUERQUE, 2010, p. 36), afirmam que *“dois modelos têm inspirado a organização do atendimento pré-hospitalar no mundo: o americano e o francês, sendo que muitos países adotam estratégias que mesclam características destas duas matrizes de organização”*.

No modelo americano, o atendimento pré-hospitalar é realizado por paramédicos que são profissionais com nível de escolaridade técnico, enquanto que no modelo francês o médico faz parte da guarnição de socorro.

Nos Estados Unidos da América, a formação, a experiência e as habilidades exigidas do enfermeiro para atuar no APH variam de Estado para Estado, sendo os cursos geralmente extensos e com conteúdo diversificado. A obtenção da licença para atuar no APH inclui experiência de, no mínimo, 1 a 3 anos de prestação de assistência em serviços de emergência ou aos pacientes críticos, incluindo certificação em cursos específicos para o desenvolvimento de habilidades (HOLLERAN, 1994).

Na França, o sistema de atendimento às urgências, Services d' Aide Médicale Urgente, é composto por enfermeiros especializados em anestesiologia. A aquisição da competência em atendimento às urgências, pelo enfermeiro francês, inicia no curso de graduação em enfermagem, em unidades de cuidados intensivos e em práticas de suporte avançado de vida (HOLLERAN, 1994).

No Japão e na Inglaterra, os paramédicos estão aptos a realizar procedimentos de suporte avançado de vida, tais como desfibrilação, intubação endotraqueal e aplicação de medicamentos por via endovenosa (HAYASHI; HIRADE; MORITA, 2002, RAINER et al, 1997 apud MINAYO; DESLANDES, 2008).

O serviço de APH na Espanha é de responsabilidade de companhias regionalizadas ligadas ao setor público. Cada comunidade autônoma da Espanha possui uma companhia para atendimento às emergências médicas e traumáticas. O serviço de APH é estendido a todo território e disponível para qualquer cidadão da comunidade (QUEIPO DE LANO et al, 2003 apud ALBUQUERQUE, 2010).

Inicialmente no Brasil, o modelo norte-americano foi o de maior predominância na realização de medidas de suporte básico de vida desenvolvidas pelas equipes dos Corpos de Bombeiros. Posteriormente, o modelo francês foi adotado em algumas cidades brasileiras, com equipes compostas por profissionais da saúde objetivando o suporte avançado de vida ainda no local do evento (FIGUEIREDO; COSTA, 2009).

Segundo Brasil (2002, p. 69) considera-se como atendimento pré-hospitalar:

O atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas, ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

O APH móvel é classificado como primário e secundário. Entende-se por primário quando a solicitação de socorro é realizada por um popular ou até mesmo pela vítima, sendo o

atendimento iniciado no próprio local do evento como por exemplo: Ao passar pela Av. Rio Branco na altura do nº 450, o senhor Luís presencia um atropelamento por ônibus e imediatamente pelo seu celular faz contato com o Corpo de Bombeiros, através do nº de emergência 193, informando o ocorrido. O comunicante do quartel (profissional responsável pelo atendimento das solicitações e despacho das viaturas) anota a solicitação e empenha o socorro. Após 5 minutos, chega ao local a viatura ASE 253 que realiza o atendimento à vítima.

O APH móvel secundário é caracterizado pela solicitação de uma unidade ou serviço de saúde onde o paciente recebeu atendimento, mas que precisa de uma transferência ou transporte a uma unidade de maior complexidade para a continuidade do seu tratamento, como por exemplo: Deu entrada em um Centro Municipal de Saúde a senhora Luciana com queixa de nalgia, visão turva e sudorese. Ao ser atendida pela equipe de saúde de plantão, fora diagnosticada com crise hipertensiva (P.A. 260x160mmHg). Após os cuidados necessários, optou-se pela transferência à unidade de emergência de referência para continuidade do tratamento e realização de exames complementares.

Considerando a década de 1990 como o primórdio da inserção dos enfermeiros nas atividades de atendimento pré-hospitalar, que se deu inicialmente na cidade de São Paulo, após 14 anos os enfermeiros do Estado do Mato Grosso iniciaram atividades neste campo de atuação. Até dezembro de 2004, o serviço de APH em Cuiabá era realizado pelo Corpo de Bombeiros, contando com uma assessoria médica composta por médico e enfermeiro, que eventualmente atuavam na assistência direta. Posteriormente, atendendo a Política Nacional de Saúde, as composições das equipes foram reformuladas, seguindo o modelo do SAMU francês, inserido assim, o enfermeiro nas equipes de suporte avançado de vida, juntamente com um médico e dois bombeiros socorristas e suporte básico de vida, com dois bombeiros socorristas. Neste último, poderiam ser empregados enfermeiros ou técnicos de enfermagem conforme escala e disponibilidade. Esse cenário foi modificado em 2007 com a desvinculação do Corpo de Bombeiros a este tipo de atendimento, excluindo-se assim a presença dos bombeiros socorristas (FIGUEIREDO; COSTA, 2009).

Em Porto Alegre, o SAMU foi implantado em 1995 após um termo de cooperação com a França, com um modelo mesclado, incluindo médicos na função de regulador e equipes de suporte básico e avançado com profissionais da saúde (ROMANZINI; BOCK, 2010).

Atualmente na cidade de São Paulo, o atendimento pré-hospitalar é realizado por Unidades de Resgate (UR) do Corpo de Bombeiros, tripuladas por bombeiros socorristas, com

apoio das Unidades de Suporte Avançado (USA) do SAMU, que são compostas por médicos e enfermeiros civis (MARTINS; PRADO, 2003).

Em Manaus, até janeiro de 2006 o APH era realizado por dois serviços: o SOS e o Corpo de Bombeiros, o primeiro de responsabilidade da esfera municipal e o segundo estadual. Os dois serviços realizavam os primeiros cuidados emergenciais e transporte das vítimas às unidades de saúde, sem a presença de médicos e com escassez de materiais adequados. Com a implantação do SAMU, coube ao Corpo de Bombeiros somente o resgate de vítimas em situações de encarceramento em ferragens, em áreas com risco de desabamento e em locais de incêndio (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Na cidade de Curitiba, desde 1990 o socorro era feito pelo Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), gerenciado pelo Corpo de Bombeiros. Com a integração ao Sistema de Atendimento Municipal às Urgências, o SIATE continuou responsável pela prestação de atendimento às vítimas de acidentes e violências e o SAMU pelas emergências clínicas (MINAYO; DESLANDES, 2008).

No estado do Rio de Janeiro, a sistematização do atendimento pré-hospitalar desde 1986 era realizado pelo Corpo de Bombeiros com a missão de promover atendimento médico pré-hospitalar em vias e logradouros públicos, com o propósito de diminuir a morbidade e mortalidade, decorrentes de emergências clínicas e traumáticas. A partir de 2005, quando o SAMU foi implantado no Rio de Janeiro, ocorreu a divisão nas atividades assistenciais ficando este responsável pelo atendimento das urgências clínicas domiciliares e o CBMERJ pelos atendimentos em vias públicas às vítimas de acidentes e violências.

A partir de 2007, com a união das Secretarias de Estado de Saúde e de Defesa Civil, um gestor do GSE assumiu a Superintendência de Urgências e Emergências, trabalhando no sentido de integrar as ações e a regulação do APH no estado do Rio de Janeiro, articulando as ações entre o GSE e o SAMU (MINAYO; DESLANDES, 2008). Atualmente, no município do Rio de Janeiro, os serviços do SAMU e GSE são realizados por bombeiros militares, subordinados a uma central de regulação com profissionais civis e militares. Em outros municípios, o SAMU possui profissionais civis responsáveis pelos atendimentos domiciliares, ficando o GSE restrito aos atendimentos em vias públicas.

Neste estudo nos ateremos ao APH móvel primário realizado por enfermeiros em ambulâncias intermediárias do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro.

O acionamento deste tipo de atendimento pode ser realizado através de contato telefônico com os números 192 ou 193, para uma central de regulação de urgências e emergências ou para a base do quartel do Corpo de Bombeiros da localidade no caso deste último. Após a solicitação de socorro, o suporte mais adequado será acionado de acordo com a avaliação da complexidade e disponibilidade dos recursos. O atendimento é iniciado no próprio local pelas equipes de saúde e se complementa com o transporte da(s) vítima(s) a um hospital de referência quando necessário.

Quando a solicitação é realizada pelo nº de emergência 193, o comunicante do quartel anota o evento que deverá conter as seguintes informações: nome da vítima (quando conhecido), idade aproximada, sexo, nome do solicitante e contato telefônico, endereço da ocorrência com ponto de referência e natureza do evento ou queixa principal. Após, solicita confirmação pelo médico de serviço no quartel. Quando este profissional não está presente ou quando a unidade do Corpo de Bombeiros não o possui, o evento é repassado para o Centro de Operações 1º GSE/SAMU (COGS) para que seja providenciado o socorro adequado conforme protocolos internos, salvo nas seguintes situações onde a solicitação é considerada como confirmada e o despacho da viatura é realizado imediatamente (BOLETIM SEDEC/CBMERJ, 2013):

- Acidente com transporte terrestre, aéreo e marítimo;
- Queda de altura superior a 2m;
- Afogamentos;
- Queimaduras graves;
- Vítima de projétil de arma de fogo ou perfuração por arma branca;
- Tentativas de suicídio;
- Acidentes com membros ou partes do corpo presas;
- Deslizamentos ou desabamentos;
- Princípios de incêndio;
- Vítima inconsciente com alterações respiratórias;
- Intoxicações;
- Amputações;
- Hemorragias externas, traumáticas ou orificiais;
- Solicitação de apoio operacional de qualquer quartel do CBMERJ;

- Trabalho de parto ou pós parto imediato;
- Fraturas expostas;
- Vítimas confinadas;
- Crises convulsivas repetidas sem recuperação da consciência;
- Suspeita de engasgo por obstrução de vias aéreas;
- Linchamento;
- Agressões com alteração do nível de consciência e/ou com hemorragias, deformidades e alterações respiratórias;
- Eventos que envolvam múltiplas vítimas;
- Choque elétrico ou descarga elétrica por raio;
- Eventos de explosão; e
- Vítimas psiquiátricas com risco de autoagressão ou agressão a terceiros.

Quando a solicitação de socorro é realizada pelo número de emergência 192, a chamada telefônica é atendida por um telefonista auxiliar de regulação que possui conhecimentos gerais mas que recebem treinamentos sobre agravos à saúde. Quando a ocorrência acontece em via pública não ocorre regulação médica, sendo repassada via contato telefônico ou via rádio para a base do Corpo de Bombeiros mais próxima ou para o chefe de guarnição da viatura mais adequada utilizando-se os mesmos meios.

Quando a origem do evento não está relacionada a logradouros públicos, o atendimento é repassado a um médico regulador que após contato telefônico com o solicitante traçará a conduta mais adequada que poderá ser desde uma orientação ao despacho de uma viatura.

A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes (BRASIL, 2002).

Segundo a portaria GM 2.048, de 2002, que regulamenta os sistemas estaduais de urgência e emergência, as ambulâncias são classificadas de acordo com os profissionais que a compõe e os recursos disponíveis como discriminado a seguir:

TIPO A – Ambulância de transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo, sendo tripulada por dois profissionais: o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

TIPO B – Ambulância de suporte básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado, com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino, tripulada por dois profissionais: o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

TIPO C – Ambulância de resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas). Tripulada por três profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida.

TIPO D – Ambulância de suporte avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco de emergência pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos para esta função. Tripulada por três profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.

TIPO E – Aeronave de transporte médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil – DAC. O atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida e:

- Para os casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico e um enfermeiro;
- Para o atendimento a urgências traumáticas em que sejam necessários procedimentos de salvamento, é indispensável a presença de profissional capacitado para tal.

TIPO F – Embarcação de transporte médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade. A equipe deve ser composta por dois ou

três profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida.

As configurações das ambulâncias do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro são divergentes das orientações contidas na portaria GM 2.048, de 2002. A que mais se assemelha é a ambulância do Tipo B, chamada de viatura básica no CBMERJ, porém com mais um integrante, já que essas ambulâncias possuem além do motorista, dois técnicos de enfermagem e não somente um conforme a portaria citada.

A denominação “viatura intermediária” é uma nova realidade que não encontramos nas literaturas e pesquisas relacionadas ao tema. Trata-se de uma nomenclatura utilizada no CBMERJ condizente a presença do enfermeiro como membro da equipe responsável pela unidade móvel de socorro ou ambulância. Esta classificação passou a ser utilizada após o ingresso de 422 oficiais enfermeiros, através de concurso público realizado em 2008. A presença do enfermeiro como chefe de viatura também acontece em diversos estados do nosso país, porém com a denominação de ambulância de nível básico.

Ainda com relação a portaria GM 2.048, de 2002, a presença do profissional enfermeiro está relacionada aos eventos de alta complexidade, ao suporte avançado de vida, como podemos ver nas viaturas dos tipos D, E e F. Divergindo do CBMERJ, com exceção do transporte realizado por aeronave, onde atualmente o enfermeiro faz parte da equipe. Na ambulância avançada do CBMERJ, a equipe é formada por um médico, um técnico de enfermagem e um motorista.

Neste tipo de atendimento, são realizados procedimentos invasivos e o uso de equipamentos e materiais específicos destinados à assistência dos casos de maior gravidade e complexidade só podendo ser realizados por médicos e enfermeiros (FIGUEIREDO; COSTA, 2009).

2.2 A enfermagem militar

Ainda no mesmo contexto existem as características de um trabalho militar, que se desenvolve dentro de uma prática complexa, de subordinação e regras em um sistema

hierarquizado. Como já discursado, o atendimento pré-hospitalar é desenvolvido no estado do Rio de Janeiro pelo Corpo de Bombeiros sendo os enfermeiros atuantes nestas atividades também militares.

O APH, realizado por enfermeiros segundo Hanszman (2012, p. 13):

É uma prática recente no Rio de Janeiro e teve seu início em 1992, com o ingresso de oito oficiais enfermeiros no Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro. Posteriormente, em 1994, ingressaram quatro oficiais enfermeiros oriundos do concurso de 1992. Em 2000, um novo concurso ofereceu doze vagas, que foram preenchidas integralmente, em 2001, ocorreu concurso para ingresso de trinta e quatro vagas, estas preenchidas em 2002, e, em 2008, o concurso que ofereceu o maior número de vagas de toda a história da corporação, 422 vagas para oficiais enfermeiros.

Os profissionais da equipe de enfermagem do CBMERJ que atuam no APH-M, segundo Gonzales et al (2006), estão em exposição constante a fatores estressantes. Fazem parte do seu cotidiano o estado permanente de prontidão, situações inusitadas, escalas desgastantes e o convívio com ambientes estressantes.

O militarismo por vezes, proporciona um cenário estressor na medida em que algumas ações podem ser consideradas por superiores como inadequadas ou incoerentes ao seu idealismo, estando sujeito a sanções, punições, detenções ou prisões.

Na organização militar, a comunicação é formal e hierarquizada e quando ocorre algum tipo de problema interno é esta hierarquia que deve ser seguida para a sua resolução. Devido a estas características da organização, os sujeitos que nela trabalham devem seguir algumas regras de comportamento para estarem de acordo com as diretrizes propostas. O respeito e o cumprimento destas regras acabam padronizando o comportamento dos sujeitos que ali trabalham em diversos aspectos de suas vidas, como por exemplo, no modo como atendem uma pessoa (NATIVIDADE; BRASIL, 2006).

Em conversas informais com os enfermeiros socorristas do CBMERJ, um dos fatores com maior grau estressor relacionado ao militarismo atualmente está associado ao tempo de deslocamento permitido para a saída das viaturas após o brado, que consiste no acionamento de saída por um tipo de sirene em um sistema de alto-falante, em um intervalo de no máximo dois minutos independentemente do que se esteja fazendo no momento, como alimentação ou necessidades fisiológicas. O não cumprimento do tempo permitido é caracterizado institucionalmente como atraso de socorro, acarretando sanções disciplinares que poderão variar de advertências a detenções conforme a resposta do militar envolvido e o julgamento do superior hierárquico.

Para entendimento, o enfermeiro militar do CBMERJ, atualmente possui uma escala de 24h de trabalho por 96h de descanso, totalizando cinco enfermeiros por ambulância. Essa escala é modificada quando existe algum tipo de afastamento dos militares. Nesta situação, o serviço do enfermeiro militar de licença é realizado obrigatoriamente pelos outros enfermeiros integrantes da viatura, denominando-se acionamento de sobreaviso e/ou queda na escala.

Quando no seu dia de serviço, o enfermeiro bombeiro militar possui dois cenários de atuação, o quartel e o inesperado. No cenário quartel, participa das obrigações militares como hasteamento e arriamento do pavilhão nacional às 8 e 18h respectivamente, testes operacionais diários onde são conferidos todos os materiais e equipamentos, assim como o funcionamento da viatura, obediência pronta às ordens dos superiores hierárquicos, dedicação integral ao serviço e rigorosa observância às prescrições militares conforme a legislação do bombeiro militar (RIO DE JANEIRO, 2008).

O cenário inesperado é vivenciado a partir do brado de socorro, onde a viatura é deslocada do quartel até o local do atendimento. Trata-se como inesperado, pois o espaço de intervenção do cuidado poderá ser dependendo do evento ou agravo à saúde, de uma residência com vítima e seus familiares à um edifício colapsado, ou um grande incêndio, ou até mesmo embaixo de veículos.

Outlinger, em 1998 publicou um estudo descritivo feito com 161 bombeiros americanos acerca de fatores desencadeantes de estresse no ambiente de trabalho, onde identificou como principais fontes de estresse a morte ou acidente de companheiros em serviço, a prestação de ajuda a pessoas jovens seriamente feridas ou mortas e o enfrentamento de problemas sobre os quais não se tem controle e que continuam existindo sem que providências sejam tomadas por outros para minimizá-los.

Segundo Dejours (1992, p. 133):

A organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. Esse sofrimento, de natureza mental, começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais confortante às suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos – isso é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada.

Em estudo realizado com bombeiros do estado de Goiás, a organização de trabalho foi descrita como estressante em virtude da ocorrência da pressão de tempo, controle, demandas de produtividade, problemas quanto às regras e características da tarefa evidenciadas nas falas

descritas a seguir: “não dá tempo de terminar a refeição, tem que sair para atender a ocorrência”, “tem punição para tudo, sem conferir se é verdade ou não”, “cobram o tempo de resposta para atender ao chamado, mas cobram para andar devagar na viatura”, “ao tocar a sirene tem que sair rápido e bem arrumado” e “imprevisibilidade vivida no caminho entre o quartel e o local do socorro” (MURTA; TROCOLLI, 2007).

O descrito acima, demonstra algumas situações que envolvem o cuidar em APH, com características diferenciadas de acordo com cada evento. O cotidiano do enfermeiro do APH é imprevisível, sem horários regulares para alimentação, hidratação, descanso e cuidados gerais de higiene. Os locais de atendimento também são variáveis, podem ocorrer na rua, em uma residência, estabelecimentos diversos, locais perigosos e de difícil acesso como nas comunidades.

Encontramos descrições semelhantes em estudo realizado com dez bombeiros, sendo oito técnicos e dois auxiliares de enfermagem do CBMERJ onde há relatos de sobrecarga por realização de atendimentos que não configuram emergência, medo e sensação de perigo ao entrarem em comunidades, padrão de sono inadequado pela falta de horário de descanso e maus hábitos alimentares por não existir horário assegurado para as refeições (SALVADOR; SILVA; LISBOA, 2013).

2.3 *Burnout*: a síndrome da exaustão

O trabalho tem importância fundamental na vida do ser humano para a manutenção de necessidades básicas e sociais. Na realidade capitalista em que estamos inseridos ouvimos com bastante frequência o jargão “tempo é dinheiro”. Precisamos de dinheiro para comprar comida, comprar ou alugar uma residência, adquirir vestimentas, usufruir de meios de locomoção coletivos ou particulares e todas essas ações estão vinculadas ao ato de trabalhar (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

O ritmo acelerado das transformações do trabalho tem propiciado um reconhecimento crescente de sua importância como mediador entre as diferentes instâncias sociais e a saúde humana (FRANÇA et al, 2012).

Grande parte da vida do ser humano é voltada à preparação do trabalho. Ainda na escola os alunos são instigados a iniciar sua escolha profissional com posterior ingresso em cursos técnicos profissionalizantes ou universitários. Ao ingressarem na carreira escolhida, vão permanecer por 30, 35 ou mais anos trabalhando em média 8 horas por dia sem adicionar o tempo de locomoção (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). E com o trabalho, seu excesso, falta de reconhecimento ou independência profissional, poderão estar presentes os fatores estressores, o estresse, a exaustão e a síndrome de *burnout* que é o objeto deste estudo.

Para melhor entendimento da síndrome de *burnout*, faz-se necessário a definição de síndrome e a distinção ao conceito de estresse.

A palavra síndrome deriva do grego *syndromos* = andar junto. Segundo Porto (2014) é um conjunto de sinais e/ou sintomas que ocorrem associadamente e que podem ser determinados por diferentes causas. O mesmo autor define como sintoma a sensação subjetiva anormal percebida pelo paciente e não observada pelo examinador na palpação, inspeção, percussão e ausculta. Ao contrário do sinal, que é um dado objetivo notado pelo paciente e observado pelo examinador por meio de métodos clínicos ou exames complementares.

Muitas doenças cursam com grupo de sintomas e sinais indicativos de distúrbio funcional e relacionados entre si, por uma particularidade anatômica, fisiopatológica ou bioquímica, configurando uma síndrome. O reconhecimento desta constitui o diagnóstico sindrômico, muito útil na prática médica, pois mesmo não identificando a doença, reduz o número de possibilidades e orienta as investigações que devem ser realizadas (PORTO, 2014).

A palavra estresse deriva do latim e foi empregada popularmente a partir do século XVII com o significado de cansaço, fadiga (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Atualmente é utilizada cotidianamente quando queremos expressar aborrecimento, irritabilidade ou descontentamento com alguma situação.

Foi o médico endocrinologista canadense de origem francesa Hans Selye que introduziu a definição de estresse ao meio científico a partir de experimentos onde animais eram submetidos a fatores estressores. Tudo começou enquanto pesquisava o efeito de um extrato ovariano no organismo de ratas através da aplicação de injeções. Durante a pesquisa deixou as cobaias caírem por algumas vezes sendo necessário correr atrás delas para devolvê-las à gaiola. Tempos depois, verificou que os animais apresentavam úlceras pépticas, aumento das glândulas suprarrenais e diminuição dos tecidos do sistema imunitário (BENEVIDES-PEREIRA, 2010, SAPOUSKI, 1995).

Segundo Lipp e Malagris (2001, p. 477) o estresse pode ser definido como:

Uma resposta que o organismo dá frente a uma situação que é interpretada como desafiante. O estímulo interpretado como desafiador provoca uma quebra na homeostase do funcionamento interno que, por sua vez, cria uma necessidade de adaptação que exige emissão de vários comportamentos adaptativos que se constituem na forma como a pessoa lida com o estresse, ou seja, suas estratégias, adequadas ou não, de enfrentamento.

Já o *burnout* é a resposta a um estado prolongado de estresse, ocorre pela cronificação deste, quando os métodos de enfrentamento falharam ou foram insuficientes. Enquanto o estresse pode apresentar aspectos positivos, o *burnout* sempre tem caráter negativo (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

A síndrome de *burnout* pode ser definida, segundo Seligmann-Silva (1994), como uma síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crônica, vivida pelos profissionais cujo trabalho envolve o relacionamento intenso e frequente com pessoas que necessitam de cuidado e/ou assistência.

Maslach, Shaufeli e Leiter, (2001) concluem que a definição de *burnout* é multidimensional, compreendendo um conjunto de três dimensões essenciais que especificam e demarcam o fenômeno: a exaustão emocional (EE), a despersonalização (D) e a perda da realização pessoal (PRP).

A dimensão exaustão emocional (EE) é caracterizada pelo fato do indivíduo encontrar-se esgotado, sem energia para enfrentar outro projeto, outras pessoas e incapaz de recuperar-se de um dia para o outro. A dimensão de despersonalização (D) é caracterizada pelo fato do sujeito adotar atitudes de descrença, distância, frieza e indiferença em relação a seus pacientes e colegas de trabalho. A dimensão de perda da realização pessoal (PRP) é caracterizada pelo fato da pessoa experimentar-se ineficiente, incapaz e certa de que seu trabalho não faz diferença (MASLACH; SHAU FELI; LEITER, 2001).

Brasil (2001), denomina a síndrome de *burnout* como sensação de estar acabado ou síndrome do esgotamento profissional, sendo um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Afirmando ainda que:

Tem sido descrita como resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros. O trabalhador que antes era muito envolvido afetivamente com os seus clientes, com os seus pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia ou se “queima” completamente. O trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil (BRASIL, 2001, p. 191).

Encontramos na literatura uma diversidade de conceitos e concepções atribuídas ao *burnout* mas todas emergem como fator determinante da síndrome a influência direta laboral. Dentre inúmeras denominações conceituais deparamo-nos com: estresse laboral, estresse laboral assistencial, estresse profissional, estresse ocupacional, síndrome de queimar-se pelo trabalho (estudos espanhóis), neurose profissional ou de excelência, síndrome de esgotamento profissional e estresse ocupacional (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

O instrumento mais utilizado para avaliar a síndrome de *burnout* atualmente pela comunidade científica é o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1981. O inventário é autoaplicado e avalia como o sujeito vivência seu trabalho, de acordo com as três dimensões estabelecidas pelo método teórico de Maslach: exaustão emocional com 9 itens, despersonalização com 5 itens e realização profissional com 8 itens. Totaliza, 22 itens que indicam a frequência das respostas com uma escala de pontuação variando de 0 a 6, considerando as opções nunca, alguma vez ao ano ou menos, alguma vez ao mês ou menos, algumas vezes durante o mês, uma vez por semana, algumas vezes durante a semana ou todos os dias (MASLACH; JACKSON, 1986).

A síndrome de *burnout* também definida como síndrome de exaustão profissional pode conduzir à depressão e tem características particulares que englobam e excedem o stress. Trata-se de uma doença específica que pode afetar um sujeito saudável: a doença da relação de ajuda (DELBROUCK, 2006).

Encontramos algumas controvérsias sobre o início da utilização do termo *burnout* nas literaturas. Segundo Carlotto e Câmara (2008), o termo *burnout* foi inicialmente utilizado em 1953 em uma publicação de estudo de caso conhecido como “Miss Jones” de Schwartz e Will onde era descrita a problemática de uma enfermeira desiludida com o trabalho que desenvolvia na psiquiatria.

Os estudos sobre o *burnout* começaram a se multiplicar a partir das publicações do psicólogo alemão Herbert Freudenberger na década de 70 (BENEVIDES-PEREIRA, 2010) e continuam em crescente investigação em decorrência do excessivo processo de trabalho nos quais são submetidas diversas classes profissionais de ajuda, de relacionamento constante com pessoas que necessitam de algum grau de assistência como médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e psicólogos.

Trabalhadores de outras áreas também podem desenvolver a síndrome de *burnout*, porém Freudenberger (1975, p. 73) afirma que a diferença é que os profissionais que trabalham

em funções de ajuda enfrentam “*uma batalha em pelo menos três frentes*” a saber: “*diante das doenças da sociedade, das necessidades dos indivíduos que procuram por estes profissionais e das necessidades de si próprio*”.

No que concerne às concepções teóricas, Carlotto (2001) realiza uma subdivisão em quatro grupos:

- Concepção clínica;
- Concepção sociopsicológica;
- Concepção organizacional; e
- Concepção socio-histórica.

Neste estudo utilizaremos como abordagem a concepção sociopsicológica, considerando os aspectos individuais associados às condições e relações laborais para investigação da síndrome de *burnout*. Esta correlação propicia o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome, quais sejam: exaustão emocional, despersonalização e reduzida satisfação pessoal no trabalho ou simplesmente reduzida realização profissional (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

O processo de trabalho e o de produção, estabelecidos no contexto laboral e nos quais o homem participa como agente, podem compor fatores determinantes para o desgaste da sua saúde (SÊCCO et al, 2003).

O estresse crônico, desenvolvido pelas demandas adoecedoras do processo de trabalho de enfermagem na urgência pré-hospitalar móvel, pode resultar no acometimento da síndrome de *burnout* nesses trabalhadores (FRANÇA et al, 2012).

Em relação aos sintomas apresentados na síndrome de *burnout*, encontramos uma variabilidade de descrições, porém nos apoiaremos nas subdivisões teóricas físicas, psíquicas, comportamentais e defensivas de Benevides-Pereira (2010).

Esta autora pontua os sintomas físicos em: fadiga constante e progressiva, dores musculares ou osteomusculares, distúrbios do sono, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres. Sintomas psíquicos: falta de atenção, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, solidão e/ou impotência, impaciência, labilidade emocional, dificuldade de autoaceitação, baixa autoestima, astenia, desânimo, disforia, depressão, desconfiança e paranoia. Sintomas comportamentais: negligência ou escrúpulo excessivo, irritabilidade, incremento de

agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade na aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento de consumo de substâncias, comportamento de alto risco e suicídio. Sintomas defensivos: tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho (ou até pelo lazer), absenteísmo, ímpetos de abandonar o trabalho, ironia e cinismo.

Benevides-Pereira (2010) afirma que uma pessoa com a síndrome de *burnout* não necessariamente irá apresentar todos os sintomas descritos. Sendo o grau, o tipo e o número de manifestações presentes dependentes da configuração de fatores individuais (como predisposição genética, experiências socioeducacionais), fatores ambientais (locais de trabalho ou cidades com maior incidência de poluição) e a etapa em que a pessoa se encontre no processo de desenvolvimento da síndrome.

Santos (2010) acrescenta que o processo de adoecimento é individual, não aparecendo repentinamente como resposta a um estressor determinado e sim emergindo a partir de um processo acumulativo e progressivo, podendo levar anos.

Segundo Brasil (2001, p. 192) o tratamento da síndrome de esgotamento profissional envolve: *“psicoterapia, tratamento farmacológico e intervenções psicossociais. Entretanto, a intensidade da prescrição de cada um dos recursos terapêuticos depende da gravidade e da especificidade de cada caso”*.

A psicoterapia está indicada mesmo quando prescrito tratamento farmacológico. Ela deve permitir ao paciente tempo e espaço para repensar na sua inserção no trabalho e na vida, oferecendo o suporte emocional necessário (BRASIL, 2001).

No tratamento farmacológico, a prescrição de antidepressivos e/ou ansiolíticos estará relacionada à presença e à gravidade de sintomas depressivos e ansiosos. *“Frequentemente, estão indicados os benzodiazepínicos para controle de sintomas ansiosos e da insônia, no início do tratamento, pois o efeito terapêutico dos antidepressivos tem início em média após duas semanas de uso”* (BRASIL, 2001, p. 193).

Relacionado às intervenções psicossociais, o médico e demais membros da equipe de saúde precisam avaliar em conjunto com o paciente sobre a necessidade de afastamento do trabalho e atividades laborais por meio de licença para tratamento (BRASIL, 2001).

Como medidas preventivas à síndrome de *burnout*, as mudanças necessárias tanto culturalmente quanto organizacional deverão ocorrer no ambiente laboral, desincentivo à exploração de desempenho individual, revisão da intensidade de trabalho, respeito as

necessidades alimentares e de descanso, busca de metas coletivas que incluam o bem-estar de cada um, conhecimento das manifestações sindrômicas e o acompanhamento regular por equipe profissional, oferecendo apoio psicológico e social aos trabalhadores, assim como o levantamento e discussão das situações de conflito.

França e Rodrigues (1997 apud SANTOS, 2010) acrescentam que em se tratando de formas de prevenção de *burnout* seria necessário o aumento da variedade de rotinas evitando a monotonia, prevenir o excesso de horas extras, oferecer melhor suporte social às pessoas, melhorar as condições sociais e físicas de trabalho e investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores.

2.4 O ambiente de trabalho e o processo saúde-doença

O ambiente onde está inserido o trabalhador expõe um pouco como é constituído o seu estilo de vida, o que inclui seus hábitos e comportamentos autodeterminados, adquiridos social ou culturalmente de modo individual ou em grupo (ROUQUARYOL; FILHO, 1999). “*O reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais, que refletem sobre a organização e o provimento de ações de saúde para esse segmento da população...*” (BRASIL, 2001, p. 27).

O ambiente laboral possui estímulos estressores que se desenvolvem de forma dinâmica entre o indivíduo e o ambiente, influenciando no desempenho e na adaptação com o meio. Cada indivíduo apresenta resposta peculiar às situações de estresse. Assim, para algumas pessoas, o local de trabalho pode trazer tranquilidade e satisfação e para outras não (SANTOS, 2010).

Segundo Cooper (1993), o ambiente de trabalho possui estressores que podem ser categorizados em 6 grupos: fatores intrínsecos ao trabalho, papéis estressores, relações no trabalho, estressores na carreira, estrutura organizacional e interface trabalho-casa.

Trazendo as categorizações citadas para a realidade dos enfermeiros atuantes no APH, consideram-se:

- Fatores intrínsecos ao trabalho: as condições inadequadas de período de descanso, os turnos exaustivos de trabalho como as 24 horas de serviço

ininterruptas, os acionamentos extras como os sobreavisos e exposição a situações de risco.

- Papéis estressores: o grau de responsabilidade nas suas ações assistenciais, responsabilidade com os materiais e equipamentos das viaturas de socorro e a dualidade entre o ser militar e o ser enfermeiro.
- Relações no trabalho: a subordinação ao militarismo e a premissa da hierarquia e disciplina.
- Estressores na carreira: dificuldade no processo de promoção a outros postos e dificuldade na ascensão a cargos superiores.
- Estrutura organizacional: obrigatoriedade no cumprimento da hierarquia e dificuldade de comunicação com os superiores.
- Interface trabalho-casa: dificuldade de relacionamento com os parentes e na realização de atividades diárias em decorrência do estresse e cansaço oriundos do ambiente laboral.

As frustrações e limitações que o trabalhador se depara no cotidiano laboral, na execução das suas atividades, contribui para a perda de estímulo e descrença da sua importância. A cronicidade desmotivacional aliada aos fatores intrínsecos do sujeito favorece o desenvolvimento estressor e ao adoecimento. Segundo Nery e Alves (2014, p. 271) *“A relação criada entre o processo de trabalho e o processo saúde-doença perpassa as horas, dias, meses e anos trabalhados, deixando, no trabalhador, marcas que definem o atual estado de saúde-doença”*.

O ambiente e a natureza do trabalho, assim como a exposição a riscos, limitações e a forma como o trabalhador lida com sentimentos e situações consideradas desagradáveis ou ruins, caracterizará o processo de adoecimento ou não, considerando a suscetibilidade e experiências já vivenciadas.

BRASIL (2001), corrobora com o tema no manual de procedimentos para o serviço de doenças relacionadas ao trabalho:

Os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e de morte da população em geral. Além disso, os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou que exerceram, ou pelas condições adversas atreladas ao seu trabalho que é ou foi realizado (BRASIL, 2001, p. 27).

Pitta (1994 apud MUNDT; KLAFKE, 2008, p. 81) afirma que:

A natureza do trabalho que é realizado, a maneira como o trabalhador lida com a dor, o sofrimento e a morte, está diretamente relacionado com a produção de sintomas psíquicos, que podem levar ao desenvolvimento de uma patologia séria de saúde. Deste modo, a dinâmica do sofrimento psíquico no ambiente de trabalho deve ser entendida não como manifestação singular do trabalhador, mas como sintoma de abrangência social, advindo das condições de organização do trabalho no qual este se encontra inserido.

As questões que envolvem o ambiente de trabalho e o processo saúde-doença estão vinculadas e integradas as atividades humanas, as percepções dos sujeitos e o manejo evolutivo dos agentes estressores no dia a dia, tanto no ambiente laboral como fora dele. O não reconhecimento de sinais e sintomas adoecedores, assim como o retardamento diagnóstico e tratamento, oferecem riscos para acidentes laborais, agravantes ao desenvolvimento de patologias e dificuldade de relacionamento interpessoal.

Para a investigação das relações saúde-trabalho-doença, é imprescindível considerar o relato dos trabalhadores, tanto individual quanto coletivo. Apesar dos avanços e da sofisticação das técnicas para o estudo dos ambientes e condições de trabalho, muitas vezes, apenas os trabalhadores sabem descrever as reais condições, circunstâncias e imprevistos que ocorrem no cotidiano e são capazes de explicar o adoecimento (BRASIL, 2001, p. 29)

Os agravos à saúde do trabalhador estão relacionados aos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Os determinantes desses agravos são complexos e compreendem diversos aspectos decorrentes de condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e pelos fatores de riscos ocupacionais (SCHMIDT, 2014).

Considerando que o ambiente laboral e as atividades a ele relacionadas representam uma condição determinante para a geração de renda e manutenção socioeconômica da população, Dejours (1986 apud MUNDT; KLAFKE, 2008, p. 86) complementa que:

O trabalhador é um sujeito desejante e o trabalho é organizador de sua vida. O indivíduo busca adaptar suas necessidades ao ambiente de trabalho e as condições que lhe são oferecidas. No entanto, quando a realidade organizacional causa sofrimento ao trabalhador da saúde, este acaba desenvolvendo mecanismos de defesa que contribuem na diminuição de seu sofrimento. Todavia, se houver o acirramento dos conflitos e o trabalhador entrar num impasse para com a organização, não conseguindo mais dar vazão as desejos e processos criativos/inventivos este acabará adoecendo.

Nery e Alves (2011) e Brasil (2001) afirmam que o principal instrumento diagnóstico para o levantamento correto de agravos ou danos à saúde, considerando as relações saúde-trabalho-doença, é representado pela anamnese ocupacional. Mesmo com essa prática, alguns

problemas são facilmente identificáveis, mas ainda existe dificuldade de estabelecimento de diagnósticos de transtornos mentais atrelados à função laboral.

Segundo Brasil (2001), as principais dificuldades para o estabelecimento do nexo ou da relação trabalho-doença estão relacionadas a: ausência ou imprecisão na identificação de fatores de risco e/ou situações a que o trabalhador está ou esteve exposto, potencialmente lesivas para sua saúde; ausência ou imprecisão na caracterização do potencial de risco da exposição; conhecimento insuficiente quanto aos efeitos para a saúde associados com a exposição em questão; desconhecimento ou não-valorização de aspectos da história de exposição e da clínica, já descritos como associados ou sugestivos de doença ocupacional ou relacionada ao trabalho e necessidade de métodos propedêuticos e abordagens por equipes multiprofissionais, nem sempre disponíveis nos serviços de saúde.

A importância de pesquisas que associem o ambiente de trabalho e o adoecimento do trabalhador da área da saúde é ressaltada por Pitta (2003), já que as autoridades brasileiras e empregadores não oferecem a devida atenção à manutenção da saúde física e emocional desses profissionais.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo seccional, com análise de conteúdo a partir de instrumentos respondidos por enfermeiros que atuam no ambiente pré-hospitalar. O aspecto exploratório possibilita ao investigador ampliar e aprimorar as ideias sobre o assunto abordado, favorecendo a ampliação da experiência do investigador na análise de determinado problema (TOMASI; YAMAMOTO, 1999). Quanto ao estudo do tipo seccional, este está ligado à necessidade de conhecer de que maneira se distribuem uma ou mais características individuais, ou coletivas em determinada população (KLEIN; BLOCH, 2006).

A coleta de dados fora realizada nos quartéis do CBMERJ onde enfermeiros atuavam no APH móvel, considerando os tipos dos eventos, os ambientes de atendimento e as reações físicas e emocionais dos enfermeiros.

Os participantes foram enfermeiros militares que atuam na assistência direta a clientes através do atendimento pré-hospitalar em ambulâncias classificadas como intermediárias. A inclusão destes, ocorreu pelo desejo em participar do estudo e de autorização para a utilização dos dados e falas sobre o atendimento e cotidiano de cuidar no APH.

Antecedendo a coleta de dados, foram entregues aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice II), conforme preceitua a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 no item II. 23:

TCLE é o documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar (BRASIL, 2012, p.3)

Para a produção dos dados fora solicitado ao Diretor Geral de Saúde através do Comandante do Grupamento Operacional do Comando Geral (GOCG) do CBMERJ a autorização para realização deste estudo por meio de um documento institucional intitulado como parte sob número de protocolo APH/GOCG 003/2013 (apêndice I).

Os passos para esta investigação tiveram início a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro conforme parecer 502.797 de 20/12/2013 (anexo I).

Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos de pesquisa, conforme descrevemos a seguir:

1. Evidências de sinais psicológicos e tensão emocional: Diagnosticando a síndrome de *burnout* utilizando um questionário chamado **Inventário em Burnout de Maslach (MBI - Human Services Survey)** para avaliar a ocorrência da síndrome de *burnout*, composto por afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam os três aspectos fundamentais da síndrome – exaustão emocional, despersonalização e envolvimento pessoal no trabalho (apêndice III);
2. Evidências da ação: Diário dos enfermeiros contendo co-variáveis demográficas e laborais como: idade, sexo, estado civil, número de filhos, tempo de formação, tempo de atuação no APH, carga horária semanal de atuação no APH e quantidades de vínculos empregatícios; descrição da quantidade de atendimentos realizados, situações, ambientes e relatos durante 24h de serviço (apêndice IV);
3. Evidências de adoecimento: Prontuário de saúde dos enfermeiros, instrumento para evolução dos enfermeiros sobre seus sinais e sintomas de adoecimento durante e após o trabalho (apêndice V).

Um quarto instrumento intitulado Evidências do espaço (apêndice VI) seria utilizado mas não fora autorizado pelo CBMERJ. Tinha o objetivo de realizar um diagnóstico do espaço onde o evento (APH) acontece através de imagens. Os registros das cenas seriam realizados através de fotografias das cenas de atendimentos para delimitação e definição do espaço físico e emocional do cuidar no pré-hospitalar. Para essa coleta de dados, seria disponibilizado uma máquina fotográfica digital, no período de 30 dias, a enfermeiros pertencentes ao quartel Central do Corpo de Bombeiros para o registro através de fotografias dos locais de atendimento dos enfermeiros enquanto de serviço nas viaturas intermediárias. As fotos seriam retiradas por algum integrante da guarnição, não envolvido no cuidado direto, evitando que a abordagem inicial à vítima fosse prejudicada ou retardada por fatores externos com posterior realização dos ajustes necessários para a preservação da identificação dos clientes e dos profissionais envolvidos.

Iniciando a produção dos dados foram realizadas orientações e pré-testagem dos instrumentos para ajustes, inclusão ou retiradas de elementos, com cinco oficiais enfermeiros no mês de janeiro de 2014, sendo descartados e não computados para análise dos dados.

Após a pré-testagem, confeccionamos um cronograma de visitas aos quartéis do CBMERJ que possuíam viaturas intermediárias, conforme levantamento da base de dados da Divisão de Enfermagem do 1º GSE, departamento de gerência dos profissionais de enfermagem do CBMERJ, para coleta de dados através dos instrumentos.

Foram visitados 22 quartéis, sendo 18 no município do Rio de Janeiro, 2 na Baixada Fluminense e 2 na Região Metropolitana. As visitas e retornos foram programados de acordo com a proximidade da área de cada unidade.

A coleta de dados ocorreu conforme descrevemos:

1) Realizamos o levantamento dos quartéis que dispunham de viaturas de APH móvel primário com enfermeiros socorristas, excluindo-se assim, as três viaturas que realizam transporte neonatal inter-hospitalar que ficam baseadas nos quartéis do Centro e Caxias.

2) Foram compradas 28 pastas na cor vermelha com o objetivo de facilitar a visualização e em referência a cor da instituição, identificadas com o nome das unidades militares. Cada pasta continha cinco kits com cinco folhas:

- I. Contendo as orientações para preenchimento dos instrumentos (apêndice VII);
- II. Instrumento “Evidências de sinais psicológicos e tensão emocional”;
- III. Instrumento “Evidências da ação”;
- IV. Instrumento “Evidências de adoecimento”; e
- V. Termo de consentimento livre e esclarecido.

O número de pastas confeccionadas condizia ao número de viaturas com oficiais enfermeiros atuantes no APH. Apesar de serem 22 unidades de bombeiros militar, 4 delas possuíam mais de uma viatura intermediária. A saber: Campo Grande – 2 viaturas, Jacarepaguá – 2 viaturas, Penha – 2 viaturas, Realengo – 2 viaturas e Grupamento de Busca e Salvamento (GBS) – 3 viaturas, totalizando 28.

A quantidade de kits com instrumentos estava relacionada ao número de enfermeiros por ambulância. Cada viatura intermediária possuía 5 oficiais cumprindo escala fixa de segunda a sexta com rodízios aos finais de semana, sendo um por dia.

3) A entrega dos instrumentos ocorreu a partir de visitas aos quartéis, onde as pastas foram deixadas com o oficial enfermeiro de serviço no dia. O contato com os outros quatro

integrantes das viaturas fora realizado diariamente através do telefone institucional das ambulâncias para esclarecimentos sobre o objeto e objetivos do estudo. Também fora solicitado que as pastas fossem deixadas sempre nos alojamentos dos quartéis para facilitar o achado e mantermos um local de referência.

4) As visitas foram programadas de acordo com a proximidade entre as unidades, assim como o retorno para recolhimento dos instrumentos. Todas foram realizadas pela pesquisadora as terças e sextas-feiras, no período de março a maio de 2014, conforme apresentamos a seguir:

QUADRO 1: Cronograma de distribuição e recolhimento dos instrumentos nos quartéis do CBMERJ

Quartéis	Entrega	Recolhimento
Realengo, Campo Grande e Santa Cruz	04/03/14	28/03/14
Ilha do Governador, Jacarepaguá e GBS (Barra)	11/03/14	04/04/14
Copacabana, Gávea e Humaitá	18/03/14	11/04/14
Penha e Ramos	25/03/14	18/04/14
GOCG (Centro) e Catete	01/04/14	25/04/14
Parada de Lucas e Ricardo de Albuquerque	08/04/14	02/05/14
Méier e Campinho	15/04/14	09/05/14
Niterói e Itaipu	29/04/14	23/05/14

Foram entregues 140 instrumentos com retorno de 105 preenchidos (75%).

Organizamos a análise deste estudo utilizando os três polos cronológicos de Bardin (2009) que são: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise consiste na fase de organização inicial do estudo que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Nesta primeira etapa, encontramos dois momentos: a leitura flutuante e a formulação das hipóteses e objetivos (BARDIN, 2009):

- ✓ Leitura flutuante: é a primeira atividade e fundamenta-se “*em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações*” (BARDIN, 2009, p. 122).
- ✓ Formulação das hipóteses e dos objetivos: “*Trata-se de uma suposição cuja origem é a intuição e que permanece em suspenso enquanto não for submetida à prova de dados seguros*” (BARDIN, 2009, p. 124).

A exploração do material: “*consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas*” (BARDIN, 2009, p. 127).

“*A organização da codificação compreende três escolhas: o recorte (escolha das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação e a agregação (escolha das categorias)*” (BARDIN, 2009, p. 129). A categorização é uma “*classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos*” (BARDIN, 2009, p. 145).

Quanto ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação, Bardin (2009, p. 127) afirma que:

Os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (análise fatorial), permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise.

Para chegarmos ao resultado apresentado com a utilização do instrumento “Evidências de sinais psicológicos e tensão emocional” contendo o MBI – *Human Services Survey*, fora avaliado individualmente cada um dos 105 instrumentos com a tabulação dos resultados encontrados a partir da soma das pontuações escolhidas pelos participantes em cada declaração, separadas posteriormente de acordo com as três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. Os valores encontrados foram registrados ao lado de cada dimensão e classificados posteriormente como baixa, média ou alta tendência de acordo com a referência a seguir:

QUADRO 2: Classificação das tendências da síndrome de *burnout* a partir da pontuação apresentada em cada dimensão

Dimensões	Pontuação	Tendência
Exaustão emocional	Maior ou igual a 27	Alto nível
	19 a 26	Nível moderado
	Menor que 19	Nível baixo
Despersonalização	Igual ou maior que 10	Alto nível
	6 a 9	Nível moderado
	Menor que 6	Nível baixo
Realização profissional	0 a 33	Alto nível
	34 a 39	Nível moderado
	Maior ou igual a 40	Nível baixo

Fonte: MASLACH, C.; JACKSON, S. E., 1986.

Consideram-se como positivos para *burnout* quando pelo menos duas das três dimensões estão alteradas negativamente, ou seja, quando duas dimensões apresentam alta tendência. A tendência ao *burnout* é diagnosticada quando uma das dimensões está alterada, ou seja, quando uma dimensão apresenta alta tendência e as outras estão na média tendência ao *burnout* (REINHOLD, 2004).

Neste estudo, os dados foram apresentados de acordo com a presença ou não da síndrome de *burnout*. Os resultados relacionados à tendência à síndrome ou ausência dela, como ainda não caracterizam o adoecimento foram agrupados gerando um único grupo “ausência da síndrome”.

Para a associação entre as variáveis apresentadas nas tabelas 5 e 6 deste estudo, foram utilizados os Testes Qui-quadrado com correção de Yates e o Teste Exato de Fisher. Os casos classificados como “não informado” foram tratados como *missing values* e desconsiderados da análise. Os dados foram trabalhados utilizando-se o software R Core Team (2014) disponível em <http://www.r-project.org>.

Para a elaboração da figura 2, intitulada nuvem adoecedora, fora utilizado o programa online WORDLE™, disponível no sítio eletrônico <<http://www.wordle.net>>. Trata-se de um software para geração de nuvem de palavras, um recurso gráfico para descrever os termos mais frequentes de um determinado texto. O tamanho da fonte em que cada palavra é apresentada, está relacionado à frequência que a mesma aparece no texto. Para a alimentação dos dados, as informações contidas no apêndice VIII foram digitadas no processador de texto WORD 2013, sendo selecionados para a formação da nuvem de palavras as 50 queixas mais encontradas nos

relatos dos enfermeiros. O programa citado permite a digitação do texto ou importação do mesmo através de arquivos. Os layouts são pré-determinados e poderão ser escolhidos juntamente com as diferentes fontes e esquemas de cores.

Posteriormente a obtenção e discussão dos dados encontrados nos instrumentos, os resultados foram apresentados a partir da escolha de categorias com o objetivo de descrição do seu conteúdo baseados no referencial teórico.

4 RESULTADOS

Iniciaremos essa etapa decodificando o relato realizado no início deste estudo por uma enfermeira atuante no ambiente pré-hospitalar trazendo a proximidade desse cenário de cuidar.

O início do plantão, ou serviço, termo utilizado no militarismo, dá-se às 7h com regime ininterrupto de 24h de trabalho. No APH, os enfermeiros não possuem setor como nos hospitais, e sim viaturas de socorro que ficam baseadas em unidades militares, que são os quartéis do CBMERJ, conforme os cenários deste estudo. As saídas das viaturas ocorrem através dos toques de socorro ou brados após uma solicitação de emergência que pode ser realizada pelos telefones 192 ou 193 ou pessoalmente nos quartéis. Além das atividades inerentes ao profissional enfermeiro atuante na emergência, os enfermeiros bombeiros exercem concomitantemente as atribuições e funções militares como podemos ratificar no trecho: *“Agora são 7:40h! Já recebi o serviço da minha colega e conferi os materiais da minha viatura...está tudo certinho a não ser o cheiro de sangue que não sai por nada! Ih! Tá tocando a corneta, tenho que ir para a Bandeira senão o coronel me prende, rs!”*

Ao toque do brado, o enfermeiro do APH deve estar pronto para correr até a sua viatura no menor tempo possível e preparar-se para o inesperado. Inesperado porque em minutos irá cuidar de alguém que não conhece, que nunca viu e que até o momento da sua chegada possui um agravo desconhecido. Esses profissionais devem estar preparados para atender todos os tipos de ocorrências com agilidade e segurança, eliminando ou minimizando o sofrimento e riscos aos assistidos. As variedades situacionais podem ser encontradas em: *“Estou voltando às 10:30h, durante a Bandeira bradou para um mal súbito na Rua do Ouvidor, acreditem chamaram a ambulância para uma senhora que estava com cefaleia!!!”, “Quando estávamos voltando para o quartel nos acionaram para um atropelamento na Av. Presidente Vargas, era uma senhora que atravessou fora da faixa como sempre...”* e *“Já fiz mais dois eventos, outra crise convulsiva e uma crise hipertensiva”*.

Durante o serviço, são oferecidas quatro refeições aos militares: às 6h café da manhã, às 11:30h almoço, às 18h jantar e às 20:30h ceia. De segunda a sexta, a permanência no alojamento para descanso se faz a partir das 22h, após o toque de silêncio no quartel. Porém, como no cenário da emergência não existe roteiro, as adequações aos suprimentos das necessidades básicas muitas vezes são improvisadas: *“11:35h bradou o rancho, vou tentar*

comer porque não tomei café. 14:56h, caramba não consegui almoçar, quando fiz meu prato bradou para uma queda da própria altura e depois para uma crise convulsiva, acabei ficando com a maca presa na UPA, já estou estressada... acabei comendo um pacote de biscoito...” e “Ai nem acredito, são 20:25h e desde às 17:10h não fiz mais nenhum evento, oba!!! Descansei um pouco as pernas porque toda vez que toca essa sirene tenho que sair correndo para a ambulância e isso cansa...”

Adversidades intra e extra-hospitalares também são encontradas no cotidiano do APH: *“Demoramos porque o hospital não possui materiais suficientes de extricação para a troca aí temos que deixar a vítima no nosso até realizar todos os exames necessários...enquanto isso a viatura fica presa no hospital aguardando liberação” e “o pior é que era numa comunidade, com uma escadaria enorme...além do perigo, cansaço, tivemos que descer com ela numa escadaria sem fim”.*

4.1 Sobre os dados quantitativos

4.1.1 Conhecendo o perfil dos participantes do estudo e descrevendo os resultados

Dos 140 kits com instrumentos entregues, tivemos retorno de 105 preenchidos (75%), ou seja, 105 participantes. Todos são oficiais enfermeiros do Corpo de Bombeiro do Estado do Rio de Janeiro que trabalham em viaturas de socorro denominadas intermediárias.

A maioria dos participantes são do sexo feminino (79,05%), com idade superior a 30 anos (60,95%), casados (61,91%) e sem filhos (58,10%). Conforme tabela a seguir:

TABELA1: Distribuição das variáveis sexo, idade, estado civil e número de filhos dos participantes do estudo

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%
Sexo			Estado civil		
Feminino	83	79,05	Solteiro	35	33,33
Masculino	20	19,05	Casado	65	61,91
Não informado	2	1,90	Divorciado	3	2,86
			Não informado	2	1,90
Idade			Número de filhos		
Até 30 anos	39	37,15	Sem filhos	61	58,10
Mais de 30 anos	64	60,95	Com filhos	42	40
Não informado	2	1,90	Não informado	2	1,90

Legenda: N= população e % = frequência

Relacionado ao tempo de formação e regime de trabalho, encontramos um maior número de participantes formados há mais de 5 anos (80%) com atuação predominante no APH de até 6 anos. Fato este que pode estar relacionado ao concurso realizado em 2008 pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro para ingresso no CBMERJ com 422 vagas para oficiais enfermeiros.

TABELA 2: Distribuição das variáveis tempo de formação e tempo de atuação no atendimento pré-hospitalar dos participantes do estudo

Variáveis	N	%
Tempo de formação		
Até 5 anos	19	18,10
Mais de 5 anos	84	80
Não informado	2	1,90
Tempo de atuação no APH		
Até 2 anos	26	24,76
3 a 4 anos	26	24,76
5 a 6 anos	49	46,67
Mais de 6 anos	2	1,90
Não informado	2	1,90

Legenda: N= população e % = frequência

Durante o período de realização deste estudo, a escala de trabalho cumprida pelos participantes obedecia dias fixos de segunda a sexta-feira, com rodízios aos finais de semana.

Assim, o oficial enfermeiro possui um dia fixo da semana para serviço e complementa carga horária aos finais semana. A presença de mais de um vínculo empregatício é uma realidade para 58,10% dos participantes deste estudo com predominância de 2 empregos em 53,34%.

TABELA 3: Distribuição das variáveis carga horária semanal de atuação no atendimento pré-hospitalar e vínculos empregatícios dos participantes do estudo

Variáveis	N	%
Carga horária semanal no APH		
Até 36 horas	71	67,62
Maior que 36 horas	32	30,48
Não informado	2	1,90
Outro vínculo empregatício		
Não	42	40
Sim	61	58,10
Não informado	2	1,90
Quantidade de empregos		
1	42	40
2	56	53,34
3	5	4,76
Não informado	2	1,90

Legenda: N= população e % = frequência

4.1.2 Desvelando a síndrome de *burnout*

Baseados na aplicação e avaliação do Inventário em Burnout de Maslach (MBI – *Human Services Survey*) em suas três dimensões que caracterizam a síndrome, exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, verificamos que 81 participantes do estudo apresentam indicativo da síndrome de *burnout*, 18 apresentam tendência à síndrome e 6 não apresentam a síndrome. Os resultados relacionados à tendência ou ausência da síndrome foram agrupados em um único grupo, conforme gráfico a seguir:

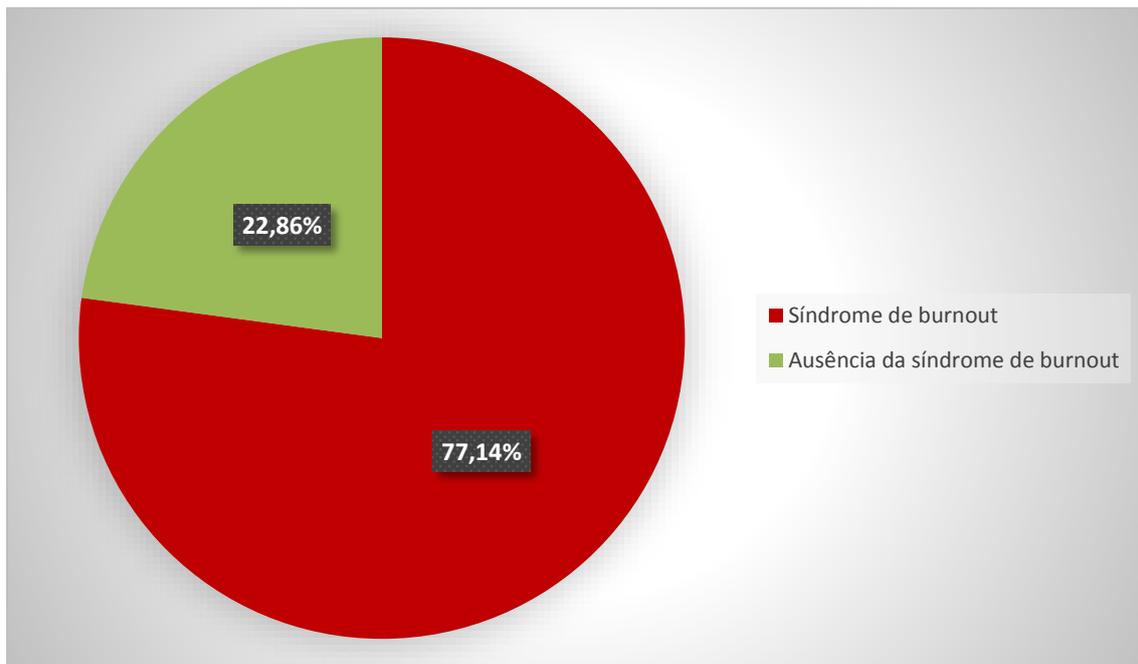


GRÁFICO 1: Frequência da síndrome de *burnout* nos sujeitos do estudo.

TABELA 4: Distribuição das dimensões da síndrome de *burnout* segundo os MBI respondidos pelos participantes do estudo

Dimensões da síndrome de <i>burnout</i>	Exaustão emocional		Despersonalização		Baixa realização profissional	
	N	%	N	%	N	%
Alta	83	79,05	63	60	84	80
Média	17	16,19	21	20	14	13,33
Baixa	5	4,76	21	20	7	6,67

Legenda: N= população e % = frequência

As dimensões da síndrome de *burnout* estão associadas com o MBI (Teste qui-quadrado, p-valor < 0,001).

TABELA 5: Classificação para a síndrome de *burnout* segundo as características sociodemográficas

Variáveis	Síndrome de <i>burnout</i>		Ausência da síndrome		Valor de <i>p</i>
	N	%	N	%	
Sexo					1,000*
Feminino	63	60	20	19,05	
Masculino	16	15,24	4	3,81	
Não informado	2	1,90	0	0	
Idade					0,967
Até 30 anos	30	28,57	9	8,57	
Mais de 30 anos	49	46,67	15	14,29	
Não informado	2	1,90	0	0	
Estado civil					0,755**
Solteiro	28	26,67	7	6,67	
Casado	51	48,57	14	13,33	
Divorciado	0	0	3	2,86	
Não informado	2	1,90	0	0	
Número de filhos					0,416
Sem filhos	49	46,67	12	11,43	
Com filhos	30	28,57	12	11,43	
Não informado	2	1,90	0	0	

Legenda: N= população e % = frequência

* Utilizado o Teste Exato de Fisher, pois uma das células apresentou valor esperado menor do que 5.

** Para o Teste Qui-quadrado, as categorias “solteiros” e “divorciados” foram somadas, pois o pequeno valor desta não permite testar consistentemente a associação entre as variáveis.

TABELA 6: Classificação da síndrome de *burnout* segundo as características laborais

Variáveis	Síndrome de <i>burnout</i>		Ausência da síndrome		Valor de <i>p</i>
	N	%	N	%	
Tempo de formação					0,552*
Até 5 anos	16	15,24	3	2,86	
Mais de 5 anos	63	60	21	20	
Não informado	2	1,90	0	0	
Tempo de atuação no APH					0,641
Até 2 anos	21	20	5	4,76	
3 a 4 anos	18	17,14	8	7,62	
5 a 6 anos	38	36,20	11	10,48	
Mais de 6 anos	2	1,90	0	0	
Não informado	2	1,90	0	0	
Carga horária semanal de APH					0,042
Até 36h	59	56,19	12	11,43	
Maior que 36h	20	19,05	12	11,43	
Não informado	2	1,90	0	0	
Outro vínculo empregatício					0,198
Não	29	27,62	13	12,38	
Sim	50	47,62	11	10,48	
Não informado	2	1,90	0	0	

Legenda: N= população e % = frequência

* Utilizado o Teste Exato de Fisher, pois uma das células apresentou valor esperado menor do que 5.

4.1.3 A síntese geral dos dados quantitativos

O atendimento pré-hospitalar é marcadamente realizado por mulheres (79,05%) contra 19,05% de homens. No conjunto, a maioria desses profissionais é casado (61,91%), com tempo de formação superior a 5 anos (80%) e com tempo de atuação no APH de 5 a 6 anos (46,67%). Quanto a carga horária semanal de trabalho, 67,62% cumprem regime de até 36 horas, o que

pode ser considerado extensa principalmente para o tipo de atividade desenvolvida, mesmo que 58,10% deles tenham outro vínculo empregatício para complementar renda.

Paralelo a esses dados sociodemográficos, esses homens e mulheres (100%) indicam a partir dos dados produzidos que 77,14% tem indicativo à síndrome de *burnout* e 22,86% ausência da síndrome, sendo que destes, 17,14% estão pré-disponíveis ao seu desenvolvimento. Associando esses dados as dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, sugere-se que a tendência de adoecer está entre um nível ALTO, MODERADO e BAIXO considerados na pontuação da escala de tendência como mostra a tabela 4. Quanto as dimensões da síndrome de *burnout* 79,05% apresentam alta tendência à exaustão emocional, 60 % apresentam alta tendência à despersonalização e 80 % alta tendência à baixa realização profissional. Assim, as questões do estudo sob o ponto de vista quantitativo foram respondidas: SIM, o trabalho pré-hospitalar provoca o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Baseados nos dados quantitativos encontrados, emerge-se a primeira categoria de análise: **A SÍNDROME QUANTIFICADA: as/os enfermeiras/os do atendimento pré-hospitalar estão doentes.**

4.2 Sobre os dados qualitativos e suas descrições

Esses dados são decorrentes dos INSTRUMENTOS II e III que tratam das EVIDÊNCIAS das AÇÕES e as reações dos corpos das/os enfermeiras/os no trabalho pré-hospitalar e das EVIDÊNCIAS de ADOECIMENTOS.

4.2.1 Sobre a síndrome de *burnout* nas falas das/os enfermeiras/os militares

Neste momento, de posse dos 105 instrumentos, destacamos do texto bruto do instrumento II, aquilo que poderia ser considerado, conforme orientação teórica da síndrome de *burnout*, os sintomas PSÍQUICOS, FÍSICOS, DEFENSIVOS E COMPORTAMENTAIS, encontrados nos registros dos profissionais, que já afirmaram nos dados quantitativos que

77,14% possuem indicativo à síndrome. Esse adoecimento pode ter origem na carga de trabalho exaustiva e no estresse crônico que decorre do tipo de atendimento que fazem como mostraremos a seguir:

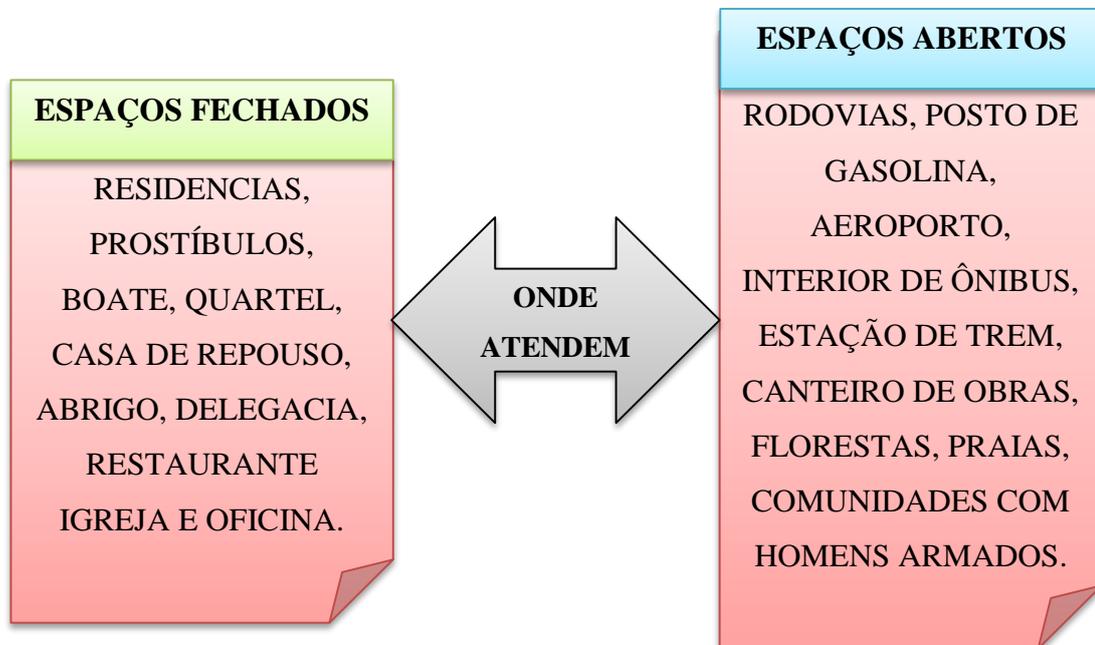


FIGURA 1: Espaços do adoecer

Em cada um dos ambientes aqui destacados, encontramos reações diferentes, em que segundo os profissionais o ESPAÇO/AMBIENTE FECHADO é mais arriscado para o enfermeiro do APH. Ao adentrar num ESPAÇO/AMBIENTE FECHADO como casas, apartamentos, estabelecimentos, os muros existentes que poderiam ser considerados como protetores, expõem os profissionais a riscos desconhecidos, escondidos, camuflados, dificultando a análise geral da cena ao chegar ao local. Enquanto que no ESPAÇO/AMBIENTE ABERTO, como nas vias públicas, as possibilidades de proteção são maiores, pois os enfermeiros se tornam agentes do cuidado visíveis, com a presença de um maior número de populares e possibilidades de evasão com mais rapidez e facilidade na decorrência de uma situação de risco.

4.2.2 Quanto aos sintomas: os espaços do corpo

Os sintomas registrados pelos enfermeiros no instrumento II – Evidências da ação, no campo intitulado “Relato sobre as reações do seu corpo durante os atendimentos – físico e emocional” foram organizados e agrupados em sintomas físicos, psíquicos, emocionais, comportamentais e motivacionais conforme os quadros apresentados a seguir:

QUADRO 3: Classificação dos sistemas corporais e sintomas físicos registrados pelos participantes do estudo

	Sistemas corporais	Sintomas	Indicações de adoecer
Físicos	Sistema músculo esquelético	Cefaleia, dor cervical, dor no corpo, dor lombar, dor em membros superiores e dor em membros inferiores.	186
	Sistema gastrointestinal	Náusea, pirose, dor epigástrica, dor abdominal, diarreia e constipação.	15
	Sistema geniturinário	Disúria e vontade de urinar	3
	Sistema cardiorrespiratório	Falta de ar, taquicardia, hipotensão, hipertensão e edema em membros inferiores	23
	Sistema orofaríngeo	Dor de garganta e ronquidão	2
	Sistema sensorial	Calor, frio, fome, sede e dor ocular	117
	Sistema neurovegetativo	Mal estar, síncope, cansaço, desconforto, esgotamento físico, exaustão, fraqueza, boca seca, fadiga, tonteira, tremor, sudorese, sono e insônia	221
	Sistema tegumentar	Desidratação	1
	Sistema endócrino	Hipoglicemia e aumento de peso.	2

QUADRO 4: Classificação dos sentimentos e sintomas psíquicos registrados pelos participantes do estudo

	Sentimentos	Sintomas	Indicações de adoecer
Psíquicos	Sentimentos de Ira	Ódio, muito ódio, ódio dos médicos, raiva e revolta	52
	Sentimentos de aflição	Angústia, ansiedade, pavor, preocupação, temor, tensão e receio	70
	Sentimentos de melancolia	Apatia, abandono, abalado, decepção, depressão, desânimo, desmotivação, frustração, pena e tristeza	82
	Sentimentos de enfraquecimento	Diminuição do raciocínio, estresse e esgotamento emocional	62

Na leitura encontramos algumas manifestações psíquicas positivas que após reorganização foram classificadas como SINTOMAS MOTIVACIONAIS. Esses sintomas podem ser superadores dos adoecimentos porque apesar de 77,14% dos profissionais apresentarem indicação à síndrome de *burnout*, são capazes de sentir: alegria, felicidade, emoção, gratidão, satisfação, solidariedade, superação, surpresa, compaixão, coragem, orgulho, disposição, tranquilidade, reconhecimento e responsabilidade.

QUADRO 5: Classificação dos sentimentos e sintomas comportamentais registrados pelos participantes do estudo

	Sentimentos	Sintomas	Indicações de adoecer
Comportamentais	Sentimentos de reação	Agitação, alerta, indiferença, impaciência, intolerância, mau-humor, nervosismo, frieza, impotência, indignação, indisposição, infelicidade, injustiça pelo militarismo, insatisfação e insegurança	130

QUADRO 6: Classificação dos sentimentos e sintomas defensivos registrados pelos participantes do estudo

	Sentimentos	Sintomas	Indicações de adoecer
Defensivos	Sentimentos de preservação	Desespero, medo de entrar nas comunidades, medo de morrer, vontade de chorar, vontade de ir embora e vontade de não voltar nunca mais	36

De um modo geral, os quatro sintomas da síndrome de *burnout*, físicos, psíquicos, defensivos e comportamentais, se cruzam e apresentam sentimentos e sintomatologia comuns.

As maiores queixas dos enfermeiros atuantes no APH relacionadas aos sintomas físicos foram encontradas nos sistemas neurovegetativo, músculo esquelético e sensorial.

Concernente aos registros realizados, destacamos 221 indicações de adoecer relacionadas ao sistema neurovegetativo, sendo o cansaço encontrado em 100 % dos instrumentos. Relacionados ao sistema músculo esquelético, encontramos 186 indicações de adoecimento, com destaque para as dores lombar (65 relatos) e dores em membros inferiores (48 relatos). Relacionados ao sistema sensorial, foram registradas 117 indicações, com destaque para fome (53 queixas) e calor (42 queixas).

Quanto aos sintomas psíquicos, comportamentais e defensivos, encontramos respectivamente 266, 130 e 36 indicações de adoecimento. Destacamos os sentimentos de estresse (52 registros), raiva (41 registros) e irritabilidade (41 registros). A tabela com a quantificação dos sintomas/sentimentos registrados pelos enfermeiros encontra-se como apêndice VIII.

Explorando os resultados do instrumento III, onde os enfermeiros foram orientados a realizarem sua evolução após um dia de serviço, considerando aspectos relacionados a exame físico, queixas e sinais e sintomas físicos e emocionais, em um impresso como se fosse o seu prontuário, encontramos evidências que confirmam de forma contundente os dados produzidos nos instrumentos I e II. Dos 105 instrumentos recolhidos, 98 deles continham o instrumento III preenchido, que serão descritos na íntegra como o objetivo de descrever a realidade exposta pelos sujeitos deste estudo. Os registros serão antecidos com a sigla APH seguida da numeração de 1 a 98, assegurando a identidade dos participantes.

APH 1 “*Fraqueza geral, dor epigástrica, cefaleia, olhos pesados, dor nas pernas, ardência ao urinar, levemente nauseada e sem apetite, impaciente. Em casa fico muda sem vontade de falar com ninguém, vontade de chorar. Ansiedade na véspera do plantão com quadro de diarreia, taquicardia e insônia, tendo que fazer uso de ansiolíticos. Quando a sensação não é de depressão é de revolta com o sistema e com o serviço. Sensação de abandono. Me sinto inútil com esse tipo de serviço. Na vida familiar, quando penso que o dia de trabalhar está próximo início um quadro de introspecção me afastando de todos querendo ficar só quieta e sozinha. Quando saio de serviço parece que metade do mundo saiu das minhas costas.*”

APH 2 “*Após 24 horas de trabalho apresento nervosismo, problemas de concentração, angústia e medo. No exame físico apresento tensão muscular e enxaqueca.*”

APH 3 “*Dor no corpo, cefaleia, dor nos olhos, dor nas panturrilhas, fadiga, dificuldade em falar com os colegas e familiares principalmente após o serviço, fico nervoso no trânsito pois moro a 130km do local do serviço, medo de dormir no volante, estresse no trânsito, fazendo utilização de colírio constantemente e solução nasal pois no local de descanso não tem ar condicionado com manutenção. Não tira férias há 2 anos, sente muita falta de sua filha, relato de estar no seu limite.*”

APH 4 “*Dor no braço esquerdo, apresenta dor em mão esquerda com perda de força sempre após os plantões na ambulância, refere dormência do dedo anelar ao polegar polpando o dedo mínimo. Refere melhora após alguns dias longe do trabalho retornando a queixa algica e de astenia após novo dia de plantão. Em uso de analgésicos. Abdome inocente, membros inferiores sem edemas com panturrilhas livres. Solicito para mim repouso e avaliação do psiquiatra.*”

APH 5 “*Cansaço físico e mental além de sono. Impaciência, mau-humor, raiva, infelicidade e depressão.*”

APH 6 “*Já começa o sofrimento na noite anterior, angústia, insônia e tristeza. Chego no serviço já cansada, desmotivada e irritada. Com o passar das horas, vem os eventos do SAMU, que só servem para estatísticas e fico cada vez mais irritado com os absurdos para os quais disparam uma ambulância de emergência. E os eventos na sua totalidade são com informações*

*erradas e o telefone funcional só fica fora de área e tenho que aturar paisano mal educado, me agredindo, falando que eu tenho culpa do táxi ter demorado a chegar. E quando vou almoçar tenho que engolir a comida e quando dá tempo. Não tomo banho. E no final das 24 horas ou mais **viro um zumbi**, onde **não tenho força nem para chegar em casa ou fazer qualquer coisa**. Não dou atenção para o meu filho, só quero dormir. **Totalmente exausto fisicamente** e quem vier falar comigo vai tomar uma patada. **Sou totalmente infeliz.**”*

APH 7 “*Dia improdutivo, **dores nos membros inferiores, dor muscular, cefaleia, indisposição e sonolência**. **Desânimo** para realizar outras atividades.”*

APH 8 “***Cansada, estressada, esgotamento físico, dores nas costas e dor cervical** após um dia exaustivo de trabalho. **Desanimada e ansiosa** pelo término do plantão. Senti **medo e tensão em entrar em comunidades sem pacificação.**”*

APH 9 “*Lúcida e orientada, couro cabeludo íntegro, mucosas normocoradas, tórax simétrico, **abdome distendido com presença de peristalse, membros inferiores com edema e queimação**. **Cefaleia moderada, irritabilidade, esgotamento mental e insônia** são evidenciados após um dia de trabalho.”*

APH 10 “***Cansaço e dor muscular**, algumas vezes **irritada e estressada.**”*

APH 11 “*Ao final de 24 horas de serviço na ambulância que atende aos chamados dos tipos 193 e 192, sendo este último o de maior prevalência é comum me sentir **esgotada, muito sonolenta, corpo pesado e cefaleia**. Atribuo a esses sintomas o grande número de atendimentos que julgo desnecessários, a exposição ao risco nas comunidades, atendimentos que são passados pela regulação sem detalhe ou detalhe insuficiente ou ainda detalhe que não condiz com a verdade. Também recebemos comunicado de solicitações após horas de realização o que culmina no deslocamento desnecessário do socorro. Ressalta também a regulação médica secundária que muitas vezes antes mesmo de escutar a história do atendimento só recomenda o transporte o que faz da ambulância um mero táxi.”*

APH 12 “*Lúcida, orientada, normocárdica e normotensa. **Muito cansada, fadigada e muito sonolenta**. **Queixa de dores em membros inferiores com sensação de queimação** e livre de edemas. **Sede intensa com boca seca constantemente e cefaleia pulsátil**. Se apresenta*

preocupada e tensa com o retorno para sua residência devido as condições de trânsito e com o cansaço e sono para dirigir seu carro.”

APH 13 “*Lúcida, orientada, eupneica, normocárdica, hipertensa e fadigada. Queixa de lombalgia e dorsalgia há 1 ano em uso de relaxante muscular durante todo esse período sem melhora. Cansaço intenso ao acordar mesmo nos dias que se encontra em casa. Apresenta sobrepeso, desvio do eixo da coluna vertebral para a direita e edema em membros inferiores.”*

APH 14 “*Fadiga, exaustão, lombalgia, cervicalgia, tensão nos ombros e cefaleia. Diarreia após comer no quartel o que tem virado rotina todo serviço. Alguns episódios de raiva e impaciência com algumas vítimas durante os atendimentos. Não consegui dormir durante o plantão, apresenta dificuldade para pegar no sono e tem pesadelos depois de alguns serviços. Algumas vezes se sente frustrada pois populares a culpam pela demora e até da morte de alguns pacientes sendo que essa demora é de no máximo 10 minutos e vamos muito rápido, cortando carros, arriscando sofrer algum acidente para chegarmos ao local e mesmo assim somos agredidos verbalmente com insultos às vezes de cunho pessoal. Eu não tenho culpa que alguém estourou a cabeça no asfalto e sinto vontade de falar isso e dizer que respiração agonizante não significa vida nessas situações. Mas não falo nada porque eles não sabem o que estão falando mas essa culpa me faz mal, ainda que seja sem conhecimento algum. Melhora imensa dos sintomas de estresse quando deixou de realizar atendimentos domiciliares do SAMU e passou a operar somente com 193 na baixada. Acabo descontando o estresse na comida pois já vivi muitas situações ruins para ficar fazendo dieta de restrição. Já desejei muito a morte do governador.”*

APH 15 “*Capacidade cognitiva diminuída, letárgico, pouco reativo, sonolento, atitude de comportamento alterado relacionado à interpessoalidade. Queixa de fadiga muscular, dor lombar e baixa-estima para iniciar o dia com fraqueza e necessidade de repouso prolongado.”*

APH 16 “*Após 24 horas de serviço no APH, em geral me sinto fisicamente cansada, apresentando dor lombar e cervical, dor nos joelhos e edema em membros inferiores devido ao grande número de horas trabalhadas de forma ininterrupta e ocasionalmente cefaleia devido a privação de sono. Emocionalmente após 24 horas me sinto esgotada, com oscilação*

de humor e desestimulada, observo também queda de rendimento e qualidade dos atendimentos prestados no fim da carga horária de trabalho.”

APH 17 “*O estresse começa no dia anterior, tensão é a palavra que melhor define. Passamos por muitas situações difíceis durante o dia, muitos eventos, muitas cobranças, muitos lugares de risco, de difícil acesso, pacientes que chamam e não querem atendimento, a regulação que nos trata com indiferença, como se fossemos leigos, burros, alguns médicos fazem questão de nos humilhar. Muito triste. Uma sensação de impotência, vontade de largar tudo e ir embora, pedir baixa às vezes vem à mente. Angústia também tem sido presente nos últimos tempos. Por mais que façamos uma ótima avaliação, alguns médicos conseguem nos constranger. Lamentável. Tenho horror em falar com eles. O cansaço físico normalmente é extremo, me sinto acabada. Às vezes estou tão estressada que deito e fico pensando e tenho dificuldade para dormir.”*

APH 18 “*Esgotamento físico e mental. O dia posterior ao serviço é considerado perdido pois passo a maior parte do tempo com sono, indisposta e irritada. Muitas vezes apresento edema em membros inferiores, lombalgia e cefaleia. Devido ao corre-corre no serviço sem disponibilidade para me alimentar e ir ao banheiro. Não temos condições de realizar o mínimo de cuidado pessoal possível. Muitas vezes não nos alimentamos, não tomamos banho e nem temos tempo para ir ao banheiro e as consequências ocorrem no dia seguinte onde o cansaço e a indisposição perduram.”*

APH 19 “*Após o plantão me sinto cansada, esgotamento físico e mental, algumas vezes dores no corpo, edema e dores nos membros inferiores, cefaleia e irritabilidade. Durmo muitas horas durante o dia para me recuperar de um longo plantão.”*

APH 20 “*Quando saio da minha casa para prestar um dia de serviço sinto um peso sobre os ombros, uma exaustão de um serviço que nem começou. Nas primeiras horas do serviço fico fazendo a contagem regressiva das horas. Acredito que o descaso com a nossa função e os recursos escassos me desmotive na atividade fim, associado com a escassez de material, o descaso nas unidades hospitalares quando removo o paciente. Tenho a impressão que sou eu quem vitimo o cidadão para dar trabalho à equipe do hospital ou de contribuir pouco com meus impostos para trabalhar com o meu físico no limite do suportável. Afinal, atender uma*

vítima numa ambulância sem ar e com poucas condições é te impor a fazer uma sauna contra sua própria vontade. Isso sem falar do fardamento que só faz com que desejamos que o sol se ponha a oeste ou que uma nuvem o cubra para dar um frescor. A alimentação é outro fator crucial para nos deixar ainda mais **exausto**, pois muitas das vezes não nos alimentamos mas comemos um preparo que para alguns pode se chamar de comida. Acredito que possamos fazer a diferença um dia, mas hoje me limito a oferecer o que me pagam e o que dispõem para prestar o serviço.”

APH 21 “Lúcida, orientada, **sonolenta**, apresentando sinais de **cansaço**. Relata durante as 24 horas **sede intensa e fome** por não conseguir se alimentar de forma apropriada. Refere **dor intensa em calcâneo direito, edema em membros inferiores e dor em panturrilhas**. Eliminações vesicais e intestinais presentes. Sinais vitais sem alterações.”

APH 22 “Acordada, orientada, Glasgow 15, eupneica em ar ambiente. Queixa de **sono e incapacidade de se concentrar**. Relata padrão de **sono insatisfatório**, tendo sono leve despertado muitas vezes. Ingestão de 1 litro de água em 24 horas e cinco refeições. Ausculta pulmonar limpa. Abdome flácido e fezes presentes pela manhã. Urina concentrada. **Membros inferiores com edemas e sensação de peso**. Relata ainda **cefaleia leve**.”

APH 23 “Paciente sonolenta, porém facilmente despertável, com queixa de **cansaço e dor nas costas**. Relata ter **dormido mal** a noite e ter se **alimentado mal** nas últimas 24 horas, incluindo pouca ingesta hídrica. Membros superiores sem alteração, **membros inferiores com edema associado a dor**. Eliminações vesicais presentes, **urina de coloração âmbar com depósitos**, inclusive relata **infecção do trato urinário com frequência** necessitando de antibioticoterapia. **Eliminações intestinais ausentes há 2 dias**. Queixa de **cefaleia e insônia** por sofrer pressão no trabalho, tais como cobrança da população por agilidade e despreparo, falta de compromisso dos profissionais nas emergências tornando o trabalho frustrante.”

APH 24 “Após um dia de trabalho o **cansaço** é constante devido ao trabalho de 24 horas onde muitas das vezes a alimentação, que não é a recomendável devido ao intervalo de tempo entre as refeições, e as péssimas condições de serviço como ausência de ar condicionado nas ambulâncias e o fardamento inapropriado para o serviço, proporcionam um serviço exaustivo. Durante a noite normalmente o **sono é leve** em virtude da possibilidade de acionamento para

*algum atendimento e do tipo da cama e colchão que os alojamentos oferecem. Costumo ficar **estressado** após o serviço devido as péssimas condições assistenciais que são oferecidas pelas unidades de referência hospitalares aos pacientes.”*

APH 25 *“Me sinto feliz por servir em uma OBM que tem como área operacional o local onde resido, podendo atender a comunidade de maneira geral, familiares, vizinhos e amigos. Porém, devido a todas as intercorrências possíveis de acontecer durante as 24 horas de serviço, já assumo um serviço com certa **ansiedade e preocupação, medo** do que pode acontecer durante algum evento ou de como a vítima que é removida para o hospital será recebida, visto que devido a distância da nossa área operacional até os hospitais de referência, a vítima pode piorar ou pode ser recebida com conflito por não haver médico especialista, neurocirurgião ou ortopedista, para atender alguns casos específicos. Sinto **raiva, frustração e insatisfação profissional** quando somos mal recebidos por médicos ou por próprios colegas de categoria profissional nos hospitais. **Me sinto muito mal** por ter que trabalhar 24 horas, sabendo que não posso comer, fazer minhas necessidades fisiológicas, tomar banho e dormir à noite. Quando temos um serviço agitado no qual quase não temos tempo para descansar, sinto muita **cefaleia, dor nas costas, sono, cansaço, irritação, raciocínio lento** e com esse calor e sem ar condicionado na ambulância sinto **mal estar, desidratação, hipotensão** e ainda, mesmo quando conseguimos descansar a noite, **durmo muito mal**, acordando diversas vezes durante a noite **preocupada** se irá bradar e não vou acordar. Muitas vezes saio do serviço tão **cansada fisicamente e mentalmente** que só consigo ir para casa, tomar um banho com calma e dormir sem a preocupação se irá bradar, mas mesmo após descansar não consigo me concentrar se tiver que estudar. Com todos esses contratempos, me sinto muito feliz quando atendo alguma vítima grave e que sei que meu atendimento fez a diferença para ela se salvar, assim quando chego no meu lar e posso deitar e dormir com a consciência tranquila de que fiz a coisa certa.”*

APH 26 *“Saio de casa por volta das 5:50 horas para chegar no quartel de Itaipu onde me locomovo de ônibus. Há expectativa de um serviço tranquilo, onde consiga descansar, ler ou estudar pois já **não consigo dormir na véspera do serviço**. Às vezes consigo descansar pela manhã após a passagem de serviço, às vezes já chego saindo para evento sem conseguir ao menos tomar café da manhã. Muitas vezes não conseguimos almoçar. Minha área operacional fica distante cerca de 35 minutos do hospital de referência o que torna cada evento com*

remoção da vítima muito cansativo. Sinto **dores nas pernas, cervicalgia e dores de cabeça em todos os serviços. Atendo muitos eventos de trauma grave o que gera cansaço extremo físico e emocional**, horas com material preso nos hospitais, **frustração** pelo descaso com o paciente que atendo tão bem. Ao fim do dia normalmente consigo tomar banho e dormir, porém mesmo não saindo na madrugada **durmo muito mal** no quartel. No dia seguinte de um trabalho, normalmente durmo em casa quando chego e passo o dia mais **indisposta** do que o normal. **Acordo diversas vezes a noite.**”

APH 27 “Lúcido, orientado, eupneico, **sonolento**, normocárdico, normotenso, apresentando **cefaleia, dor em região cervical, dor em região escapular tipo pontada, dor em região lombar e queimação em membros inferiores e planta dos pés. Triste e por vezes muito revoltado** com muitas situações tristes e que me deixam muito inferior.”

APH 28 “Após trabalhar 24 horas as queixas são: **cefaleia, sensação de inchaço, certo desconforto gastrointestinal, muito mau-humor e certa lombalgia**. Sinto um conforto de ter atuado ajudando a população necessitada, a prevenção de maiores transtornos na saúde dos afetados. Isso em particular em resgate envolvendo situações de acidente de trânsito. Sinto satisfação plena nesses tipos de ocorrências.”

APH 29 “Lúcida, orientada, hemodinamicamente estável, com queixas de **fadiga, cefaleia, cervicalgia, dores na coluna dorsal**, às vezes **dor em joelho direito, sonolenta e epigastralgia**. Em relação a avaliação emocional, às vezes me sinto **frustrada e irritada**, de acordo com o tipo de evento que eu atendo. Às vezes, satisfeita quando atendo pessoas que realmente necessitam ou vítimas de trauma, o qual me sinto realmente útil.”

APH 30 “Acordada, lúcida, orientada, referindo **cefaleia e cansaço com esgotamento físico**. Respirando em ar ambiente, aceitando bem a dieta, com episódios de **muita fome**, abdome sem alterações, **eliminações vesicais e intestinais em excesso e membros inferiores edemaciados.**”

APH 31 “Profissional com queixa de **cansaço** após 24 horas de serviço no APH, **dores em membros inferiores, sono, estresse e desmotivação**. Refere **padrão de sono irregular** nos dias que antecedem o serviço e durante o serviço, **alimentação e hidratação deficiente**, em pouca quantidade, em horários irregulares e sempre com muita rapidez, **cuidados com a aparência**

*deficiente. Refere raiva e frustração ao realizar determinados atendimentos que não condizem com o APH como evento de troca de bolsa de colostomia. Tensão, irritabilidade e estresse ao ter que realizar eventos sem o material adequado como maca retida em hospital por falta de leitos expondo a guarnição a constrangimento. Sinto uma responsabilidade enorme durante o serviço o que me deixa sempre muito **tensa e ansiosa**. Ao exame físico se observa **ressecamento e algumas fissuras nas mãos** em decorrência das diversas lavagens ao longo do serviço e ao pó das luvas de procedimento. Presença de pequenos **hematomas em membros inferiores**.*”

APH 32 “Após 24 horas de serviço no APH, me mantenho lúcida e orientada, porém muito **cansada, desidratada e sonolenta**. Em alguns serviços me sinto feliz e importante com socorros realizados e vítimas bem atendidas. Mas infelizmente minha maior queixa é o mau uso do serviço de APH que muitas vezes é utilizado como táxi da população. Muitos atendimentos com vítimas verdes que não necessitam de ambulância para se dirigirem ao pronto-socorro. Isso gera **fadiga e estresse** para a guarnição que vê seu trabalho banalizado. Essa é a minha queixa emocional. Ao físico, **cansaço, sono, refeições inadequadas e déficit de cuidado pessoal e banho**.”

APH 33 “Paciente lúcida e orientada, apresentando **déficit de cuidado pessoal, sem banho e com cabelos desgrenhados, impaciente, sem saco, ansiosa e estressada**. Refere padrão de sono **ineficaz** durante e após o serviço. **Alimentação desregulada**, fora dos horários e sem qualidade. Supre sua **ansiedade** com a alimentação. Relata se sentir **sobrecarregada, esgotada, sem motivação** devido à natureza e quantidade dos eventos. O atendimento a questões ambulatoriais e o constante serviço de táxi desestimula, constrange, desvaloriza e enraivece o profissional porque foge do propósito do APH o que nos dessensibiliza, nos deixando intolerantes nos outros atendimentos.”

APH 34 “Após 24 horas de serviço no APH me mantenho lúcido, orientado, **sonolento e muito cansado**. Dependendo do serviço me sinto feliz, principalmente quando atendo muitos traumas na rua que é a situação para qual fomos realmente treinados para atuar. Porém, infelizmente a maioria das vezes me sinto um pouco **frustrado** devido ao mau uso da ambulância pela população, que utilizam como táxi em situações corriqueiras sem manter risco de vida iminente que poderiam facilmente ir por meios próprios para uma unidade de saúde. Isso gera um **estresse** para guarnição e acaba deixando todos **desmotivados**.”

APH 35 “Paciente consciente, lúcida, orientada, relatando como principal queixa após serviço de 24 horas **cansaço e dor nos membros inferiores, sono e cefaleia**. Apresentou regular padrão de alimentação, hidratação e higiene. Após dia de intenso calor e precário funcionamento do ar condicionado da viatura, apresenta **cansaço moderado e dor nos membros inferiores** por varizes e **superiores** por carregar peso e maca devido ao tipo do socorro realizado, traumas e suspeita de AVC. Como queixa emocional principal está relatando que o atendimento em domicílio lhe gera **frustração e estresse** devido a pouca utilidade no deslocamento de uma viatura emergencial sem necessidade e a falta de meios nos hospitais tais como médicos e tomógrafos funcionando. Dificuldade na regulação dos eventos, o que causa **estresse e desmotivação** além de **cansaço** em todos da guarnição. A falta de maca e ter que esperar horas pela liberação da mesma causa **estresse físico e emocional** em todos.”

APH 36 “Apresento **insônia, dificuldade de concentração, lombalgia, dor nos membros inferiores, estressado, cefaleia** às vezes, **cansado, exausto, taquicardia**, zumbido, às vezes **picos de pressão alta e desmotivado**.”

APH 37 “**Cansado, sonolento, desanimado com fadiga intensa, dor em membros inferiores**.”

APH 38 “Apresento **irritabilidade, sonolência, fadiga aos esforços moderados, dispepsia, dor intensa em membros inferiores e coluna dorsal. Dificuldade de concentração, de elaborar e concluir pensamentos complexos, dor nos punhos e cefaleia moderada**.”

APH 39 “Paciente lúcido e orientado no tempo e no espaço, apresentando **olhos com escleróticas avermelhadas**, com queixa de **fraqueza, estresse, cansaço, sono e dor em membros inferiores**.”

APH 40 “Cliente lúcida, orientada, cooperativa, verbalização coerente. **Cansada**. Relata que durante o período da tarde se sentiu cansada com **sensação de mal-estar** que acredita ser devido ao forte calor e ao uso do seu fardamento. Informa também que este dia foi atípico pois seu primeiro evento iniciou às 13:30 horas e que ultimamente não tem realizado eventos fora da sua área pois sempre cobre outra área principalmente no horário da passagem de serviço ou próximo aos horários das refeições o que a deixa por vezes **chateada**. A mesma também relatou que por vezes fica **irada** em eventos que são acionados como vermelho mas quando se

*depara com a vítima, a mesma é azul ou verde e refere a isso a falta de coleta de informações por parte da regulação. Apresentou revolta quando mencionou episódio onde sua maca retida em um hospital teve problemas na trava de sua porta traseira e não conseguiu ser liberada para o conserto e nem tão pouco para o quartel descansar, já se passava da meia-noite, tendo que permanecer na porta do hospital sem maca e com a viatura inoperante devido a problemas na porta. Não observo alterações físicas, não referiu outros problemas. Permanece com **aspecto cansado** porém foi amigável e prestativa. Não observo tristeza porém seus relatos apresentavam por vezes sinais de **revolta**.*”

APH 41 “*Cliente lúcida, orientada, cooperativa às solicitações verbais. Relata **desânimo, cansaço** ao assumir o serviço e no final da tarde certo **mal-estar** devido ao forte calor e ao fardamento. Relata que em alguns eventos senti **taquicardia**, principalmente ao se deparar com pessoas armadas e sendo por elas hostilizadas. Raras vezes se sente feliz ao finalizar um atendimento, pois na maioria das vezes se sente **inútil** por estar realizando determinado atendimento. Apresenta por vezes no serviço **cervicalgia** que tem piorado no decorrer dos anos e vontade constante de procurar novos caminhos diferentemente da profissão escolhida.*”

APH 42 “*Paciente lúcida, orientada, eupneica, afebril, normocárdica, um tanto **hipocorada, apresentando olheiras** e algo **desidratada, edema em membros inferiores**. Queixa de **cefaleia** provavelmente pela **falta de sono** visto que acordo as 03:30h do dia anterior. Queixa também de **vista embaçada e lombalgia**. No momento sem queixas de taquicardia ou ansiedade, pelo contrário, relata estar feliz e relaxada pois é momento de ir para casa.*”

APH 43 “*Paciente lúcida, orientada, eupneica, apresentando **olheiras e lábios ressecados**. Queixa de **cansaço, dor nas costas e membros inferiores, mãos ressecadas** devido ao uso de luvas. Aparentemente **descuidada com cabelos e roupas desajeitadas**. Nega alimentação em períodos regulares, mantendo **períodos prolongados de privação alimentar**. **Eliminações fisiológicas, intestinais e vesicais, prejudicadas** pela falta de tempo. **Emocionalmente desgastada, com sentimento de inutilidade** para o serviço, **estressada e impaciente** apresentando **inquietação e ansiedade**. **Fala arrastada e tensão** ao lembrar que o próximo plantão se aproxima.*”

APH 44 “*Cliente lúcida, orientada, pouco cooperativa, verbalizando, deambulando, hipocorada, poliqueixosa, relata não ter se alimentado corretamente e não ter realizado adequada higiene pessoal por falta de tempo no trabalho. Quanto as queixas físicas, relata sentir cefaleia, mal-estar, cansaço e dores musculares por esforço e peso. Emocionalmente, relata se sentir insatisfeita com o serviço que executa, inútil, com irritabilidade, mau-humor, agressividade, raiva e por vezes agitação psicomotora e dificuldade para dormir. No momento, apresenta ainda sinais de estresse, agitação, ansiedade, dificuldade de executar tarefas e dificuldade de concentração.*”

APH 45 “*Lúcida, orientada, respondendo as solicitações verbais, deambulando. Apresenta mal-estar, cansaço físico e mental, dor muscular principalmente na nuca e nas costas, ansiosa, agitada, sem concentração e dificuldade de dormir ou de me manter dormindo.*”

APH 46 “*Paciente lúcida, orientada, referindo fome, cansaço, cefaleia, dores em região cervical e dorsalgia. Ao exame físico, palidez, aparentando cansaço, com olheiras acentuadas, eupneica, abdome distendido, doloroso à palpação, quanto a percussão, intenso meteorismo. Membros inferiores apresentando discreto edema, diurese presente de coloração escurecida e evacuações ausentes nas últimas 24 horas.*”

APH 47 “*Paciente relata cansaço, desânimo, cefaleia e dor nas pernas. Ao exame físico, normotensa, taquicárdica, edema em membros inferiores. Quando questionada sobre o desânimo, paciente ressalta que suas condições de trabalho são muito ruins, falta de ar condicionado na viatura, entrada em comunidades perigosas, comida do quartel e que durante o serviço apresenta oscilações como tonteira, angústia e taquicardia.*”

APH 48 “*Queixa de cefaleia, taquicardia, dor e edema em membros inferiores, cansaço físico. Relata desânimo um dia anterior ao plantão, relata inquietação e insônia pois percebe que está chegando o momento do martírio. Durante o plantão noturno relata frequente taquicardia e rubor facial ao ouvir o toque do telefone da comunicação da OBM pois percebe que a qualquer momento pode bradar para possível atendimento em locais de risco. Ao final do plantão relata sentir-se chorosa com uma vontade imensa de nunca mais voltar ao seu local de trabalho. Percebe que seu relacionamento familiar ficou comprometido após ser transferida para trabalhar em APH pois apresenta episódios de revolta e impaciência.*”

APH 49 “Enfermeiro referindo **fadiga, dor nos ombros, fome e sono.**”

APH 50 “Lúcida, orientada, **taquicárdica**, normotensa, eupneica, com queixas de **cansaço físico intenso**, especialmente na região cervical e lombar, **cansaço emocional, cefaleia, dor em membros inferiores, fadiga e sono.**”

APH 51 “Ainda lúcida, **letárgica, pálida, cansada, apresentando déficit de atenção, extremamente estressada e irritada**. Qualidade de sono **alterada**. Ingestão de grandes quantidades de glicose durante o dia. Sensação de **fraqueza**. **Desmotivada, triste** ao fim do dia e de atividades regulares. Sinto **vontade de chorar** e devido a esse **desgaste**, no dia que antecede o próximo serviço já fico **tensa**, calculando quantas horas de sono, **irritada** quando não consigo dormir cedo e **depressiva** por ter que voltar a rotina do mal súbito. Amo as instruções oferecidas e fico muito realizada quando consigo prestar atendimento característico de emergência, porém acho que não representa 1% do serviço prestado e isso é frustrante. O que resta é a esperança de mudança.”

APH 52 “Após as 24 horas de serviço, me encontro **exausta fisicamente e emocionalmente**. Lidamos com as mais diversas situações, nos expomos, temos **sono reduzido, má alimentação** pois passamos a maior parte do tempo na rua e quando estamos no quartel nosso tempo é corrido. Já adquiri **infecção do trato urinário** de repetição pois não temos tempo de ir ao banheiro ou beber água conforme necessário e quando conseguimos, geralmente utilizamos os banheiros insalubres dos hospitais. A **frustração** e a **indignação** são marcantes, pois observamos a falta de respeito e consideração das equipes multidisciplinares dos hospitais onde levamos os pacientes, mas principalmente por colegas de farda que trabalham na regulação e não tem a menor sensibilidade para com os militares da ponta.”

APH 53 “Após um dia de trabalho me sinto **exausta, só quero dormir, não me sinto disposta** nem para atividades recreativas. Me sinto **emocionalmente desgastada**. A **percepção e atenção** se tornam **reduzidas**. Já observei que após 24 horas perco 1Kg. Penso que isso se deve a alimentação ruim e pouca ingestão de água, afinal não disponibilizamos de tempo para refeição. Somos proibidos de comprar qualquer lanche na rua. Não ter um período mínimo de descanso também colabora para isso. Além disso é frequente **dor nas costas e nas pernas**. Alguns momentos do serviço devido à exaustão me sinto um tanto **letárgica e bradipsíquica**. A

frustração é oriunda da falta de credibilidade ao oficial enfermeiro diante de alguns médicos reguladores.”

APH 54 “Após um serviço de 24 horas onde corri para eventos bobos me sinto **cansada, chateada e incrédula** em relação as mudanças nesse serviço. Fisicamente estou com **dorsalgia e leve edema em membros inferiores.**”

APH 55 “Ao assumir o plantão às 7 horas me sinto um pouco **cansada** e com a certeza de um dia cansativo e estressante de trabalho. Inicio as minhas atividades cumprindo as minhas obrigações militares e logo após mesmo sem tomar café, brada o primeiro evento. A **sensação de desconforto** inicia porque sei que ficarei sem mais uma refeição. Me deparo com um idoso que está há mais de 24 horas deitado na rua porque não consegue se locomover. Inicio a remoção e com compaixão realizo o atendimento. Logo após entra um atropelamento, paciente grave, em PCR. Iniciamos a RCP e removemos. Grande **agitação e estresse** unidos ao **desgaste físico** de realizar manobras de reanimação. Voltando para o quartel e no horário do jantar nos deparamos com populares solicitando atendimento para uma pessoa que ralou a perna, nesse momento **cansada e com fome**. Inicio o atendimento **sem paciência**, oriento e não removo. Ao iniciar a madrugada uma paciente jovem com distúrbio neurovegetativo me deixa muito **irritada com vontade de agredir** a paciente, porém me contenho. A essa hora estou no meu **limite físico e emocional.**”

APH 56 “O plantão de 24 horas no pré-hospitalar na capital, para o oficial enfermeiro, acarreta imenso **cansaço físico, emocional e psicológico**, pois somos expostos a todas as mazelas da sociedade. Da pobreza extrema à violência urbana. Somado a isto, a falta de descanso, sono, trânsito, hostilidade de populares e interferência política no serviço. Além disso, se destaca as dificuldades de recebimento pela equipe médica nos hospitais. Por fim, é válido ressaltar a falta de autonomia para a tomada de decisões e ou condutas pelo oficial enfermeiro nos obrigando desta forma a regular todos os eventos em uma central médica com profissionais difíceis de trabalho e que dificilmente aceitam sugestões da ponta.”

APH 57 “Paciente acordada porém com queixa de **sono e cansaço físico, queixa de dor na coluna**. Relata tranquilidade. Eupneica em ar ambiente.”

APH 58 “Após as 24 horas exaustivas de trabalho, com poucos intervalos de descanso e alimentação inadequados para uma rotina tão pesada, me sinto **esgotada** com vontade de ir embora o mais rápido possível do quartel. Às vezes saio até sem o desjejum. Percebo que constantemente tenho **dores na garganta, resfriados longos, rinite alérgica e dores no corpo**. Quando saio deste ambiente fico um pouco melhor, porém carrego comigo o **estresse** e a **impaciência**. Os outros ambientes de trabalho, por mais que não tenham a mesma remuneração financeira, me trazem um alívio no meu **sofrimento** e acabo esquecendo do trabalho do corpo de bombeiros. Quando se aproxima o dia do meu serviço vou ficando **mal-humorada** e **estressada**, minha família percebe logo a minha mudança. Busco na espiritualidade uma ajuda para conseguir superar esses problemas, não sei até quando vou aguentar essa situação, mas vou vivendo um dia após o outro.”

APH 59 “Me encontro **cansada, estressada** e emocionalmente estável por hábito dos tipos de eventos realizados.”

APH 60 “Profissional **cansada, com sono e dor no corpo**. Reclamando que algumas ocorrências foram difíceis e que ficou **extremamente irritada** quando ao deixar um paciente no hospital geral, nenhum profissional se levantou para o atender. Relata que o que mais quer neste momento é ir para casa dormir.”

APH 61 “Lúcida, orientada, atendendo as solicitações verbais, **sonolenta, irritadiça, anictérica, acianótica e hidratada**. Se queixando de **dor e distensão abdominal**. **Eliminações intestinais ausentes**. Diurese presente.”

APH 62 “**Sonolenta**, responsiva aos chamados. Se queixa de **dor abdominal e dor em membros inferiores**.”

APH 63 “Após um dia de trabalho me sinto **cansada, com sono, indisposta** para cuidar dos meus filhos. Quando acordo de madrugada tenho **dores de cabeça**. Sinto também **cansaço nas pernas e dor lombar**. Alguns eventos me deixam **irritada e chateada** por serem desnecessários e pela falta de esclarecimento da população sobre o nosso trabalho. Outros me fazem sentir importante e essencial, porém são poucos.”

APH 64 “O dia se inicia já com muita **tensão** e correria. O deslocamento da vtr é sem conforto e segurança, acarretando **lombalgia** e **cervicalgia**, devido aos buracos, quebra-molas e peso em excesso que devemos carregar. O motorista acordado 24 horas se torna perigoso, devido não só ao **sono** como também ao **cansaço**. Nos alimentamos mal, pois muitas vezes não tem como retornar ao quartel, nem para atender as nossas necessidades fisiológicas. Não temos condições de ingerirmos líquidos suficiente, nos levando ao desenvolvimento frequente de **infecções urinárias** e até presença de **cálculos renais**. O descanso noturno que não é possível nos deixa em estado de alerta até após a saída, dificultando assim um sono tranquilo e normal. O nosso relógio biológico passa a sofrer alteração, tais como **tensão**, **insônia**, **troca de turno de descanso**. Os eventos como trauma, suicídio e PTM nos remete a uma **carga tensional imensa**, que muitas vezes se mantêm por muitos dias. Da mesma forma ao deslocamento para áreas de risco que são frequentes. O descaso da supervisão, isto é, dos próprios colegas superiores, nos deixam em tamanho estado de **indignação**, que passamos a nos sentir usados em prol, de um momento político e não pela valorização profissional em si. Não há momento de avaliação emocional e psicológica durante um período de nossas atribuições e o quanto disto poderá influenciar nosso comportamento diário, isto é, em nosso dia a dia. Como seres humanos, profissionais que estão diretamente em contato com pessoas que necessitam das nossas intervenções. Tudo isto faz com que se perca toda a nossa essência do cuidar, a qual nos comprometemos durante o nosso juramento em nossa formatura. Pois precisamos de gente que também cuide da gente, mas mesmo assim, ainda podemos fazer muito pela nossa população, que é quem várias vezes são capazes de reconhecer o nosso trabalho e a nossa dedicação e é isso que nos torna gratificante. Ser reconhecido pelas pessoas mais humildes e sinceras é a nossa felicidade e satisfação do dia de trabalho de nós profissionais.”

APH 65 “Após 24 horas de serviço me sinto **muito cansada**, **sem condições de dirigir**. Estou com **dor lombar e em quadril a esquerda**, **muita fome** pois não conseguimos tomar café da manhã. Além disso **estressada** por conta do calor excessivo do clima o que ocasiona um **mal estar** geral e também por causa da regulação que é desorganizada e acaba nos colocando em situações difíceis.”

APH 66 “Termino o meu plantão com a sensação de dever cumprido, de ter feito o meu melhor para ajudar o outro em necessidade. Satisfeita em ver melhora no quadro da vítima durante e

após ao atendimento e **frustrada** naquelas situações em que não houve tempo hábil para o fazer. Entretanto, o **esgotamento** ao término do serviço é visível devido ao número elevado de atendimentos durante o serviço de 24 horas e, principalmente, por sentir que o sistema é falho na maioria das vezes, desgastando a equipe mais do que o necessário. O **esgotamento** a que me refiro é tanto físico quanto emocional. Uma questão frequentemente discutida entre os colegas enfermeiros é a que o socorrista deve estar em condições plenas de atendimento às vítimas, porém muitas vezes não consegue parar para se alimentar adequadamente. Em suma, há o **desgaste físico e emocional** mas penso que, mesmo com todos esses obstáculos, o atendimento da minha equipe pode fazer a diferença em momentos decisivos.”

APH 67 “Hoje termino o meu trabalho **exausta fisicamente e com dores no corpo. Insatisfeita** com o tipo de atendimento realizado, pois a grande maioria eram eventos onde não necessitava de ambulância. Fiquei com a maca presa por 2 vezes. Mal consegui realizar minhas refeições tranquilamente. Estou **super insatisfeita**, me sentindo em um teatro, onde tudo que estou vivenciado é mentira.”

APH 68 “Me sinto **extremamente exausta, sem energia**. Apresento muito comumente **mal estar, cefaleia e enjoo**. Tem sido comum também nesse calor excessivo **diarreia e infecção do trato urinário** de repetição. Ao chegar em casa apresento também **irritabilidade**.”

APH 69 “Sensação de ter passado o dia todo na rua, com pouquíssimo ou nenhum tempo para realizar necessidades básicas como alimentação, ir ao banheiro, tomar banho. Sem tempo para descanso e mesmo assim não ter realizado nada de útil, salvo algumas exceções.”

APH 70 “Após um dia de trabalho, geralmente com pouco tempo de descanso, me encontro com **exaustão, cansaço, estresse, irritabilidade, agressividade, impaciência e desmotivação**. Me sinto **triste, abatida e sem vontade de levantar da cama** após 24 horas de plantão. Além disso, tenho tido discussões frequentes com entes queridos devido ao **cansaço, estresse e irritabilidade**. Há um enorme **desgaste** pelo fato de irmos com frequência para áreas fora da nossa área de cobertura.”

APH 71 “**Palidez, cansaço, fome, sono e estresse**.”

APH 72 “Após 24 horas e apenas 1 hora e 20 minutos de repouso, com estresses em atendimentos e ida a delegacia para realização de boletim de ocorrências. No momento, com **cefaleia, exausta e louca para tomar banho** já que durante o serviço não pude fazer isso e **louca para retornar para casa e descansar. Chateada** com diversos eventos fora da área que muitas vezes geram problemas devido a desorganização da regulação.”

APH 73 “Após 24 horas de serviço contínuo me sinto invariavelmente **cansada, sonolenta**, pois tenho noite de sono mal dormida. O estresse contínuo de ambiente militar agregado ao estresse dos eventos e a desorganização da regulação 192 e 193 durante todo o dia é desgastante, mesmo sendo apenas uma vez por semana. Alguns dias seguidos ao dia de serviço são pouco aproveitados. Os problemas se repetem por toda semana. **Lombalgia, dor e peso em membros inferiores, cefaleia, desgaste, impotência** são alguns sinais e sintomas que apresento.”

APH 74 “Após realizar as 24 horas de trabalho, saio **cansada e exausta** devido ao calor sofrido durante o dia pela roupa quente, **sonolenta** pela noite mal dormida e tento não absorver o estresse dos eventos. Terminei o plantão contente por saber que pude ajudar uma vítima.”

APH 75 “Como todo profissional realizar 24 horas de trabalho é uma tarefa árdua. Ao final das horas trabalhadas apresento meu limiar de **cansaço, exaustão e estresse** no limite máximo, pois o corpo sente e mentaliza todo cansaço gerado durante esses atendimentos. Porém, o que me conforta é o fato de que o meu trabalho se reflete no bem estar da vítima que consegui transferir com vida até o hospital e isso não tem preço. Apresento sintomas físicos como **cefaleia, náuseas, disúria** por ausência de ingestão de líquidos. Os sintomas emocionais se refletem no **cansaço e pena** dos familiares das vítimas envolvidas. Porém, tudo isso passa, quando posso dispor dos meus 4 dias de folga de forma que eu possa recarregar todas minhas energias para o próximo serviço dando o máximo de mim.”

APH 76 “**Sonolenta** após 3 horas de descanso durante a noite, com **dor nas costas** devido a carga excessiva de peso carregado durante o serviço, apresentando **cefaleia e dor em membros inferiores. Frustrada e insatisfeita** com as condições de trabalho, como fardamento extremamente quente e pesado aliado ao calor excessivo e falta de material na ambulância para trabalhar. Satisfeita com alguns atendimentos finalizados com êxito, **insatisfeita** com

outros. Com **raiva** por ter sido acionada em mais atendimentos fora da área do que na própria. **Extremamente cansada.**”

APH 77 “Após os serviços que realizo, apenas eventos de mal súbito em residências, me sinto muito **esgotada** em virtude da sobrecarga visto que nem sempre o condutor pode estar presente para ajudar na remoção e a permanência de longas horas no hospital com maca retida. Saio **angustiada e cansada**. Quando pego eventos com vítima de PAF, por circunstâncias de assalto, fico muito **abalada e agitada** e com **medo**. Tal fato iniciou após ter pego uma mulher já em óbito, baleada na avenida Brasil em causa desconhecida. Quando a vi morta, logo pensei que poderia ter sido eu ou qualquer um da minha família. Pensei até que estou iniciando um quadro de síndrome do pânico devido ao grande medo que adquiri. Me senti **impotente e fraca**, tendo **vergonha** até de procurar ajuda, pois não podia admitir sentir medo. O próximo PAF que peguei após este evento, fui tremendo e tentando me controlar, pedindo a Deus para que não fosse uma pessoa inocente. Quando pego eventos em via pública, também fico cansada por conta do material retido no hospital, mas me sinto útil e sinto que valeu a pena. A cobrança do comando, eventos em área de risco, material retido, escala extra, atraso de férias e eventos em domicílio estão acabando com a motivação e alegria de ser bombeiro.”

APH 78 “Enfermeira refere **cansaço, fome, sono e sede** após serviço de 24 horas em viatura de socorro do CBMERJ já que não teve tempo para se alimentar devidamente, se higienizar e tampouco descansar durante o período. E ainda **desmotivada e desrespeitada** profissionalmente com a quantidade de saídas desnecessárias, eventos mal regulados, o tempo desperdiçado no hospital esperando liberar material retido. Segue sem alterações hemodinâmicas, **diurese amarelo escura** em pequena quantidade nas 24 horas, **membros inferiores edemaciados.**”

APH 79 “Saindo de serviço me sentindo **cansada**, com as **pernas inchadas e doídas, dores lombares** e com **autoestima abalada** pois 90% aproximadamente dos eventos não necessitavam de ambulância, onde a população nos chama de táxi ou para passar na frente de quem está a horas aguardando no hospital. O **cansaço mental** é pior, pois não vejo produtividade no meu trabalho. Quero ajudar quem realmente precisa e não realizar eventos de caso social ou ambulatorial. O **estresse mental** mais o **cansaço físico** desestimula muito ao retorno de mais um serviço de 24 horas.”

APH 80 “Agora exatamente 23h03min ainda faltam 8 horas de serviço, eu e a minha guarnição não almoçamos, nem jantamos pois bradou nos horários das refeições. Me sinto **exausta, cansada**, estou com o **corpo todo dolorido, principalmente as costas e os pés**. Nos poucos minutos de descanso **sinto a minha cabeça rodar, zumbidos de sirene o tempo todo em minha mente**. Houve mais duas saídas após a madrugada com vítimas que sugam o nosso emocional. Minha rendição chegou às 7h mas eu nem conseguia levantar da cama de **cansaço e sono**. Não sei se vou aguentar por muito tempo, já trabalhei em diversos lugares mas aqui é totalmente desgastante, cruel. Tenho um bebê de 10 meses, cheguei em casa e ele nem quis ir para o meu colo, acho que esqueceu da mãe que sumiu por 24 horas. Hoje volto novamente para mais 24 horas. Essa escala é muito ingrata, passei o sábado da minha folga dormindo de cansaço e hoje aqui novamente.”

APH 81 “São 22 horas, estou **extremamente cansada** e com muita **dor nas costas**. Sinto que as 24 horas são extremamente cansativas, estressantes e me deixam muito **ansiosa**. O serviço deveria ser de 12 horas.”

APH 82 “Paciente lúcida e orientada, eupneica, hipocorada, pálida, apresenta **edema em membros inferiores**. Relata **dor em região lombar e diminuição de força em membros inferiores**, além de **diminuição da concentração e irritabilidade**. Abdome distendido em **quadrante inferior e diurese concentrada com relato de disúria**.”

APH 83 “Paciente inicia o plantão aparentemente **cansado**, devido à **dificuldade de dormir** relacionado a expectativa do dia de trabalho. Lúcido e orientado, refere **dor no punho esquerdo e joelho esquerdo**. Durante o serviço apresenta **elevação de pressão arterial e taquicardia**. No decorrer do dia é nítida a **alteração do humor**, com rápidas transições de risos para choro. À noite e madrugada, o doente mostra **torpor, amnésia** e às vezes **confusão mental**. Pela manhã do dia seguinte, o torpor é substituído por **agitação e dificuldade de dormir**.”

APH 84 “Paciente lúcido e orientado, respondendo com clareza às solicitações verbais, refere **cansaço extremo, lombalgia, dores musculares em membros inferiores**. Relata **irritabilidade com dificuldade para dormir**.”

APH 85 “Geralmente após o término do serviço costumo me apresentar bastante **cansado fisicamente e sonolento** por conta de ter carregado pacientes, algumas das vezes até obesos e por dormir pouco, ou até mesmo nada durante todo o período das 24 horas de plantão. Me sinto também **estressado mentalmente** por ser responsável, por ter que tomar decisões importantes que possam fazer a diferença na vida do paciente.”

APH 86 “Me sinto **extremamente cansada**, sem descansar nada nas 24 horas de serviço, não consegui almoçar, apenas comi algo no jantar. Ao final do plantão, devido ao **cansaço**, as manifestações físicas aparecem como **cefaleia, epigastralgia, dores no corpo, lombalgia, dor em membros inferiores e nas articulações**. Nos dias que antecedem o plantão sinto um **pânico, vontade de chorar, de me isolar** no mundo, sintomas como **insônia, falta de apetite, diarreia, ânsia de vômito e taquicardia** só de pensar que está chegando o dia de serviço. Após ter iniciado o serviço na ambulância, devido a todos esses sintomas tive que procurar ajuda em um cardiologista e um psiquiatra e desde então venho fazendo usos de ansiolíticos e antidepressivos.”

APH 87 “A falta de tempo durante o serviço, o **cansaço extremo e intenso sono** me impedem de usar os períodos em que fico no quartel para redigir textos grandes.”

APH 88 “Ao final deste dia de trabalho, me sinto **esgotada física e emocionalmente**. Amo ser enfermeira do CBMERJ, entretanto as atividades desempenhadas atualmente como serviço de SAMU e corpo de bombeiros são estressantes. Me sinto **sobrecarregada** e sinto que não desempenho minha função. O quartel onde sou lotada é um péssimo ambiente de trabalho onde eu e grande parte da tropa se sente **oprimida**. Entendo a hierarquia e disciplina e as aceito pois sou militar, mas aqui há falta de educação e respeito. Minhas **pernas** estão **inchadas**, não descansei nada nesta noite em eventos desnecessários me sinto **oprimida e tensa** com o comandante. Apresento **taquicardia e sensação de aperto no peito**.”

APH 89 “Me sinto **cansada fisicamente e esgotada emocionalmente**. Por conta do **sono** me apresento **irritada e impaciente**. Apresento **dores nas pernas e uma cervicalgia** frequentes pelo esforço feito e pelo estresse. Praticamente não descansamos nas 24 horas de serviço, principalmente no quartel que estou lotada. Fazer atendimentos de 193 e 192 é muito

desgastante, pois são dois serviços distintos que ao mesmo tempo se tornam muito pesados. Acredito que seja desumano, o sistema é falho.”

APH 90 *“Muitas vezes me sinto **inútil** pois como SAMU fazemos serviço de táxi, ambulatório, sendo poucas vezes emergência. A regulação, médicos, sempre acham que uma simples gripe pode ser mil coisas e assim fazemos o serviço de rebocoterapia. A população não está educada quanto ao serviço de emergência e isso me dá grande **frustração**. Porém, quando somos chamados para um atendimento onde nós fazemos a diferença fico bastante feliz e orgulhosa com a minha profissão. Então ao final de 24 horas estou sempre **cansada** e dependendo desses atendimentos **irritada** por atender tantas besteiras durante o plantão.”*

APH 91 *“Acordo bem disposta quando tenho que vir trabalhar no socorro do GBS. O local de trabalho ajuda pois o grupo é unido e coeso. Isso dá ainda mais força para encarar o serviço. Após atendimentos procuro descansar no alojamento e repor as energias. O serviço é intenso, porém vejo em uma esfera gratificante, pois executo as funções sem intercorrências e o resultado sempre é bom. No final do plantão me sinto feliz em ir para casa para ver minhas filhas. Me sinto realizada pelo serviço executado pois sou capaz de comentar as atividades realizadas.”*

APH 92 *“Após de 24 horas de trabalho, me sinto **exausta, corpo e mente cansados** e com sono, principalmente quando na noite anterior ocorreram muitos atendimentos. Fico muito **desanimada** após uma jornada exaustiva de 24 horas de trabalho em APH.”*

APH 93 *“Ao final das 24 horas de serviço me sinto **muito cansada** e com **muitas dores na coluna, principalmente na região lombar**. No dia seguinte fico **desanimada** e com sono. Ao mesmo tempo quando realizo algum socorro onde a nossa presença faz a diferença me sinto satisfeita e feliz profissionalmente.”*

APH 94 *“Paciente lúcida e orientada, respondendo as solicitações verbais, deambulando, refere **cefaleia, nuchalgia, artralgia e mialgia**, relata **cansaço físico** e **mau humor** mesmo após descanso. Ao exame: **afebril, eupneica, taquicárdica, hipertensa**, aparelho respiratório com murmúrios vesiculares universalmente audíveis, abdome indolor à palpação, **membros inferiores edemaciados**. Paciente informa aceitação parcial de alimentos, ressalta também que*

não consegue dormir na véspera dos plantões, fazendo com que o dia se torne ainda mais cansativo durante o serviço.”

APH 95 “*Paciente auto e halo psiquicamente, eupneica e hipocorada. Apresentando dores musculares com maior intensidade na região lombar, cefaleia, irritabilidade, estafa, labilidade de humor, sono e dificuldade de se relacionar com sua família no dia posterior ao serviço devido ao estresse, inapetência e dificuldade de concentração.*”

APH 96 “*Paciente chega com queixa de **dor cervico-lombar e esgotamento emocional, abatida, olheiras fundas, desanimada.** Relata ter **muito sono** mesmo após dormir por horas, **falta de desejo para realizar suas atividades diárias.** Relata melhora após atividades físicas. Relata **agressividade** com a família, que melhora já no segundo dia de folga. Exame físico: paciente hígida, **abatida, dor lombar ao toque, pés edemaciados** e sinais vitais normais. Intervenções: **redução da carga horária de trabalho, realizar atividades físicas com frequência, não se expor a riscos de vida e ter mais momentos de lazer.**”*

APH 97 “*Paciente se encontra apresentando **cefaleia, lombalgia e cervicalgia. Dor em articulações dos membros inferiores.** Apresenta **sonolência excessiva e perda da concentração** com facilidade. Apresenta **déficit emocional** com um **nível de estresse alto e desestimulação** para o trabalho. Relata que todos os dias antes de ir trabalhar sente **muita vontade de ficar em casa** e que o trabalho desenvolvido não encontra reconhecimento por parte da chefia. Relata estar em **alto grau de tensão emocional** por se sentir **desrespeitado** como profissional de APH. **Taquicárdico, hipertenso e com dor no fundo dos olhos.**”*

APH 98 “*Paciente lúcida e orientada, verbalizando e deambulando. Apresenta queixas de **cefaleia, cervicalgia, lombalgia e edema em membros inferiores.** Refere ser **hipotensa.** Quanto a história pregressa: **cólica menstrual intensa** com melhora após medicamentos à base de ibuprofeno. Visivelmente **cansada e hipocorada,** apresenta e refere **distúrbios do sono e dificuldade de descanso** completo mesmo após dormir. Refere **instabilidade no humor** na parte da manhã, **irritabilidade excessiva** que melhora com descanso, alimentação saudável e atividade física. **Estafa mental e impaciência com dificuldade de concentração.** Teme a síndrome de burnout e a hipertensão. **Sentimento de indiferença** quanto à morte alheia. Procura fazer atividade física 2 a 3 vezes por semana e alimentação saudável, porém confessa*

distúrbio alimentar como compulsão e tendência a melhorar o humor com bebida alcoólica. Cuidados de enfermagem: reorganizar o ciclo circadiano, ter ao certo o mês de férias para programação de viagem e lazer e redução da carga de trabalho.”

Os resultados dos dados produzidos nos instrumentos II e III se fundem, considerando os relatos descritos e a presença de elementos que caracterizam a exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, assim como os sintomas que o corpo apresenta, indicando uma segunda categoria de análise que pode ser denominada de **A SÍNDROME de BURNOUT nos REGISTROS: sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos das/os enfermeiras/os.**

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Considerações sobre o perfil dos participantes do estudo

Os participantes do estudo foram oficiais enfermeiros do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro que atuam no serviço de atendimento pré-hospitalar em ambulâncias que ficam baseadas em 22 quartéis, sendo 18 no município do Rio de Janeiro, 2 na Baixada Fluminense e 2 na Região Metropolitana.

Dos 105 participantes, a maioria é do sexo feminino (79,05%), com idade superior a 30 anos (60,95%), casados (61,91%), sem filhos (58,10%), com mais de 5 anos de formados (80%) e tempo de atuação no APH de 5 a 6 anos (46,67%).

A presença do sexo feminino no exercício da enfermagem possui uma relação histórica. A incorporação da enfermeira no atendimento pré-hospitalar não é recente, considerando a assistência realizada por estas em marcos históricos como as grandes guerras. Como ícones históricos desta atividade, encontramos Florence Nightingale na Inglaterra e Anna Nery no Brasil, mulheres que exerciam a enfermagem em cenários de guerrilha e situações de risco. Porém, no Brasil a presença da enfermeira no APH só é bem evidenciada a partir da década de 90, quando a estruturação do atendimento às urgências/emergências ganha um novo foco (RAMOS; SANNA, 2005).

Em relação ao tempo de formação, encontramos estudos com predominância temporal superior a este como 12 e 16 anos e 17 e 21 anos entre enfermeiros atuantes no atendimento pré-hospitalar (ROMANZINI; BOCK, 2010) e (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008). Esta diferença pode estar relacionada a um dos critérios de inclusão no quadro de oficiais da saúde do CBMERJ no concurso realizado em 2008, onde todos os sujeitos deste estudo ingressaram. Nele, os candidatos deveriam ter idade igual ou inferior a 50 anos, caracterizando assim uma população jovem.

Considerando o tempo de atuação no APH informado pelos participantes, a maioria informou o período de 5 a 6 anos (46,67%). Este valor pode ser explicado pelo ano de ingresso na corporação e pela atividade fim atribuída ao CBMERJ. As diferenças temporais, estão relacionadas a programas políticos do governo do Estado do Rio de Janeiro. Após a conclusão

do curso de formação, os enfermeiros deveriam ser alocados nos projetos das unidades de pronto-atendimento (UPAs 24h) ou nas viaturas intermediárias de APH. Com o passar dos anos e com as alterações políticas, os enfermeiros que faziam parte do projeto UPA 24h foram transferidos gradualmente para as ambulâncias de atendimento pré-hospitalar. Somente dois sujeitos informaram tempo de atuação superior a 6 anos, caracterizando que 96,20% nunca haviam trabalhado nesse cenário do cuidar.

A carga horária semanal realizada no APH pelos participantes do estudo é de até 36 horas semanais segundo 67,62%. Sendo que 58,10% possui outro vínculo empregatício. Segundo Dalri, Robazzi e Silva (2010), em estudo realizado com 64 trabalhadores de unidades de urgência e emergência, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, verificou-se o cumprimento de carga horária semanal entre 44 e 136h, com média de 64h de trabalho semanais. Os mesmos autores afirmam que “*ainda devido à baixa remuneração da categoria profissional, os trabalhadores de enfermagem buscam outros empregos para complementar a sua renda familiar*” (DALRI; ROBAZZI; SILVA, 2010, p. 74).

As dimensões da síndrome de *burnout* apresentaram associação estatisticamente significativa com o MBI (p-valor < 0,001). A análise descritiva através dos percentuais (Tabela 4) mostra que cerca de 80% dos casos com exaustão emocional e baixa realização profissional foram classificados como alta, enquanto que apenas 60% daquelas com despersonalização foram classificados como alta.

A presença da síndrome não apresentou associação considerável com nenhuma das variáveis sociodemográficas estudadas. Apenas a variável carga horária semanal no APH apresentou relação estatisticamente significativa com a presença da síndrome de *burnout* (p-valor = 0,042). Nota-se que entre os participantes que apresentam a síndrome, há uma maior prevalência entre os sujeitos que realizam carga horária de até 36h.

5.2 Considerações sobre a síndrome de *burnout* – olhar quantitativo

Os dados que permitiram a quantificação e o diagnóstico indicativo da síndrome de *burnout* nos participantes do estudo, emergiram do instrumento intitulado “Evidências de sinais psicológicos e tensão emocional” que possuía o *Inventário em Burnout de Maslach – MBI*.

Desfragmentando as dimensões da síndrome como exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, onde os participantes para responderem as perguntas deveriam escolher entre as opções nunca, alguma vez ao ano ou menos, alguma vez ao mês ou menos, algumas vezes durante o mês, uma vez por semana, algumas vezes durante a semana e todo dia encontramos:

TABELA 7: Respostas às declarações que avaliam a dimensão exaustão emocional com maior frequência

Dimensão	Declaração	Opção	N	%
Exaustão emocional	“Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho”	Todo dia	56	53,33%
	“Eu me sinto como se estivesse no meu limite”	Algumas vezes durante a semana	37	35,24%
	“Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho”	Todo dia	31	29,52%
	“Eu me sinto frustrado com o meu trabalho”	Todo dia	25	23,81%
	“Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado”	Alguma vez ao mês ou menos	28	26,67%
	“Eu me sinto esgotado no meu trabalho”	Todo dia	31	29,52%
	“Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego”	Todo dia	41	39,05%
	“Eu me sinto cansado quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho”	Todo dia	29	27,62%
	“Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim”	Algumas vezes durante o mês	23	21,90%

Apesar de 58,10% dos participantes informarem que sentem algumas vezes durante a semana ou todo dia que estão trabalhando demais no seu emprego e 53,33% relatarem que sentem algumas vezes durante a semana ou todo dia cansaço quando levantam pela manhã e

precisam encarar outro dia de trabalho, somente 17,14% e 19,05% informam que trabalhar diretamente com pessoas os deixa estressado e trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço respectivamente algumas vezes durante a semana ou todo dia, o que indica uma exaustão permanente, interferindo seguramente na realização profissional. *“A exaustão emocional se refere à sensação de esgotamento tanto físico como mental, ao sentimento de não dispor mais de energia para absolutamente nada. De haver chegado no limite das possibilidades”* (BENEVIDES-PEREIRA, 2010, p. 35).

TABELA 8: Respostas às declarações que avaliam a dimensão despersonalização com maior frequência

Dimensão	Declaração	Opção	N	%
Despersonalização	“Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas”	Algumas vezes durante o mês	24	22,86
	“Eu sinto que trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos”	Nunca	26	24,76%
	“Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho”	Todo dia	24	22,86%
	“Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente”	Todo dia	28	26,67%
	“Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes”	Alguma vez ao ano ou menos	37	35,24%

Esses dados são preocupantes porque, de um lado, sentir que os clientes são “objetos” e não pessoas em situações que colocam suas vidas em riscos em menor, média ou maior complexidade é inconscientemente negar, não fazer aquilo que aprendemos como confortar e aliviar seus sofrimentos. Por outro lado, perder a sensibilidade, endurecer lentamente, se tornar indiferente, visualizando as pessoas como “coisas” ou “objetos”, consequentemente contribui para riscos que envolvem tanto os profissionais quanto os clientes que estão sendo atendidos

no APH. “A despersonalização não significa que o indivíduo deixou de ter a sua personalidade, mas que sofreu e vem sofrendo alterações, levando o profissional a um contato frio e impessoal com os usuários do seu serviço...” (BENEVIDES-PEREIRA, 2010, p. 35).

TABELA 9: Respostas às declarações que avaliam a dimensão baixa realização profissional com maior frequência

Dimensão	Declaração	Opção	N	%
Baixa Realização profissional	“Eu me sinto muito cheio de energia”	Alguma vez ao mês ou menos	26	24,76%
	“Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com meus pacientes”	Alguma vez ao mês ou menos	33	31,43%
	“No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma”	Algumas vezes durante o mês	24	22,86%
	“Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes”	Algumas vezes durante o mês	35	33,33%
	“Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho”	Algumas vezes durante a semana	25	23,81%
	“Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes”	Algumas vezes durante a semana	33	31,43%
	“Eu posso atender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas”	Algumas vezes durante a semana	33	31,43 %
	“Eu tenho realizado muitas coisas importantes nesse trabalho”	Algumas vezes durante o mês	29	27,62%

Mesmo com os sentimentos de baixo estímulo e a falta de energia ao exercerem atividades assistenciais, os participantes referem somando-se as opções algumas vezes durante

a semana e todo dia que tratam de forma adequada os problemas dos pacientes em 56,19% das afirmativas. *“A reduzida realização profissional evidencia o sentimento de insatisfação com as atividades laborais que vem realizando, sentimento de insuficiência, baixa autoestima, fracasso profissional, desmotivação, revelando baixa eficiência no trabalho”* (BENEVIDES-PEREIRA, 2010, p. 35).

Embora tenhamos nos deparado com maiores frequências de caráter negativo relacionados a tensão física e emocional, pode ser observado que alguns participantes possuem satisfação no trabalho em determinados momentos e respeitam a individualidade das vítimas atendidas. Pai e Lautert (2005, p. 232) corroboram com o tema quando afirmam:

O cuidado, objetivo da prática de enfermagem, desenvolve-se no encontro com o outro, sendo facilmente reconhecido como uma necessidade nos momentos críticos da existência do ser humano, isto é, o nascimento, a doença e a morte. Precisa, no entanto, ser sentido, assumido e exercitado no dia a dia da enfermagem para evitar que sua prática se torne mecânica, impessoal e até desumana.

Isso pode indicar que o constante desafio do cuidar no ambiente pré-hospitalar deixa os profissionais em permanente estado de alerta, mantendo-os no limite entre a fronteira do humano e do desumano.

O trabalho de enfermagem em ambientes e situações críticas é marcado pela presença de situações complexas e inusitadas, que exigem alto grau de atenção e estado de alerta constante. Além disso, os enfermeiros exercem suas atividades em ambientes estressantes, onde situações de emergência são frequentes e requerem dos trabalhadores, empenho e habilidades diversas (GONZALES et al, 2006).

CATEGORIA 1 - A SÍNDROME QUANTIFICADA: as/os enfermeiras/os do atendimento pré-hospitalar estão doentes.

Os resultados obtidos através da análise do instrumento I – Evidências de sinais psicológicos e tensão emocional apontam que os enfermeiros que estão realizando atendimento pré-hospitalar, através de ambulâncias do CBMERJ, estão doentes ou em processo de adoecimento.

Segundo Benevides-Pereira (2001), a síndrome de *burnout* traz consequências nocivas tanto no campo das relações interpessoais quanto no campo profissional ocasionando desta forma prejuízos pessoais, sociais e organizacionais

Esses profissionais que apresentam indicativo da síndrome de *burnout*, mesmo doentes estão cuidando de pessoas 24h por dia, todos os dias da semana, em quartéis espalhados pelo Estado do Rio de Janeiro, com sentimentos de exaustão física e emocional, frustração e esgotamento pelo trabalho, sensação de cansaço, falta de coragem, endurecidos, insensíveis e sem energia.

Ao brado de cada sirene de socorro, soa no corpo dos enfermeiros que atuam no APH a cronificação de um estresse ocupacional em decorrência das condições laborais, esforços físicos e mentais, privações de alimentação e sono, medos e tensões vivenciadas em áreas de risco e o encontro ao inesperado.

De acordo com Lipp (2006), a profissão e o trabalho irão determinar grande parte de nossas vidas. O trabalho satisfatório determina prazer, alegria e saúde. Contudo, quando o trabalho é desprovido de significação, não é reconhecido ou é fonte de ameaças à integridade física e/ou psíquica, acaba gerando sofrimento no trabalhador.

O acúmulo de sentimentos de insatisfação e tristeza, aliados a diminuição da realização profissional e aos efeitos no corpo de um trabalhar em constante estado de alerta, contribuem para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, comprometendo a saúde dos profissionais e a qualidade do cuidado que é prestado à população ao serem considerados como “coisas” ou “objetos”.

Em profissões como a enfermagem e os bombeiros, é fundamental a manutenção de estado de alerta, pois a este estado de prontidão se asseguram a qualidade do atendimento dispensado às pessoas, assim como os bons resultados da sua atuação (GONZALES et al, 2006).

Considerando a falta de um programa institucional, assim como uma seção para rastreamento de riscos e acompanhamento da saúde dos trabalhadores pertencentes a esta corporação, quantificando o número de enfermeiros que apresentam indicativo à síndrome de *burnout* e a escala mensal cumprida pelos mesmos, podemos afirmar que 16 ambulâncias que prestam atendimentos à população, possuem como chefes de guarnição, enfermeiros com a sua saúde mental e física comprometida.

5.3 Considerações sobre a síndrome de *burnout* – o que dizem os dados qualitativos

A síndrome de *burnout* já diagnosticada nos dados quantitativos começa a ser delineada a partir das falas dos sujeitos em um corpo adoecido como verificamos nos sintomas apresentados.

Com base no instrumento II – Evidências da ação (diário dos enfermeiros), podemos afirmar que os dados confirmam o que está apresentado nos dados quantitativos de que os enfermeiros atuantes no APH estão desenvolvendo distúrbios físicos, emocionais, psíquicos e comportamentais que possuem relação com as solicitações e ambientes do cuidar.

Concernente as solicitações de atendimento, percebemos nas falas dos sujeitos que existe uma preferência aos eventos traumáticos do que aos clínicos. Este fato pode estar relacionado a formação de bombeiro militar realizada em 2008 que era estruturada para o atendimento à vítima de trauma em via pública. Porém, com a incorporação do serviço do SAMU ao CBMERJ, que era responsável pelos atendimentos domiciliares, as características assistenciais mudaram completamente. Solicitações que configuram novos modos de adoecer ou enlouquecer ao contribuírem para a perda da sensibilidade ou endurecimento no transcorrer dos atendimentos clínicos de baixa complexidade, diferentemente dos traumas críticos ou difíceis que mantêm os profissionais em estado de alerta pelo estímulo externo.

Corroborando com o tema, um estudo realizado com profissionais de enfermagem do CBMERJ em 2010, que atuam no APH, identificou como principal fator estressor desses profissionais o SAMU como atribuição desta corporação. Para esses sujeitos, o serviço tornou-se sobrecarregado, uma vez que após essa integração, além de atenderem às situações de socorro próprias do CBMERJ, precisam também realizar o atendimento às emergências domiciliares. Relacionados a estas, demonstram frustração pois acreditam que foram preparados e treinados para atuar em situações específicas a dos bombeiros e a realização de atendimentos em casa é entendida como uma fuga ao lema do GSE (SALVADOR; SILVA; LISBOA, 2013).

A partir dos RAPH'S preenchidos por enfermeiros no período de janeiro a julho de 2013, evidenciou-se que o maior número de atendimentos realizados pelas viaturas intermediárias do CBMERJ foi em residências (10.215) com uma diferença superior a mil socorros das localidades classificadas como via pública (9.016). Considerando os outros ambientes do cuidar como locais de prática desportiva, indústrias e construções, bar, escola,

comércios e a ausência de registros que não especificam o espaço, foram computados o total de 25.579 atendimentos realizados por enfermeiros num período de seis meses (SÉ; SILVA; FIGUEIREDO, 2014).

Os enfermeiros do APH afirmam que o cuidado de baixa complexidade os incomoda e que na sua maioria estão relacionados a ambientes residenciais. Destacamos três trechos encontrados no instrumento II, por participantes diferentes:

- *“Quando somos acionados para atendimentos em residências sabemos que provavelmente vamos encontrar alguma pessoa com queixa sem gravidade, já saio do quartel com raiva. Ao contrário das vítimas de trauma que precisam de manobras e cuidados específicos para o seu atendimento...”*
- *“Quando brada para atendimento em casa já sei que lá vem besteira... quando é sério arrumam um jeito de levar à vítima para o hospital. A vítima de trauma já é diferente, as pessoas não podem colocar um atropelado dentro do carro... quando veem sangue têm medo. Ficam aguardando o bombeiro chegar”*
- *“Prefiro atender trauma o dia inteiro, nem me importo se ficar na rua direto porque sei que essas vítimas precisam da gente. Não tem ninguém que faça o nosso trabalho, me sinto útil”*

Acreditamos que os atendimentos às vítimas de alta complexidade estão associados a um maior grau de satisfação dos profissionais envolvidos no pré-hospitalar por compreender cuidados específicos ao quadro apresentado, com manobras que diminuem o risco do agravamento de lesões e contribuem para um melhor prognóstico. Fato que também pode ser corroborado pela exclusividade de atuação no município do Rio de Janeiro com ambulâncias equipadas para este fim.

A questão que nos alerta é: Será mesmo que eles ficam satisfeitos com clientes graves (com risco de morte) do que com as situações que podem manter a vida? Provavelmente as emoções que se misturam ao cansaço, a irritação ou raiva, ao excesso de trabalho, podem estar confundindo-os com o que poderia ser melhor para eles e para os clientes. Ao desejar cuidar de situações graves, os profissionais colocam em causa um saber pela complexidade, um poder pela dependência ou por uma compensação de um corpo que precisa de cuidados.

Com o passar das horas durante os serviços, com o corpo apresentando sinais de cansaço, fadiga e fome pelas privações alimentares e de descanso, os eventos de baixa complexidade começam a ser desvalorizados ou banalizados pelos enfermeiros atuantes no pré-

hospitalar, pois as queixas apresentadas pelas vítimas muitas vezes são idênticas ou de menor risco do que as apresentadas no momento do atendimento pelo próprio profissional.

Mesmo diante de conceitos de um corpo que merece cuidados biológicos, sociológicos, espirituais e psicológicos, a exaustão física e emocional desses militares ultrapassa em alguns momentos a ética assistencial quando os valores e individualidade da vítima envolvida no atendimento são subestimados.

A realidade concreta ou subjetiva dos ambientes do cuidar associados aos riscos e queixas dos enfermeiros que atuam no pré-hospitalar, que provocam ou ameaçam o desenvolvimento da síndrome de *burnout* contribuem para implicações profundas naqueles que realizam o atendimento e na própria população, que doente e em risco é assistida por profissionais, às vezes, até mais doentes do que eles.

Os processos de trabalho e o de produção que envolvem as atividades inerentes a profissão, assim como a demanda necessária, podem compor os fatores determinantes para o desgaste da saúde dos trabalhadores (SÊCCO et al, 2003).

Nos registros realizados pelos sujeitos do estudo sobre as reações do seu corpo durante os atendimentos, os sintomas apresentados foram agrupados em físicos, psíquicos, emocionais, comportamentais (BENEVIDES-PEREIRA, 2010) e motivacionais.

Os sintomas físicos foram separados e agrupados de acordo com os sistemas corporais: músculo esquelético, gastrointestinal, geniturinário, cardiorrespiratório, orofaríngeo, sensorial, neurovegetativo, tegumentar e endócrino conforme as queixas apresentadas. Dos 43 sintomas registrados e classificados como físicos, os mais recorrentes foram: cansaço (105), ou seja, todos os participantes, dor lombar (65), fome (53), dor em membros inferiores (48), calor (42), sono (36) e sede (20) ratificando a exaustão física e restrições de descanso e alimentação durante o serviço no atendimento pré-hospitalar.

Em estudo realizado em duas unidades de emergência no estado de Minas Gerais com 64 profissionais de enfermagem, foram encontradas como 3 principais alterações de saúde: algias em 39,64%, cansaço mental e estresse em 14,79% e problemas cardiovasculares em 11,24%. Relacionadas às algias, as dores em membros inferiores foram as mais frequentes seguidas das lombalgias (DALRI; ROBAZZI; SILVA, 2010).

O cuidado no cenário da emergência pré-hospitalar requer preparo físico dos seus profissionais. A cada toque da sirene de socorro o enfermeiro deve correr até a sua viatura, independentemente da quantidade de vezes que isso aconteça, do horário e de onde a mesma

esteja estacionada. Em alguns quartéis que são sedes de eventos ou atividades de competição entre os bombeiros, as viaturas ficam baseadas do lado externo da unidade para a utilização do espaço físico interno, aumentando a sobrecarga física dos bombeiros de serviço durante os deslocamentos após o brado.

Relacionados as queixas de ingesta alimentar e hídrica, são oferecidas quatro refeições aos bombeiros de serviço no quartel com horários pré-estabelecidos. Porém, por se tratar de um trabalho realizado fora dos muros do quartel e sem rotinas horárias, com frequência os profissionais que atuam no pré-hospitalar não conseguem se alimentar adequadamente. Aliado a essas restrições, esses trabalhadores não podem adentrar em nenhum estabelecimento, quando de serviço, para comprar qualquer tipo de alimentação pois precisam estar a todo o tempo disponíveis para um novo chamado, estando passíveis a punições disciplinares pelo seu superior.

“Em dias de trabalho, o número de refeições depende do tempo que terão disponível para se alimentar... Além disso, no trabalho, estes profissionais comem de acordo como o cardápio do dia, e nem sempre o oferecido é adequado...” (SALVADOR; SILVA; LISBOA, 2013, p. 366).

Os sintomas psíquicos foram agrupados de acordo com as suas características em sentimentos de ira, aflição, melancolia e enfraquecimento. Relacionado à ira, encontramos os sentimentos de ódio, muito ódio, ódio dos médicos, raiva e revolta. Desfragmentando as falas dos sujeitos verificamos que os sentimentos listados estão relacionados a central de regulação médica, também conhecida como COGS, por dois motivos: o empenho de viaturas de socorro para eventos de baixa complexidade e a desvalorização da fala dos enfermeiros pelos médicos reguladores.

A regulação médica realizada de forma não criteriosa e o não cumprimento de protocolos internos sobrecarrega os profissionais da ponta que a todo momento são acionados para assistir pessoas que não apresentam necessidade de tratamento ou intervenção emergencial. Fato contínuo que além de ser determinante para o desgaste físico, contribui para a demora do atendimento e até mesmo a ausência deste a vítimas clínicas ou traumáticas graves pela indisponibilidade de viaturas de socorro empenhadas em eventos classificados como sem risco ou baixo risco.

Salvador, Silva e Lisboa (2010), afirmam que um dos estressores sofridos pelas equipes de APH do CBMERJ, é em decorrência do trabalho desenvolvido pela regulação

médica, que segundo os sujeitos que participaram do estudo, direcionam as ambulâncias para eventos que não caracterizam situações de emergência, sobrecarregando as equipes de socorro e colaborando para a indisponibilidade de viaturas para o atendimento de vítimas graves.

Atribuídos aos eventos realizados pelos enfermeiros, encontramos sentimentos de ódio, raiva e revolta dos médicos na prática obrigatória da regulação médica dos atendimentos. Institucionalmente, no CBMERJ, todo evento realizado pela enfermagem, técnicos ou enfermeiros, deve ser regulado.

Frustração e raiva são traços emocionais característicos do desgaste físico e emocional. O impedimento da realização dos objetivos, através de obstáculos, recursos insuficientes ou falta de controle sobre suas atividades, contribuem para o sentimento de ineficiência, frustração e exaustão pelos esforços despendidos, alimentando reações negativas em relação às pessoas e ceticismo em relação ao trabalho (MASLACH; LEITER, 1999).

A regulação baseada no serviço da telemedicina, tem o objetivo de oferecer a assistência médica, no caso da COGS, através da telecomunicação a partir dos dados informados pelos profissionais de enfermagem que realizaram avaliação e atendimento inicial. Verificamos considerável insatisfação dos sujeitos do estudo na continuidade desse processo. Ao informar a real situação, os enfermeiros relatam que suas falas não são valorizadas pelos médicos reguladores, que tratam com descrença e indiferença suas impressões e os cuidados já realizados. Encontramos impregnações de revolta em falas como: *“Não sei porque a gente existe, os reguladores não acreditam no que a gente fala, pedem para falar com a vítima para confirmar, fico com muita raiva...”*, *“O pior para mim é quando pedem para falar com a vítima, me sinto uma idiota...”* e *“Não sei porque somos obrigados a regular, não consideram o que a gente fala, mandam remover tudo...”*

Os participantes do estudo expressam que o cumprimento da normatização com a regulação obrigatória dos eventos através da telemedicina, assim como, a desvalorização dos seus achados pelos médicos reguladores, atuam como uma barreira à resolutividade, limitando a autonomia dos enfermeiros do APH.

A autonomia é uma característica que se refere à possibilidade em tomar decisões sem necessitar de consulta ou autorização de outrem, possibilitando liberdade de ação e independência profissional (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Em estudo com enfermeiros, Correia (1997 apud BENEVIDES-PEREIRA, 2010) verificou que quanto maior o

comprometimento e autonomia no desenvolvimento das atividades, maiores são os níveis de realização profissional e menores os de despersonalização.

A fusão do serviço do SAMU com o GSE/CBMERJ em 2007 no município do Rio de Janeiro, contribuiu para a descaracterização do princípio fundamental dos distintos programas de emergência. Anteriormente, o SAMU oferecia um serviço de atendimento domiciliar com ambulâncias equipadas com uma grande variedade de medicações, que eram utilizadas pelas equipes de socorro com base na telemedicina. Após avaliação do quadro da vítima e hipótese diagnóstica, as informações eram repassadas ao médico regulador que prescrevia as medicações necessárias. A equipe de atendimento permanecia na localidade do atendimento, acompanhando a evolução do quadro inicial. Caso não ocorresse a melhora, a vítima era encaminhada para o hospital de referência.

Já com esse tipo de atendimento sendo realizado pelo CBMERJ, as vítimas são atendidas por ambulâncias com profissionais de enfermagem com ausência ou mínima carga medicamentosa. Assim, a maior parte dos assistidos são encaminhados para os hospitais, sobrecarregando as unidades emergenciais. Considerando que a mesma corporação é responsável pela assistência às vítimas de qualquer agravo a saúde em logradouros públicos, com o empenho dessas mesmas viaturas e equipes para atendimentos residenciais, o tempo resposta à chegada do socorro aos acometidos por quedas de moto, atropelamento, colisão, perfuração por arma branca, perfuração por arma de fogo pode se tornar inadequadamente demorado e vital.

Os sentimentos de aflição como os de angústia, ansiedade, pavor, preocupação, temor, tensão e receio, estão relacionados aos eventos em localidades de risco como as comunidades e ambientes com tráfico de drogas.

Os enfermeiros atuantes no pré-hospitalar no município do Rio de Janeiro são militares e como representantes da segurança pública do Estado, conforme preceitua o art. 144 da Constituição Federal de 1988, não são bem aceitos em alguns ambientes do cuidar por indivíduos que contribuem ou exercem práticas criminosas, estando em risco iminente de morte (BRASIL, 1988).

Em algumas comunidades dominadas pelo tráfico de drogas no Rio de Janeiro, a equipe de socorro não é bem-vinda, fato explícito pelos marginais. No entanto, nessas localidades as pessoas também necessitam de assistência, criando uma situação conflituosa

entre a necessidade de proteger a integridade dos profissionais e o direito dos cidadãos ao atendimento de emergência (SALVADOR; SILVA; LISBOA, 2013).

Encontramos relatos de abordagem e coação das equipes de socorro por populares armados enquanto se deslocavam para realizar os atendimentos: *“Só de pensar que vou ter que entrar numa comunidade já fico apavorada, já tive várias vezes armas apontadas para a minha cabeça... Ninguém quer passar por isso”* e *“Nós vamos fazer atendimento e somos humilhados, é muito ruim trabalhar assim... Entram na nossa viatura, vasculham tudo, um absurdo!”*. Institucionalmente para a central de regulação médica, COGS, não existe atendimento em área de risco e sim situações de risco, fazendo com que as equipes de APH sejam empenhadas para eventos em localidades sabidamente perigosas e expostas a ameaças constantes.

O medo e a ansiedade são emoções consideradas negativas que contribuem para o desgaste físico e emocional. *“Esses sentimentos são prováveis especialmente quando falta controle sobre o trabalho e quando o ambiente é incerto e ameaçador”* (MASLACH; LEITER, 1999, p. 49).

Os sentimentos classificados como melancólicos (apatia, abandono, abalo, decepção, depressão, desânimo, desmotivação, pena e tristeza) e de enfraquecimento (diminuição do raciocínio, estresse e esgotamento emocional) estão relacionados ao processo de trabalho no ambiente pré-hospitalar. Trata-se do desenvolvimento de atividades desgastantes física e emocionalmente, com a necessidade de um corpo preparado para a realização de esforços e mentalmente capaz de lidar com situações inesperadas e trágicas.

Os profissionais do APH são considerados como a ajuda necessária para amenização ou resolução do fato ocorrido, por isso precisam manter a calma e serenidade independente dos seus sentimentos. Aos envolvidos ou diretamente prejudicados esses trabalhadores representam a esperança do desfecho positivo dos seus agravos ou problemas, fazendo-se necessário a abdicação do seu estado físico ou psíquico enfraquecido ou doente.

Relacionado ao tipo de ocupação ou trabalho desenvolvido, Benevides-Pereira (2010) afirma que a maioria dos autores concordam que qualquer pessoa pode vir a sofrer de estresse ocupacional em função das atividades realizadas, porém o *burnout* incide principalmente nos que ajudam, prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento dos outros como por exemplo os enfermeiros e bombeiros.

Associado a esses fatores, existe a dinâmica administrativa do serviço como o cumprimento das obrigações militares, dificuldade com as unidades de referência para

atendimento e recebimento das vítimas, privações alimentares e de descanso e orientações/determinações da regulação médica que é um dos agentes estressores mais citados pelos sujeitos desse estudo.

Os sintomas comportamentais foram classificados como sentimentos de reação a realidade vivenciada em seus serviços pelos enfermeiros atuantes no pré-hospitalar. Foram encontrados registros de agitação, alerta, indiferença, impaciência, mau-humor, nervosismo, frieza, impotência, indignação, indisposição, infelicidade, injustiça pelo militarismo, insatisfação e insegurança.

Os trabalhadores ao sofrerem desgaste físico e emocional, não são os únicos responsáveis pelos sentimentos ou postura que adotam. Este desgaste é sinal de uma disfunção no ambiente das organizações e, portanto, revela mais sobre o local de trabalho do que sobre os que nele trabalham (MASLACH; LEITER, 1999).

Os sentimentos de agitação, nervosismo, estado de alerta e insegurança foram correlacionados, com base nos registros realizados no instrumento II, ao deslocamento para atendimento em locais de risco como as comunidades das áreas de abrangência dos quartéis que estavam de serviço. A possibilidade de encontro de uma situação ameaçadora ou perigosa é considerada como agente estressor a esses trabalhadores contribuindo para o desgaste psíquico e emocional de acordo com a carga de exposição vivenciada.

O reconhecimento de sentimentos de impaciência, intolerância, frieza, mau-humor, indiferença, indisposição, infelicidade e insatisfação foram relacionados ao desgaste físico provocado pelo excesso de trabalho em decorrência do empenho das ambulâncias pela central de regulação. As queixas encontradas nos registros dos sujeitos do estudo são associadas ao desgaste acumulativo pelos atendimentos a vítimas graves e a vítimas sem risco ou gravidade como nos fragmentos textuais a seguir: *“A regulação empenha nossas viaturas o dia inteiro para eventos classificados por nós como verdes, quando realmente pegamos uma vítima grave toda a guarnição já está indisposta, cansada e não temos mais força...”* e *“A insatisfação com a central de regulação é unânime, parece que trabalham de qualquer jeito. No meu último serviço fiquei correndo o dia inteiro para eventos sem nenhuma necessidade, na madrugada pegamos uma vítima em PCR e não tínhamos mais força... você não tem o mesmo gás, já está exausto quando realmente precisa”*.

Uma das principais fontes de estresse crônico no enfermeiro, levando a sentimentos de exaustão emocional é a sobrecarga de trabalho (SANTOS, 2010). Os trabalhadores quando

exaustos, encontram-se com os recursos internos reduzidos para enfrentar as situações vivenciadas no trabalho, assim como a energia para desempenhar as suas atividades (BIEL, 2009 apud FRANÇA et al, 2012).

Os sentimentos comportamentais de injustiça, insatisfação e impotência estão concatenados ao ser militar. Além das atribuições como socorristas, os enfermeiros do CBMERJ possuem o regimento à luz do militarismo, um método baseado rigidamente na hierarquia e disciplina. Esse tipo de vivência que abrange as relações de poder pode contribuir para opressão de sentimentos e ações por medo de sanções ou punições por parte do superior hierárquico. As opiniões e discussões podem se tornar restritas trazendo influências negativas diretamente ao ambiente de trabalho, impedindo o levantamento e resolução das demandas contínuas.

Normas rígidas impedem que o profissional possa inovar ou sentir-se no controle de suas atividades. O sentimento de injustiça, de falta de equidade nas relações laborais, é fator relevante para a vulnerabilidade ao *burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Os sentimentos defensivos foram classificados como de preservação em virtude de estarem relacionados ao medo dos profissionais perderem a vida durante suas atividades como bombeiros. Considerando que o enfermeiro do pré-hospitalar pode estar inserido nos cenários de incêndio, desabamento, catástrofes ambientais e rodovias de alta velocidade com riscos de atropelamento, só foram encontrados registros de medo concernentes a atendimentos em comunidades com tráfico de drogas presente.

Alguns ambientes de trabalho, como no caso das localidades onde são realizados os atendimentos pelos enfermeiros do pré-hospitalar, predispõem a riscos físicos e até de vida, onde o bom desempenho de suas funções pode vir, eventualmente, a lhes causar danos ou morte (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

A existência de comunidades, também conhecidas popularmente como favelas, faz-se predominante no município do Rio de Janeiro, assim como a implantação de políticas públicas de pacificação que desenvolvem um trabalho através da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ) com recursos humanos e materiais escassos. Mesmo com a presença da PMERJ, são veiculados na mídia com frequência tiroteios e mortes por confrontos ou ações isoladas de indivíduos pertencentes ao crime organizado.

Em estudo publicado em 2013, a Organização das Nações Unidas (ONU) confirmou o que já é noticiado nas principais capitais brasileiras, sobretudo no estado do Rio de Janeiro.

Em números absolutos mais de 430 mil pessoas morrem anualmente assassinadas no mundo. A nível global o número de homicídios é da ordem de 6,2 por 100 mil habitantes, sendo o valor atualmente considerado como aceitável de até 10 homicídios por 100 mil habitantes. O estado do Rio de Janeiro já obteve valores de 56,7 homicídios por 100 mil habitantes em 2000. Os últimos dados publicados, em 2013, apontam taxa de 28,9 apresentando média superior a da África, continente de grandes proporções territoriais, com países em sérias crises de violência e guerras civis.

Nesse cenário de risco estão inseridos os enfermeiros do pré-hospitalar ao serem empenhados para atendimentos às vítimas com agravos clínicos ou traumáticos em residências ou mesmo nas vias públicas de comunidades, locais que provocam o desespero, medo de morrer, vontade de chorar, vontade de ir embora e vontade de não voltar nunca mais conforme os registros realizados no instrumento II.

Considerando os resultados encontrados no instrumento I, intitulado “Evidências de sinais psicológicos e tensão emocional”, que contém na íntegra o Inventário em Burnout de Maslach, que permitiu a quantificação alarmante que 77,14% dos participantes apresentam indicativo da síndrome de *burnout*, associado aos resultados do instrumento II, intitulado “Evidências da ação”, que corrobora as evidências físicas e emocionais de adoecimento dos participantes através dos registros dos seus sintomas e sentimentos, encontramos alguns registros de manifestações positivas.

A esses registros, classificamos como sintomas motivacionais e estão relacionados a: alegria, felicidade, emoção, gratidão, satisfação, solidariedade, superação, surpresa, compaixão, coragem, orgulho, disposição, tranquilidade, reconhecimento e responsabilidade.

Apesar do alto indicativo de adoecimento, das dificuldades relatadas no ambiente de trabalho dos enfermeiros do pré-hospitalar, das privações necessárias de alimentação e descanso ao inesperado cenário da emergência, os sentimentos citados nos permitem afirmar que este trabalho além da exaustão física e emocional, proporciona momentos motivacionais.

Considerando as experiências decorrentes do dia a dia do trabalho no APH, os enfermeiros referem como positivos as ocorrências onde conseguem resgatar, estabilizar e transportar a vítima, fornecendo suporte de vida até um hospital de referência, mesmo se ela estiver em parada cardiorrespiratória ou outros tipos de traumas graves (ROMANZINI; BOCK, 2010).

A partir das falas dos participantes, verificamos que os sentimentos de alegria, felicidade e reconhecimento estão relacionados a atendimentos de trabalho de parto ou ao puerpério imediato, aos cuidados emergenciais à mãe e ao bebê. Trata-se de uma assistência, diferentemente das vítimas de atropelamentos, colisões, quedas de moto, agressões e vítimas clínicas graves, que envolve desde o início dos seus sintomas o sentimento de dor associado à vida.

Os sentimentos de emoção, solidariedade e compaixão foram encontrados em registros referentes a atendimentos de vítimas de abandono, de maus tratos e com condição socioeconômica desfavorável conforme trechos a seguir: *“Os atendimentos a idosos abandonados pelas suas famílias aqui na minha área são constantes e isso me emociona muito, lembro dos meus avós...”* e *“Quando entramos nas casas das pessoas, temos a oportunidade de vivenciarmos um pouco da pobreza, tem muita gente pobre sem ter o que comer dormindo ao lado de ratos. Precisamos ter compaixão com essas pessoas...”*

Aos eventos que envolvem vítimas em situações graves, com risco de morte iminente, principalmente nos grandes traumas, com presença de encarceramento ou dificuldade de acesso, encontramos registros de sentimentos relativos a gratidão, satisfação, coragem, orgulho, responsabilidade, superação e disposição: *“Posso ter corrido o dia inteiro, mas se bradar para alguma vítima de trauma grave a disposição aparece do nada, é adrenalina pura”* e *“Não tem nada que pague ajudarmos a salvar uma pessoa, eu gosto de atender vítimas que realmente precisam... tenho orgulho do meu trabalho”*.

As habilidades que os enfermeiros possuem para a manutenção da vida, com realização de técnicas e cuidados específicos, atribuem poderes de resistência e desígnio a estes profissionais a partir da detecção da gravidade da vítima. Para Lancman e Szelwar (2004) o poder de salvar vidas aparece como um fator de autoestima das trabalhadoras de enfermagem, integrando o ser humano a grupos com específicos direitos sociais.

Enfermeiros de um serviço público de APH de Porto Alegre, ao participarem como sujeitos de um estudo, relataram que se sentem gratificados quando conseguem restabelecer ou preservar a vida e a integridade das vítimas, principalmente quando percebem ou visualizam o reconhecimento por parte do próprio paciente ou de familiares e amigos (ROMANZINI; BOCK, 2010).

O sentimento de surpresa apareceu em um registro associado ao retorno de uma vítima ao quartel da área que realizou o seu atendimento para agradecimento. O ambiente de

atendimento pré-hospitalar não permite a continuidade da assistência pela equipe de socorro. Ao deixar a vítima no hospital de referência, os socorristas retornam para a sua base operacional estando disponíveis para novos atendimentos, excluindo-se a possibilidade de acompanhamento conforme fragmento textual deste estudo: “*A gente se esforça tanto para salvar uma pessoa mas depois que a deixamos no hospital não temos mais notícias. Um dia fiquei muito surpresa quando uma vítima que atendi veio me procurar aqui no quartel, nem acreditei, achei que tinha morrido.*”

Com base no instrumento III – Evidências de adoecimento, podemos afirmar que os dados já confirmados entre a análise quantitativa e qualitativa deste estudo apresentadas até o momento se reafirmam nas falas dos sujeitos.

Ao dar oportunidade aos enfermeiros para se colocarem no lugar de vítima, ou seja, de um cidadão que precisa de atendimento, eles expressam adoecimentos físicos, psíquicos e emocionais que em alguns momentos se confundem entre o profissional e o cliente quando redigem na primeira e na terceira pessoa do singular durante o registro, expressando a dificuldade do enfermeiro, em alguns momentos, enxergar-se como uma pessoa que está doente e que precisa de cuidados.

A partir das evoluções realizadas, evidenciam-se a exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional dos enfermeiros atuantes no APH, dimensões características da síndrome de *burnout*.

A natureza e modalidade das atividades desenvolvidas no trabalho, podem ser fatores predisponentes ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*, associado a características pessoais, agravadas por fatores institucionais (FRANÇA et al, 2012).

Quanto à exaustão emocional, encontramos registros dos enfermeiros referentes a cansaço extremo, esgotamento, infelicidade, desmotivação, sensação de estar no limite, tristeza em pensar que o dia do próximo plantão de aproxima, dificuldade para se recuperar depois de um plantão, às vezes sem forças para levantar-se da cama mesmo após o término do serviço e relatos de medo de dormir no volante durante o deslocamento para suas residências em virtude da fadiga intensa.

Uma pessoa exausta sente-se exaurida, esgotada e incapaz de relaxar e se recuperar. Ao levantar-se, sente-se tão cansada como se não tivesse dormido. A exaustão é considerada como a primeira reação ao estresse causado pelas exigências do trabalho (MASLACH; LEITER, 1999).

Relacionado a dimensão de despersonalização, foram encontrados relatos de frieza, indiferença, distanciamento, não valorização das queixas das vítimas atendidas, banalização dos eventos/casos considerados de baixa gravidade, raiva e vontade de agredir os atendidos sem risco de morte ou com problemas de origem emocional.

A despersonalização, também descrita como ceticismo, é uma tentativa de se proteger da exaustão e do desapontamento. Com as descrenças, as pessoas assumem uma atitude distante e fria em relação ao trabalho e aos envolvidos, tornando-se indiferentes e desesperançosos (MASLACH; LEITER, 1999; BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Quanto à perda da realização profissional, as falas que mais caracterizam essa dimensão estão relacionadas a denominação do serviço do seu atendimento como táxi. Os enfermeiros realizam essa comparação com base na atividade funcional do profissional taxista que pega um passageiro após sua solicitação e o deixa no destino escolhido. Entendem desta forma, pois suas ações são limitadas em decorrência da descontinuidade pela regulação médica. Relatam que estes profissionais não valorizam seus achados e que não permitem ao menos que passem as informações de forma integral, determinando somente a remoção da vítima à unidade de referência, independentemente do fator causal e das opções resolutivas disponíveis. Sentem-se inferiores porque são enfermeiros e que isso não permite autonomia no serviço para utilização de medicamentos e liberação no local da ocorrência das vítimas que não necessitam de atendimento nas unidades de emergência.

“Quando se sentem ineficientes, as pessoas experimentam um sentimento crescente de inadequação... O pouco que realizam parece trivial. Elas perdem a confiança na própria capacidade de fazer a diferença” (MASLACH; LEITER, 1999, p. 35).

Em alguns momentos percebem que estão em processo de adoecimento ou até mesmo já doentes, reconhecem que o trabalho no APH promove a exaustão física, psíquica e emocional, alertando e prescrevendo ações de cuidado como realização de exercícios físicos, atividades de lazer com a família, necessidade de repouso e encaminhamento a especialistas como cardiologista e psiquiatra.

Considerando que os profissionais de enfermagem possuem conhecimentos sobre o processo saúde-doença e são responsáveis por cuidar do outro, é importante a manutenção de um corpo e mente saudável, através do lazer, do esporte, da boa alimentação, evitando o estresse (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009).

Acreditamos que o descanso do corpo em período adequado é uma necessidade vital para o restabelecimento das funções emocionais e físicas dos profissionais que atuam no cenário de emergência. Assim como, a realização de outras práticas como as desportivas, de lazer e em momentos com as famílias.

CATEGORIA 2 - A SÍNDROME de *BURNOUT* CONFIRMADA nos REGISTROS: sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos das/os enfermeiras/os.

A síndrome de *burnout* já confirmada através dos dados quantitativos com a aplicação do instrumento I, começa a tomar forma de um corpo doente a partir das sintomatologias.

“Tratar o burnout apenas por um de seus sintomas, por exemplo depressão, seria apenas paliativo, uma vez que os aspectos profissionais e organizativos presentes na síndrome estariam sendo ignorados” (BENEVIDES-PEREIRA, 2010, p. 16).

Ao permitir que os enfermeiros que estão realizando atendimento pré-hospitalar relatem suas reações físicas e emocionais durante os atendimentos no instrumento II, considerando os serviços de 24h, encontramos 1.002 indicativos de adoecimento, através dos seus registros. Indicativos referentes a queixas relacionadas aos sistemas músculo esquelético, gastrointestinal, geniturinário, cardiorrespiratório, orofaríngeo, sensorial, neurovegetativo, endócrino, tegumentar, aos sentimentos de ira, aflição, melancolia, enfraquecimento, reação e preservação.

Realizam registros sobre as características do seu corpo, como estado de alerta, onde citam que estão lúcidos, orientados, sonolentos, fadigados e cansados; queixas como desidratação, hipoglicemia, taquicardia, cefaleia, olhos pesados, náuseas, ardência ao urinar, infecções urinárias, cervicalgia, dor lombar, edema e dor em membros inferiores; alterações de humor como raiva, infelicidade, depressão e angústia; dificuldade na realização do suprimento de necessidades básicas, quando afirmam que não comem, não bebem, não descansam e não vão ao banheiro.

Os mesmos profissionais relatam que diante do cansaço extremo ao deixar o quartel, às vezes mesmo com o término do plantão não possuem forças para levantar da cama ou sentem medo de dormir no volante durante o deslocamento para suas residências. Relatam problemas

familiares, pois em decorrência da indisposição física e emocional após o trabalho no APH, não conseguem manter um bom relacionamento com as pessoas do seu círculo de convivência, tornando-se intolerantes e mal humorados.

Devido ao baixo conhecimento da síndrome de *burnout*, as pessoas se culpam por não estarem desenvolvendo suas atividades a contento, crendo não estarem preparadas para tal e sofrendo as consequências advindas da cronificação do estresse, assim como os indivíduos a sua volta (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Ainda relacionado ao trabalho no APH, queixam-se do fardamento que é confeccionado com um material que retém muito calor e viaturas sem ar condicionado, dificultando a realização de ações que requerem maior esforço, contribuindo para a exaustão física. Relacionado ao medo, estão elencadas situações em que precisam ultrapassar barreiras ou entrar em áreas de risco com homens armados para realização de atendimentos.

Segundo Carlotto (2001), não há concordância quanto à insatisfação no trabalho ser a causa ou efeito da síndrome de *burnout* e sim a certeza de que existe uma correlação inversa entre o *burnout* e a satisfação nas atividades ocupacionais desempenhadas.

Foram verificados em alguns momentos, que os enfermeiros do APH estão realizando atendimentos às vítimas, com queixas iguais ou de menor intensidade a que estes mesmos profissionais possuem. São disparadas ambulâncias para atendimentos com os responsáveis pela cadeia do cuidado doentes, sem condições físicas e emocionais que tragam segurança para si e para os outros envolvidos, como clientes e familiares.

Esta realidade, associada aos agentes estressores laborais descritos no instrumento III, como sobrecarga de trabalho e problemas administrativos e operacionais com a central de regulação, contribuem expressivamente para o desenvolvimento de distúrbios psíquicos e comportamentais nesses profissionais.

Encontramos registros de “muito ódio”, “raiva”, “desespero”, “medo de morrer”, “vontade de ir embora e não voltar nunca mais”, “vontade de agredir as vítimas”, que denotam a instabilidade emocional apresentada pelos enfermeiros e o risco para a manutenção da prática do cuidar no pré-hospitalar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos podem refletir condições e situações que vão além do ambiente de trabalho no APH, comprometendo fatores relacionados à família, aos amigos, companheiros, comportamentos sociais, trabalho doméstico e padrão de sono. Essas temáticas associadas aos resultados deste estudo, em pesquisas futuras, poderão contribuir para o aprofundamento científico do processo de adoecer pela síndrome de *burnout*.

Em alguns momentos não foi possível analisar a associação entre as variáveis, como no caso dos “divorciados”, sendo necessário a agregação aos “solteiros” devido à presença de valores reduzidos.

Uma das etapas de coleta de dados que envolvia a caracterização do cenário do cuidar no APH através de imagens fotográficas, não fora realizada pela negativa de autorização pelo CBMERJ.

Este estudo possibilitou identificar como ALERTA GERAL que os enfermeiros militares que atuam no APH estão doentes e a síndrome de *burnout* está presente em seus corpos.

ALERTA I: Os dados quantitativos confirmam a doença física e emocional, assim como a baixa realização profissional com as atividades desenvolvidas, a percepção das vítimas como objetos, a caracterização do endurecimento e insensibilidade com as pessoas, a sensação de esgotamento e de estar no limite.

ALERTA II: Decodificando os dados qualitativos associados aos sintomas e sentimentos de adoecimento, encontramos como INDICADORES DE ALERTA:

- ✓ INTERNOS: os sintomas físicos (lombalgia, dor e edema em membros inferiores, dor em membros superiores, cervicalgia, dor epigástrica, dor abdominal, cefaleia, dor no corpo, dor ocular, dor de garganta, diarreia, constipação, disúria, vontade de urinar, ronquidão, sono, insônia, desidratação, mal estar, náusea, pirose, síncope, hipertensão, hipotensão, aumento de peso, calor, frio, fome, sede, cansaço, desconforto, esgotamento físico, exaustão, fraqueza, boca seca, fadiga, falta de ar, sudorese, taquicardia, tonteira e tremor); sintomas psíquicos (diminuição do raciocínio, apatia, abandono, aborrecimento, decepção, depressão, desânimo, desmotivação, abalo, pena,

tristeza, esgotamento emocional, estresse, frustração, angústia, ansiedade, pavor, preocupação, temor, tensão, receio, ódio, muito ódio, ódio dos médicos, raiva e revolta); os sintomas comportamentais (agitação, alerta, indiferença, impaciência, intolerância, irritabilidade, mau-humor, nervosismo, frieza, impotência, indignação, indisposição, infelicidade, injustiça pelo militarismo, insatisfação e insegurança) e os sintomas defensivos (desespero, medo de morrer, medo de entrar nas comunidades, desespero, vontade de chorar, vontade de ir embora e vontade de não voltar nunca mais).

- ✓ **EXTERNOS:** Relacionados ao ambiente do cuidado: como os espaços abertos e fechados onde os enfermeiros estão expostos a riscos como características temporais (chuva, frio e calor) e perigo ao entrar em comunidades ou localidades com homens armados. Relacionados à organização do serviço: a integração entre o SAMU e CBMERJ, aumentando a sobrecarga dos profissionais com a realização de atendimentos domiciliares e em via pública e o empenho das equipes de socorro para eventos sem características emergenciais. Relacionados à comunicação: falta de comunicação eficaz entre os militares da ponta, que são os responsáveis pelo primeiro atendimento e levantamento de fatores de risco e hipótese diagnóstica, com os médicos reguladores que não valorizam ou não permitem a conclusão das falas dos enfermeiros, dificultando a escolha do planejamento assistencial adequado à vítima. Relacionado a estrutura: a cadeia hierarquizada do militarismo, proporcionando um obstáculo na relação interpessoal e troca de informações necessárias; e a ausência de um planejamento para o atendimento as necessidades humanas básicas dos profissionais que estão realizando atendimento como alimentação, hidratação, descanso e eliminações vesico-intestinais.

ALERTAIII: Os enfermeiros reconhecem que estão doentes e que precisam de ajuda. Estes mesmos sujeitos prescrevem os cuidados que entendem como necessários para a sua recuperação como mais tempo de lazer, momentos prazerosos com a família, a prática de esportes, descanso adequado, encaminhamento ao cardiologista e ao psiquiatra. Porém, como o afastamento do trabalho traz prejuízos a outros colegas envolvidos por seguirem uma escala de acionamento de sobreaviso, muitos optam por continuar suas atividades, cronificando as queixas apresentadas.

ALERTA VISUAL: Os sintomas e sentimentos dos enfermeiros descritos neste estudo referente à prática do trabalhar no pré-hospitalar, são expressos na figura abaixo intitulada nuvem adoecedora, com o objetivo de tornar visível os sinais de adoecimento e de risco para a manutenção da saúde física e emocional desses profissionais.



FIGURA 2: Nuvem adoecedora

Mesmo diante de um constante estresse laboral e o adoecimento pela síndrome de *burnout*, os enfermeiros encontram ALERTAS SUPERADORES, que são sentimentos motivacionais para a continuação e manutenção da prática do cuidar no ambiente pré-hospitalar. Forças que são oriundas de sentimentos de alegria, emoção, solidariedade, compaixão, coragem, orgulho, felicidade, gratidão, satisfação, surpresa e disposição advindas de momentos em que conseguem realizar bem o seu trabalho e em situações de reconhecimento pela população, vítima e envolvidos.

Referente ao exposto, faz-se necessário o conhecimento das características do trabalhar no APH pelos profissionais da saúde, gestores e pela própria instituição para a elaboração de programas que visem a manutenção e promoção à saúde mental e física desses trabalhadores. A adoção de medidas voltadas a zelar pela saúde de seus profissionais deve ser pensada com clareza e urgência, considerando o futuro desse serviço essencial para a população com a manutenção da qualidade do atendimento prestado e o desenvolvimento de uma prática laboral prazerosa e saudável.

Acredita-se que este estudo contribui para a produção do conhecimento científico, pois aborda a prática laboral de profissionais em uma atividade ainda considerada recente para a enfermagem, como é o caso do pré-hospitalar; para o ensino da enfermagem, pela ausência da abordagem nas disciplinas de graduação em muitas universidades sobre o cuidar no pré-hospitalar e possíveis adoecimentos pela prática profissional; para a corporação do CBMERJ e outras instituições que possuem enfermeiros atuantes nesta área, permitindo um diagnóstico de alerta aos agentes estressores e adoecedores, as rotinas vivenciadas e às necessidades para o acompanhamento e manutenção da saúde psíquica e emocional dos seus trabalhadores.

Este estudo será apresentado à 6ª Seção do Estado Maior Geral (BM6), órgão responsável pelo planejamento do sistema de atendimento pré-hospitalar do CBMERJ, objetivando a continuidade e qualidade dos atendimentos realizados no pré-hospitalar pelos participantes e pelos outros profissionais que não participaram, porém que podem estar expostos ao mesmo processo de adoecimento, restrições ou adversidades, acompanhamento da saúde dos trabalhadores com implementação de programas institucionais, desenvolvimento de estratégias para manutenção e restabelecimento do bem estar físico, psíquico e emocional e o prosseguimento com novas investigações científicas que permitam o aprofundamento no processo de trabalho e risco de adoecer no pré-hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. **Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência.** 2010. 197f. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 05, n. 03, p. 337-348, jul./set. 2005.

AZEVEDO, T. M. V. E. **Atendimento pré-hospitalar na prefeitura do município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde.** 2002. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BARDAN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **A saúde mental de profissionais de saúde mental.** Maringá: EDUEM, 2001.

_____. (org). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BRASIL. Constituição. 1988. 292f. **Constituição:** República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. Organização Pan-Americana de Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde.** Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et. al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

_____. Portaria n. 2048/GM de 05 de novembro de 2002. **Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência.** Brasília, 2002.

_____. Resolução 466, aprovada em dezembro de 2012. 12 f. **Dispõe sobre as pesquisas com seres humanos e atualiza a resolução 196/96**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.
CARLOTTO, M. S. **Síndrome de burnout: um tipo de estresse ocupacional**. Caderno Universitário. Rio Grande do Sul: Ulbra, 2001.

_____. CAMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a síndrome de burnout no Brasil. **Revista da Faculdade de Psicologia da PUCRS**, Rio Grande do Sul, v.39, n.2, p.152-158, 2008.

COOPER, C. L. Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. **Identifying workplace stress: costs, benefits and the way forward**. Brussels: European Conference on Stress at Work, p. 9-10, nov. 1993.

DALRI, R. C. M. B.; ROBAZZI, M. L. C. C.; SILVA, L. A. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. **Revista Ciencia y Enfermería**, Chile, v. 16, n. 2, p. 69-81, 2010.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Oboré, 1992.

DELBROUCK, M. **Síndrome de exaustão (burnout)**. 1. ed. Lisboa: Climepsi editores, 2006.

FIGUEIREDO, D. L. B.; COSTA, A. L. R. C. Serviço de atendimento móvel às urgências Cuiabá: desafios e possibilidades para profissionais de enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.5, p.707-710, 2009.

FRANÇA, S. P. S. et al. Preditores da síndrome de burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.1, p.68-73, 2012.

FREUDENBERGER, H.J. **The staff burn-out syndrome**. Psychotherapy: theory, research and practice, n.12, p.73-82, 1975.

GENTIL, R. C.; RAMOS, L. H.; WHITAKER, I. Y. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, mar./abr. 2008. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br>>. Acesso em: 03 set. 2013.

GONZALES, R. M. B. et al. O estado de alerta: um estudo exploratório com o Corpo de Bombeiros. **Revista de Enfermagem Anna Nery**, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 370-377, dez. 2006.

HANSZMAN, G. C. **O uso de polihexametileno biguanida em lesões cutâneas no atendimento pré-hospitalar**: um ensaio clínico de enfermagem sobre prevenção de infecções. 2012. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A. *Epidemiologia*, Rio de Janeiro: Atheneu, 2006. Cap. 9. p. 125-150.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2004.

LENNON, M. C.; ROSENFELD, S. Women and mental health: the interaction of job and family conditions. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 33, p. 316-327, 1992.

LIPP, M. E. N. **O stress do professor**. Campinas: Papirus, 2006.

_____; MALAGRIS, L. E. N. **O estresse profissional e seu tratamento**. In: RANGE, B. (org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**. São Paulo: Artmed, p. 475-490, 2001.

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

HOLLERAN, R. S. **Role of nursing in prehospital care**. Sant Louis: Prehospital nursing, cap. 1, p. 3-21, 1994.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **Maslach burnout inventory**, manual. Palo Alto: University of California. Consulting Psychologists Press, 1986.

_____; LEITER, M. **Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste?** Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papirus, 1999.

_____; SHAUFELI, W.; LEITER, M. **Job burnout**. *Annual review of psychology*, v.52, p. 397-422, 2001.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.1, p.71-75, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, ago. 2008.

MUNDT, S. E.; KLAFKE, T. E. Processo saúde-doença no contexto de trabalho em saúde: percepções dos técnicos de enfermagem de um ambulatório hospitalar. **Revista Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 29, p. 73-90, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi>>. Acesso em: 10 set. 2014.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. **Estudos Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, jan./mar. 2007.

NATIVIDADE, M. R.; BRASIL, V. A escolha profissional entre os bombeiros militares. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, São Paulo, v.7, n.1, jun. 2006.

NERY, A. A. ALVES, M. S. A relação do processo saúde-doença e o trabalho na mineração. **Journal of the Health Science Institute**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 269-271, out./dez. 2011.

ONU. Global study on homicide 2013. **United Nations Office on Drugs and Crime**, Londres-Viena, abr. 2014.

OUTTLINGER, J. M. **Stress and firefighters: an exploratory study**. Dissertation abstract-international, v.58, n.8b, 1998.

PALÁCIOS, M.; DUARTE, F.; CÂMARA, V. M. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 843-851, maio/jun. 2002.

PAI, D. D.; LAUTERT, L. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 231-234, mar. 2005.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5. ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 58, v. 3, p. 355-360, maio/jun. 2005.

REINHOLD, H. H. **O sentido da vida: prevenção de stress e burnout do professor**. 2004. 189 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2004.

RIO DE JANEIRO. Corpo de bombeiros do estado do Rio de Janeiro. **Legislação de bombeiro militar-LBM**. Apostila do estágio probatório para oficiais do quadro de saúde, turma 2008. Rio de Janeiro: CBMERJ, 2008.

_____. Corpo de bombeiros do estado do Rio de Janeiro. **Despacho e operacionalização dos recursos para atendimento pré-hospitalar pela diretoria-geral de comando e controle operacional e centro de operações 1º GSE/SAMU e pelas unidades operacionais do CBMERJ**. Boletim SESDEC/CBMERJ, n. 77, p. 3791-3793, abr. 2013,

ROCHA, R. L. P.; VELLOSO, I. S. C.; ALVES, M. Relações entre profissionais de uma unidade básica de saúde e do sistema de atendimento móvel de urgência. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v.4, n.19, p. 317-324, 2009.

ROMANZINI, E. M.; BOCK, L. F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 105-112, mar./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br>>. Acesso em: 03 out. 2013.

ROUQUARYOL, M. Z.; FILHO, N. A. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: _____. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1999, p. 15-31.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 06, p. 01-10, nov./dez. 2009.

SALVADOR, R. S. P; SILVA, B. A. S. A.; LISBOA, M. T. L. Estresse da equipe de enfermagem do Corpo de Bombeiros no atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista de Enfermagem Anna Nery**, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 361-368, abr/jun. 2013.

SANTOS, P. G. **O estresse e a síndrome de burnout em enfermeiros bombeiros atuantes em unidades de pronto-atendimento (UPAS)**. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SAPOUSKI, R. M. **¿Porque las cebras no tienen úlcera?** La guía de estrés. Madri: Alianza, 1995.

SCHMIDT, M. L. G. Uma leitura sociodramática sobre o processo saúde-doença no trabalho da contemporaneidade. **Revista Psicolatina**, União Latinoamericana, n. 19, p. 98-109, mai. 2010. Disponível em: <<http://www.psicolatina.org/19/sociodramatica.html>>. Acesso em: 24 out. 2014.

SÊCCO, I. A. O. et al. Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. **Revista Espaço Saúde**, v.4, n.1, p. 19-24, 2002.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. São Paulo: Cortez, 1994.

SÉ, A. C. S.; SILVA, T. A. S. M.; FIGUEIREDO, N. M. A. Enfermagem pré-hospitalar: diagnóstico dos atendimentos de rua realizados por enfermeiros do corpo de bombeiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. Em submissão.

THOMAZ, R. R.; LIMA, V. F. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 59-65, set./dez. 2000.

TOMASI, N. G. S.; YAMAMOTO, R. M. **Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais**. Curitiba: As autoras, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Solicitação de autorização para pesquisa – CBMERJ

Parte: ACSS

Rio de Janeiro, 03 de novembro de 2013

Do: CAP BM Aline Sé

Ao: Cmte do GOCG

Considerando que esta Oficial Intermediária é discente do curso de mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, solicito-vos autorização para realização da pesquisa intitulada “Ambiente pré-hospitalar e a síndrome de burnout em enfermeiros do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro”, sob a orientação da Profª Drª Nébia Maria Almeida de Figueiredo, para fins de trabalho de conclusão de curso de Pós Graduação em Nível de Mestrado em Enfermagem conforme parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa. Tem a finalidade de investigar no cotidiano do trabalho pré-hospitalar que situações são submetidas os corpos dos enfermeiros que possam indicar o desenvolvimento da Síndrome de Burnout; identificar como os enfermeiros que atuam no pré-hospitalar se sentem em relação a sua saúde física e mental; e discutir as implicações dos achados para a saúde físico-emocional dos enfermeiros que trabalham no pré-hospitalar propondo intervenções. O estudo será realizado com oficiais enfermeiros atuantes nas viaturas intermediárias que aceitarem participação conforme a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para a coleta de dados serão utilizados quatro instrumentos de pesquisa. O primeiro intitulado evidências do espaço, com o registro das cenas de atendimento para delimitação e definição do espaço físico e emocional do cuidar no pré-hospitalar. Para isso será disponibilizado uma máquina fotográfica digital, no período de 30 dias, a enfermeiros pertencentes ao quartel Central do Corpo de Bombeiros para o registro através de fotografias dos locais de atendimento dos enfermeiros enquanto de serviço nas viaturas intermediárias. Será orientado que as fotos sejam retiradas por algum integrante da guarnição, não envolvido no cuidado direto, evitando que a abordagem inicial a vítima seja prejudicada ou retardada por fatores externos. Após a análise do material colhido serão

realizados os ajustes necessários para a preservação da identificação dos clientes e de dos profissionais envolvidos. Os outros três instrumentos para coleta de dados serão respondidos pelos enfermeiros a partir de visitas realizadas nos quartéis que possuem viaturas intermediárias nos meses de dezembro de 2013 a janeiro de 2014 sendo intitulados respectivamente como evidências da ação, evidências de sinais psicológicos e tensão emocional e evidências de adoecimento.

Aline Coutinho Sento Sé

CAP BM QOS/ENF/08

APÊNDICE II - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

Estamos realizando um estudo com o intuito de ampliar o conhecimento e discussão na enfermagem sobre o ambiente pré-hospitalar e a síndrome de burnout em enfermeiros do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro.

Nossa finalidade é investigar no cotidiano do trabalho pré-hospitalar que situações são submetidas os corpos dos enfermeiros que possam indicar o desenvolvimento da Síndrome de Burnout; identificar como os enfermeiros que atuam no pré-hospitalar se sentem em relação a sua saúde física e mental; e discutir as implicações dos achados para a saúde físico-emocional dos enfermeiros que trabalham no pré-hospitalar propondo intervenções.

A realização da pesquisa dar-se-á através da aplicação de três instrumentos aos enfermeiros que atuam diretamente na assistência pré-hospitalar e posteriormente análise do seu conteúdo.

Como requisito obrigatório da pesquisa, esta só será realizada com sujeitos que concordarem e preencherem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Deste modo solicitamos, por meio deste, sua autorização para a realização da referida pesquisa, desejando sua valiosa colaboração.

Eu, _____ RG nº _____
ciente das informações recebidas, concordo em participar da pesquisa intitulada “Ambiente pré-hospitalar e a síndrome de burnout em enfermeiros do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro”, pois estou informado de que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos devido a participação no estudo e que poderei a qualquer momento recusar ou anular o consentimento por mim assinado, sem nenhum prejuízo para minha pessoa.

Estou ciente também que os resultados no estudo serão usados apenas para fins científicos, que não terei nenhum tipo de despesa ou gratificação pela referida participação nesta pesquisa e de que terei acesso aos resultados publicados em periódicos científicos.

Pelo exposto, concordo voluntariamente em autorizar minha participação no referido estudo.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora
Aline Coutinho Sento Sé

Contato com o pesquisador: aline2506@hotmail.com/ tel: (21)99499-8699

APÊNDICE III - Instrumento: Evidências de sinais psicológicos e tensão emocional

Leia com atenção as afirmativas e marque com um “X” a sua opção considerando a escala abaixo:

Frequência	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Alguma vez ao ano ou menos	Alguma vez ao mês ou menos	Algumas vezes durante o mês	Uma vez por semana	Algumas vezes durante a semana	Todo dia

Declarações	Pontuação	Dimensões
Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	Exaustão emocional
Eu me sinto como se estivesse no meu limite	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto frustrado com o meu trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto esgotado no meu trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto cansado quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	Despersonalização
Eu sinto que trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto muito cheio de energia	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	Baixa realização profissional
Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com meus pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	

Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu tenho realizado muitas coisas importantes nesse trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	

Este instrumento denominado MBI – *Maslach Burnout Inventory* é de autoria de Maslach e Jackson.

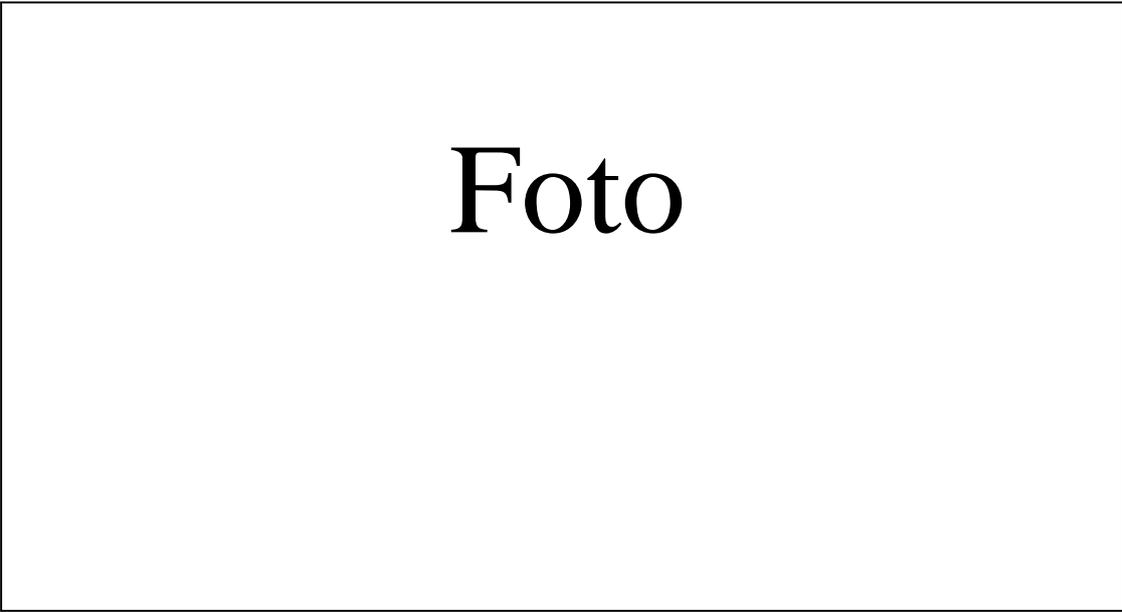
APÊNDICE IV - Instrumento: Evidências da ação (diário dos enfermeiros)

Data: _____ Tempo de formação: _____
 Identificação (iniciais): _____ Tempo de atuação no APH: _____
 Idade: _____ Carga horária semanal de atuação no APH: _____
 Possui outro trabalho? () não () sim, quantos? _____
 Estado civil: _____ Número de filhos: _____

Considerando o serviço de 24h				
Quantidade de atendimentos	Situações/ ocorrências	Ambientes (locais de atendimento)	Relato sobre as reações do seu corpo durante os atendimentos	
			Físico	Emocional

APÊNDICE VI - Instrumento: Evidências do espaço (registros das cenas)

Foto



Foto

Instrumento será preenchido pelo pesquisador.

APÊNDICE VII - Orientações para o preenchimento dos instrumentos

1. Instrumento I – Evidências de sinais psicológicos e tensão emocional

Este instrumento tem o objetivo de avaliar a exaustão emocional, a despersonalização e a realização profissional dos enfermeiros que atuam no APH. Leia as alternativas e marque com um X a sua opção de acordo com a escala informada.

2. Instrumento II – Evidências da ação

Este instrumento tem o objetivo de conhecer a realidade vivenciada pelos enfermeiros durante o serviço nas ambulâncias com a descrição do número de eventos, das ocorrências e ambientes de atendimentos. Entende-se por ocorrência os eventos que são realizados e por ambiente os locais de atendimento (ex. de ocorrência: cefaleia; ex. de ambiente: casa em comunidade de risco).

Os campos físico e emocional são destinados ao registro sobre as reações do seu corpo durante os atendimentos (ex. de físico: cansaço, dor nas costas, disposição, fome; ex. de emocional: raiva, alegria, satisfação).

3. Instrumento III – Evidências de adoecimento

Este instrumento tem objetivo de evidenciar os fatores de risco para o adoecimento dos enfermeiros que atuam no APH. Considere este impresso como uma folha do seu prontuário. Faça você mesmo a sua evolução após um serviço de 24h. Neste momento quem está sendo atendido é você. Registre seu exame físico, possíveis queixas, sinais e sintomas físico e emocionais, caso queira os cuidados ou intervenções necessárias. Não se preocupe com termos técnicos ou características estruturais.

APÊNDICE VIII – Sintomas e sentimentos dos enfermeiros do pré-hospitalar

Sintomas e sentimentos				
Físicos	Psíquicos	Comportamentais	Defensivos	Motivacionais
Cefaleia (38)	Diminuição do raciocínio (2)	Agitação (9)	Desespero (1)	Alegria (4)
Dor abdominal (2)	Apatia (1)	Alerta (2)	Medo de entrar nas comunidades (15)	Felicidade (3)
Dor cervical (16)	Abandono (1)	Indiferença (2)	Medo de morrer (6)	Emoção (1)
Dor epigástrica (4)	Aborrecido (3)	Impaciência (16)	Vontade de chorar (5)	Gratidão (1)
Dor em MMSS (4)	Decepção (3)	Intolerância (4)	Vontade de ir embora (3)	Satisfação (19)
Dor em MMII (48)	Depressão (2)	Irritabilidade (41)	Vontade de não voltar nunca mais (6)	Solidariedade (2)
Dor de garganta (1)	Desânimo (12)	Mau-humor (5)		Superação (1)
Dor lombar (65)	Desmotivação (12)	Nervosismo (2)		Surpresa (1)
Dor no corpo (15)	Abalado (3)	Frieza (2)		Compaixão (3)
Dor ocular (1)	Pena (2)	Impotência (6)		Coragem (1)
Edema em MMII (5)	Tristeza (10)	Indignação (11)		Orgulho (2)
Disúria (1)	Esgotamento emocional (8)	Indisposição (5)		Disposição (1)
Diarreia (1)	Estresse (52)	Infelicidade (1)		Tranquilidade (1)
Constipação (1)	Frustração (26)	Injustiça pelo militarismo (2)		Reconhecimento (1)
Vontade de urinar (2)	Angústia (9)	Insatisfação (17)		Responsabilidade (1)
Ronquidão (1)	Ansiedade (20)	Insegurança (5)		
Sono (36)	Pavor (1)			
Insônia (7)	Preocupação (5)			
Desidratação (1)	Temor (2)			
Mal estar (13)	Tensão (32)			
Náusea (5)	Receio (1)			
Pirose (2)	Ódio (2)			
Síncope (1)	Ódio dos médicos (2)			
Hipertensão (1)	Muito ódio (2)			
Hipotensão (1)	Raiva (41)			
Hipoglicemia (1)	Revolta (5)			
Aumento do peso (1)				
Calor (42)				
Frio (1)				
Fome (53)				
Sede (20)				
Cansaço (105)				
Desconforto (2)				
Esgotamento físico (18)				
Exaustão (9)				
Fraqueza (1)				
Boca seca (1)				
Fadiga (10)				
Falta de ar (1)				
Sudorese (13)				
Taquicardia (15)				
Tonteira (2)				
Tremor (3)				

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ambiente pré-hospitalar e a síndrome de burnout em enfermeiros do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro.

Pesquisador: alina coufíno sesto sé

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20706613.8.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 502.707

Data da Relatoria: 20/12/2013

Apresentação do Projeto:

Parecer emitido em 25/09/2013

Objetivo da Pesquisa:

Parecer emitido em 25/09/2013

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos. Protocolo atendendo a resolução 466/12.

Parecer emitido em 25/09/2013

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Parecer emitido em 25/09/2013

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou autorização para o projeto como solicitado, contudo retrou o uso de imagens pois o mesmo não foi autorizado pela instituição.

Recomendações:

Não Há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo não apresenta inadequações.

Endereço: Av. Pasteur, 596

Bairro: Urca

CEP: 22.290-340

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2540-7798

E-mail: cep.unirio04@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO 

Continuação do Parecer: 902767

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da COMEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
Protocolo Aprovado. O pesquisador deverá enviar ao CEP UNIRIO os relatórios parciais e final.

RIO DE JANEIRO, 18 de Dezembro de 2013

Assinado por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenadora)

Endereço: Av. Pasteur, 290
Bairro: Urca
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO CEP: 22296-240
Telefone: (21) 2540-7798 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

2013/12/18 09:55

GLOSSÁRIO

Bombacha: Filetes de elástico ou tecidos mesclados que compõe o fardamento militar. É utilizada em conjunto com a calça, na parte inferior, sobre o coturno, com o objetivo de proteger o militar contra a mordedura ou picada de animais ou insetos.

Brado: Acionamento através do toque de uma sirene de emergência.

Extricação: Termo utilizado na prática do atendimento pré-hospitalar que significa retirar uma vítima de um local do qual ela não pode ou não deve sair por meios próprios utilizando técnicas e equipamentos específicos.

Guarnição: Equipe de serviço que tripula a ambulância ou veículo destinado a socorro.

Ponta: Atividade fim. Os militares da ponta são aqueles que trabalham diretamente no atendimento pré-hospitalar.

Prontidão: Equipe de serviço.

Rancho: Refeitório.

Serviço: Termo utilizado no pré-hospitalar referente ao plantão de 24h.

Viatura: Veículo ou meio de transporte utilizado por órgãos da segurança pública como polícias e corpos de bombeiros. No caso deste estudo, o termo é empregado para designar ambulâncias.

Vítima: Clientes que sofreram qualquer agravo à saúde.