

FACULDADE NOVOS HORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração
Mestrado

**CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DE ENFERMEIROS
DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Vanessa Luciana Lima Melo de Avelar

Belo Horizonte
2009

Vanessa Luciana Lima Melo de Avelar

CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DE ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Kely César Martins de Paiva

Linha de pesquisa: Relações de poder e Dinâmica das organizações

Área de concentração: Organização e estratégia

Belo Horizonte
2009

À minha mãe, forte alicerce e exemplo de vida (*in memoriam*)

Ao meu amor Glayson, inesgotável fonte de amor, alegria, companheirismo e resiliência.

À minha filha, Izabella, por temperar e revigorar todos os meus dias, com seu amor, sua inteligência, sua alegria. Tão pequenininha e já conhece o que é o SAMU.

Dedico também à minha avó Dagmar, por sua lucidez, força, 93 anos de garra e dedicação à família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as conquistas, pela saúde e proteção.

À minha querida orientadora, sempre presente e solidária. Você, Kely, com certeza influenciou na minha formação.

Ao meu irmão Clayton, pelo amor, exemplo de dedicação e profissionalismo. Seu incentivo e apoio à minha carreira docente foram definitivos na realização deste trabalho.

À minha irmã Daniella e à minha afilhada, Mariana, pelo amor, paciência e acolhida nesta fase de conquistas.

Ao meu pai, pelo exemplo de garra na sobrevivência diária.

À Berenice, pelo carinho e compreensão no cuidar da minha princesinha Izabella.

À minha sogra, Alice, pela sua dedicação à minha família.

À Tia Anete, pelo seu apoio incondicional.

Aos demais familiares, pelo carinho e compreensão nos momentos ausentes.

A todos os professores da Faculdade Novos Horizontes, em especial Fernando Coutinho, Talita Ribeiro e Wanderley Ramalho.

Aos funcionários da Faculdade Novos Horizontes, em especial Edna, pela valiosa ajuda na concretização deste trabalho.

Aos colegas do mestrado, pelo companheirismo, em especial Tati e Claudinei.

À gerência deste SAMU, pela autorização e disponibilidade indispensáveis à realização deste trabalho.

Aos sujeitos desta pesquisa, que compartilharam comigo seu precioso tempo, seus conhecimentos, experiências e sentimentos.

A todos os colegas do SAMU, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, motoristas, teledigifonistas, despachantes, supervisores, secretários, administrativos, entre outros. Vocês foram fundamentais. Aprendi a conhecê-los melhor e a gostar mais ainda desta tão importante equipe.

À Faculdade Estácio de Sá, pela oportunidade de emprego e pela bolsa de estudos.

À Prof.^a Dr.^a Matilde Meire Cadete, pelo incentivo, apoio, conselhos e exemplos.

Em especial, aos colegas Márcia Cristina, Virgínia, Heloísa, Alba, Arthur, Andréa Rocha, Minéia, Vera, Tiago, Selma, Dani Mara, Maria Olímpia, Alex, Patrícia Anunciação, Valéria, Henrique, Bruno Belezia e Marcelo “Bin Laden”, pelo apoio, paciência e torcida.

Aos meus alunos queridos, fonte de incentivo e exemplo de batalhas.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho.

*Dias inteiros de calma, noites de ardência (fosforescência marítima), dedos no leme e olhos no horizonte, descobri a alegria de transformar distâncias em tempo.
Um tempo em que aprendi a entender as coisas do mar, a conversar com as grandes ondas e não discutir com o mau tempo, a transformar o medo em respeito, o respeito em confiança.
Descobri como é bom chegar quando se tem paciência.
E, para se chegar aonde quer que seja, aprendi que não é preciso dominar a força, mas a razão.
É preciso, antes de mais nada, querer.*

Amyr Klink

RESUMO

Este estudo buscou compreender como tem se configurado a identidade do enfermeiro que trabalha em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, (SAMU), em Minas Gerais. Procedeu-se a uma pesquisa descritiva e analítica, de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Com base nos pressupostos de Dubar (1997), que assinala que a identidade é configurada na percepção de si mesmo (identidade real) e do outro (identidade virtual), os enfermeiros que trabalham nas unidades de suporte avançado constituíram os sujeitos nucleares e os profissionais que trabalham direta ou indiretamente com eles, os sujeitos secundários ou relacionais. A coleta de dados se deu por meio de levantamento documental de fontes internas, de questionários sociodemográficos e de entrevistas com roteiros estruturados, as quais foram realizadas com enfermeiros e não-enfermeiros, o que configurou uma triangulação entre dados (JICK, 1979; COLLIS; HUSSEY, 2005). A análise das entrevistas obedeceu à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2005). Em termos demográficos, foram entrevistados 20 profissionais, sendo contabilizados 11 sujeitos nucleares (enfermeiros) e 9 secundários (4 motoristas-socorristas, 3 médicos e 2 técnicos de enfermagem). Os resultados obtidos apontam para um grupo de enfermeiros majoritariamente do sexo feminino (80%), com faixa etária entre 26 a 50 anos de idade e tempo de formação acadêmica entre 6 a 20 anos de conclusão. Quanto ao vínculo institucional, 10 dos 11 enfermeiros entrevistados entraram nesta organização via concurso público e 4 deles trabalharam no modelo anterior à criação do SAMU. O percurso da trajetória profissional dos sujeitos nucleares revela que tiveram contato com a assistência a pacientes críticos na época da graduação em Enfermagem, principalmente nos estágios extracurriculares, quando iniciaram o processo de socialização. Os procedimentos assistenciais de maior complexidade e a organização do cenário de cuidar constituem as principais atividades desenvolvidas em seu cotidiano de trabalho. Já a imprevisibilidade e o desafio de prestar cuidados em condições adversas constituem a sua rotina. Os atos de pertença descritos pelos sujeitos nucleares apontam para uma identidade real, caracterizada por um profissional que conhece a forma global das ações desempenhadas no SAMU, participa dela, gosta do serviço e das atividades que realiza e está sempre buscando capacitação e o aperfeiçoamento profissional. Ele se cobra muito e se desdobra para superar e adaptar-se às adversidades peculiares das atividades do SAMU. A proximidade com as práticas assistenciais e a oportunidade de não delegá-las a outros membros da equipe constituem suas diferenciações. A apropriação de valores do grupo quanto dos processos de identificação e comparação entre membros traduz a transação subjetiva na busca por uma identidade percebida como positiva de pertencimento e reconhecimento profissional. Em relação aos atos de atribuição reportados pelos sujeitos relacionais e que configuram a identidade virtual do enfermeiro, pontuam-se: profissional diferenciado, experiente, que conhece tudo em sua unidade e frequentemente encontra-se envolvido com questões relativas ao aprendizado. Assim como na identidade real, os sujeitos relacionais o definem como solitário, de pouco relacionamento, tanto com os técnicos de enfermagem quanto com os demais enfermeiros. Relações de trabalho marcadas pelas relações de gênero e de poder e cooperação na superação de dificuldades, na troca de conhecimento com profissionais menos experientes e na busca por reconhecimento recíproco perfazem a transação objetiva, que configura a identidade virtual do enfermeiro deste SAMU.

Palavras-chave: Identidade. Enfermeiro. SAMU. Pré-hospitalar

ABSTRACT

This study tried to comprehend how the identity of the nurse who works in a Mobile Emergency Care Service – (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) SAMU - in Minas Gerais has been built. A descriptive and analytical research was done, of qualitative character, in the type of a case study. Based on Dubar's (1997) premises, that points out that the identity is formed based on the perception of oneself (real identity) and of the other (virtual identity), the nurses that work in the units of advanced support formed the nuclear actors and the professionals who work direct or indirectly with them are the secondary or relational actors. The primary data were collected through social-demographic questionnaire and structured interview, which were conducted with nurses and non-nurses, setting a data triangulation (JICK, 1979; COLLIS; HUSSEY, 2005). The secondary data were gotten from documentary analysis of internal sources records. The analysis of the interviews obeyed the technique of content analysis proposed by Bardin (2005). In demographic terms, 20 professionals were interviewed, among those 11 nuclear actors (nurses) and nine secondary (4 ambulance drivers, 3 doctors and 2 nursing technician). The gotten results point to a group where the majority of the nurses are female (80%), between 26 to 50 years of age and between 6 to 20 years of academic formation. As for the institutional bond, 10 of the 11 interviewed nurses got into this organization by public selection processes and four of them had worked in the previous model, before the creation of SAMU. The professional route followed by the nuclear actors reveals that they had contact with critical patients' assistance during their graduation in Nursing School, mainly in the extracurricular periods of training, when they started the process of socialization. The accomplishment of assistance procedures of higher complexity, as for the organization of the caring scenario, forms the main activities developed in their daily work, the unpredictability and the challenge of providing care in adverse conditions is their routine. The acts of belonging described by the nuclear actors point to a real identity characterized by a professional who knows and participates in a global way of the actions performed in SAMU, likes the job and the activities that he/she does, is always searching for qualification and professional development. He/she is very hard on him/herself and does everything to overcome and adapt to the adversities peculiar to the activities of SAMU. The proximity with the care practices and the opportunity not to delegate them to other members of the team constitute its differences. The appropriation of the group values on identification processes and comparison between members represents the subjective transaction in the search of an identity seen as positive, of belonging and professional recognition. As for the acts of attribution reported by the relational actors that form the virtual identity of the nurse, are pointed: differentiated professional, experienced, that knows everything in his/her unit and is frequently involved in questions related to learning. As in the real identity, the relational actors define him/her as solitary, of little relationship with the nursing technician and with the other nurses. Work relations marked by relations of gender and power, as for the cooperation in overcoming difficulties, in the exchange of knowledge with less experienced professionals aiming for reciprocal recognition produce the objective transaction that characterizes the virtual identity of the nurse in this SAMU.

Key-words: Identity. Nurse. SAMU. Pre-hospital.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias de Análise de Identidade	30
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual de profissionais entrevistados, por categoria profissional	52
Tabela 2 – Faixa etária dos enfermeiros.....	53
Tabela 3 – Faixa etária dos sujeitos secundários	54
Tabela 4 – Trajetória profissional e forma de inserção dos sujeitos secundários	55
Tabela 5 – O SAMU, na visão dos entrevistados	57
Tabela 6 – Comparação do SAMU com outros serviços, na perspectiva dos entrevistados	58
Tabela 7 – Sentimento em relação a ser um profissional do SAMU, segundo os entrevistados	61
Tabela 8 – Requisitos de ingresso no SAMU, na visão dos entrevistados	63
Tabela 9 – Trajetória profissional dos enfermeiros e forma de inserção no SAMU	66
Tabela 10 – Ser enfermeiro, na perspectiva dos sujeitos nucleares	68
Tabela 11 – O processo de aprendizado profissional do enfermeiro, na perspectiva dos sujeitos nucleares.....	71
Tabela 12 – Motivos de Ingresso no SAMU, segundo os enfermeiros.....	74
Tabela 13 – Requisitos de um enfermeiro ideal para o SAMU, na perspectiva dos sujeitos nucleares e secundários	77
Tabela 14 – Características do enfermeiro real do SAMU pesquisado, na perspectiva dos sujeitos nucleares (atos de pertença) e secundários (atos de atribuição).....	86
Tabela 15 – Responsabilidades do enfermeiro, na perspectiva dos entrevistados.....	90
Tabela 16 – O cotidiano de trabalho do enfermeiro no SAMU, na perspectiva dos entrevistados	93
Tabela 17 – Processo de aprendizagem no SAMU, na perspectiva dos entrevistados	95
Tabela 18 – Do que o enfermeiro do SAMU mais gosta no exercício de sua função	97
Tabela 19 – O que o enfermeiro do SAMU mais detesta no exercício de sua função	98
Tabela 20 – Dificuldades de atuação do enfermeiro, na perspectiva dos entrevistados.....	100
Tabela 21 – Facilidades no exercício das atividades do enfermeiro, na perspectiva dos entrevistados	103
Tabela 22 – Desafios no exercício das atividades do enfermeiro, na perspectiva dos entrevistados	105
Tabela 23 – Relacionamentos dos enfermeiros de uma forma geral, na perspectiva dos entrevistados	108
Tabela 24 – Relacionamento entre os enfermeiros, na perspectiva dos entrevistados	111
Tabela 25 – Relações hierárquicas, do ponto de vista dos enfermeiros	115
Tabela 26 – Perspectivas de futuro, na visão dos enfermeiros	116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PSF – Programa Saúde da Família

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CR – Central de Regulação

CFM – Conselho Federal de Medicina

USB – Unidade de Suporte Básico

USA – Unidade de Suporte Avançado

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

ACLS – *Advanced Cardiac Life Support*

ATLS – *Advanced Trauma Life Support*

PHTLS – *Préhospital Trauma Life Support*

BLS – *Basic Life Support*

MAST – Manobras Avançadas De Suporte Ao Trauma

APH – Atendimento PréHospitalar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Problemática de pesquisa.....	17
1.2 Objetivos	18
1.2.1 Objetivo Geral	18
1.2.2 Objetivos Específicos	18
1.3 Estrutura do trabalho	19
2. REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Identidade.....	20
2.2 Caracterização do trabalho do enfermeiro	31
2.3 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e suas especificidades para o profissional enfermeiro	39
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	45
3.1 Caracterização do estudo	45
3.2 Caracterização do local pesquisado	46
3.3 Unidades de observação e análise.....	46
3.4 Coleta e tratamento dos dados	48
3.5 Procedimentos éticos para a realização da pesquisa	50
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	50
4.1 Dados demográficos dos sujeitos.....	50
4.1.1 Perfil dos enfermeiros entrevistados.....	53
4.1.2 Sujeitos secundários: perfil sociodemográfico e trajetórias profissionais	54
4.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: singularidades para os sujeitos entrevistados	56
4.3 Trajetória profissional dos enfermeiros	65
4.4 Ser enfermeiro e o processo de aprendizagem, na perspectiva dos sujeitos nucleares.....	68
4.5 Motivação para trabalhar no SAMU.....	73
4.6 Requisitos de um enfermeiro ideal para o SAMU	76
4.7 As identidades real e virtual do enfermeiro de um SAMU.....	81
4.8 O trabalho do enfermeiro nas Unidades de Suporte Avançado de um SAMU ..	90

4.8.1 Responsabilidades do enfermeiro que trabalha no SAMU, na perspectiva dos entrevistados	90
4.8.2 Cotidiano de trabalho do enfermeiro: rotinas, facilidades, dificuldades e desafios	90
4.9 Relações de trabalho entre os enfermeiros e seus sujeitos relacionais.....	106
4.10 Perspectivas de futuro na visão dos sujeitos nucleares.....	116
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	127
APÊNDICES	135
Apêndice A – Questionário Sócio-demográfico	135
Apêndice B – Roteiro da Entrevista com Enfermeiros	136
Apêndice C – Roteiro da Entrevista com Médicos, Motoristas-Socorristas e Técnicos de Enfermagem	137
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	138
ANEXOS	140
Anexo A – Carta de solicitação de autorização da pesquisa à gerência do SAMU.....	140
.....	140
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	141
Anexo C – Adendo ao projeto para o Comitê de Ética e Pesquisa.....	142
Anexo D – Impresso Check-List USA.....	144

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão que tem se destacado na área da Saúde pela ampliação de seus campos de atuação. As políticas públicas de saúde vêm aumentando a perspectiva do mercado de trabalho do enfermeiro com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e da valorização de sua participação em serviços de captação e doação de órgãos, e de classificação de risco em unidades de pronto-atendimento, hemodiálise e serviços de hemoterapia, dentre outros. O aparecimento de trabalhos científicos e especializações que subsidiam o seu saber-fazer é destacado por Gomes (2005) como reflexo desse crescimento e evolução.

A incorporação de novas tecnologias no campo da Medicina e nos hospitais, a alteração dos padrões socioeconômicos e de saúde-doença, e as exigências crescentes da sociedade por uma melhor assistência, muitas vezes, fazem com que o exercício das funções desses profissionais ultrapasse sua formação acadêmica. Apesar da expansão dos cursos de graduação em Enfermagem e da reformulação porque seus currículos vêm passando, privilegiando a formação de profissionais críticos, reflexivos, criativos e com capacidade de liderança, autonomia e competência técnica (BRASIL, 2001a), eles se encontram, muitas vezes, desvinculados da realidade prática dos contextos organizacionais. Uma formação acadêmica mais generalista, que assegure a integralidade da assistência e as necessidades sociais da saúde com ênfase nos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), faz parte das recomendações das novas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem presentes na resolução CNE/CES 3/01. Nesse sentido, Ito et al. (2006) destacam como principais tendências das transformações curriculares: atuação no âmbito pré-hospitalar; aprendizagem baseada em problemas e evidências; transdisciplinariedade; e bioética.

Paralelamente, nos últimos anos, os acidentes e a violência têm sido responsáveis por uma grande demanda de atendimentos dos serviços de saúde e de ocupação dos leitos hospitalares (HARADA et al., 2000). O novo perfil das taxas de morbimortalidade por acidentes é motivo de preocupação para a sociedade,

principalmente no que concerne à ocorrência de mortes prematuras e possíveis sequelas de seus sobreviventes. A título de exemplo, cita-se a proporção de óbitos por causas externas em adolescentes e adultos jovens, que, no Brasil, em 2004, contribuiu com 70,0% dos óbitos de pessoas do sexo masculino na faixa etária de 15 a 29 anos (BRASIL, 2006). Suas implicações para a sociedade, do ponto de vista tanto econômico como social, são reforçadas por Coutinho (2003), por acometer uma faixa etária jovem da população, tendo implicações no número de anos de vida perdidos.

Assim, as instituições em nível pré-hospitalar e hospitalar voltadas ao atendimento a pacientes traumatizados se organizaram e se sistematizaram para acompanhar os novos eventos epidemiológicos decorrentes do uso das tecnologias e das organizações das cidades. Segundo Mendes (1999, p. 34), “as mudanças sociais e econômicas criaram novas demandas que já não podiam ser atendidas pelo sistema de saúde vigente até o final dos anos 80”. A criação dos Serviços de Resgate, por policiais militares do Corpo de Bombeiros, na década de 1990 tentou “preencher lacunas deixadas pela área da saúde no enfrentamento desta problemática” (BRASIL, 2006, p. 51), considerando-se um cenário de pouca estruturação dos serviços de urgência e da crescente demanda por atendimentos. Esse aspecto foi observado por Martins (2001), que refere-se à criação dos primeiros serviços no Distrito Federal, em 1981; no Rio de Janeiro, em 1986; e em São Paulo, em 1990. Na Capital mineira, em 1994, foi instituído um sistema integrado de atendimento pré-hospitalar, denominado “Resgate”, uma parceria entre o Corpo de Bombeiros da Polícia Militar de Minas Gerais e a Secretaria Municipal de Saúde (MARTINS, 2001).

Também na década de 1990, inicia-se uma discussão mediada pelo Ministério da Saúde brasileiro e o Ministério dos Assuntos Estrangeiros francês, estabelecendo uma “Cooperação Técnica e Científica Franco-Brasileira”, no intuito de estabelecer a padronização desse tipo de assistência (BRASIL, 2006, p. 51). O Ministério da Saúde, por meio da portaria GM 2.923, de junho de 1998, determinou investimentos nas áreas de Assistência Pré-hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar e Centrais de Regulação de Urgências, bem como na capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

Em resposta ao aumento dessa demanda por serviços na área de Urgência e Emergência e à pouca padronização da rede assistencial existente no País, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção às Urgências, pela portaria 2.048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2004). Esta portaria teve como propósito melhor definir os serviços já existentes e ampliá-los em nível nacional. Os serviços de urgência e emergência hospitalar, as unidades básicas de saúde, os ambulatorios, os prontos socorros, os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel e até a rede hospitalar de alta complexidade são contemplados por essa legislação. Tais referências demonstram a preocupação das autoridades com esse problema de saúde pública.

A implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), suas Centrais de Regulação e seus Núcleos de Educação em municípios e regiões de todo o território nacional constitui o componente pré-hospitalar móvel de urgência (BRASIL, 2006). Observa-se que, além da assistência hospitalar, o atendimento dos indivíduos em seus domicílios ou no local de ocorrência dos acidentes ou violências é uma realidade recente no contexto de atuação do enfermeiro.

Apesar de ser um serviço novo, a importância do SAMU tem sido destacada, considerando-se seus impactos positivos no prognóstico dos doentes atendidos. Cortez (2003) afirma que o atendimento às vítimas de acidentes e violências no local de sua ocorrência e o transporte mais rápido aos hospitais assegura o controle das complicações no socorro imediato e que a agilidade no atendimento pré-hospitalar com a participação de profissionais capacitados aumenta a sobrevivência de seus pacientes. O crescimento desse serviço torna evidente a necessidade de formar profissionais qualificados. Todavia, considerando-se sua ampliação em nível nacional, o número de enfermeiros preparados para atuar nesta área ainda é restrito (FLORÊNCIO et al., 2003; HORA, SOUZA, 2005).

Em face deste contexto, percebe-se que o SAMU apresenta características próprias para o enfermeiro: ele trabalha em tempo integral com um médico, e juntos são auxiliados pelo condutor de veículos, que, apesar de treinamento em primeiros socorros, não é um profissional da área da Saúde. A assistência direta aos pacientes e a organização e controle de materiais das ambulâncias são o foco do

trabalho desse enfermeiro. Acredita-se que a maioria dos profissionais do SAMU seja oriunda de outros serviços da saúde, e a experiência nos contextos de atuação de urgência e emergência hospitalar um pré-requisito para sua captação. A atenção dada nos cursos de graduação ainda é considerada insuficiente. Acrescente-se o fato de que as urgências não constituem especialidade médica ou de enfermagem (BRASIL, 2004).

A globalização, a competitividade crescente, a incorporação de novas tecnologias e, até mesmo, a substituição da força de trabalho pela máquina são sinalizadas por Silva e Vergara (2003, p. 11) como fatores responsáveis pelas mudanças nas relações do indivíduo com sua organização, com a sociedade e com ele mesmo, e contribuem também por alterar sua identidade. Nesta mesma ótica, Araújo-Netto e Ramos (2004) reconhecem que a definição de papéis e as relações de trabalho são determinantes para a delimitação da identidade do enfermeiro.

Admite-se que, em meio a essa nova conjuntura de assistência à saúde nos serviços de urgência e emergência, a atuação deste profissional contribui sobremaneira para os resultados do processo de assistência, de gestão de materiais e equipamentos, de comunicação com outros atores sociais e, conseqüentemente, da atuação do próprio SAMU. A forma como ele se percebe neste contexto específico é determinante na sua atuação. Daí a importância de aprofundar as questões relacionadas à sua identidade.

Para Dubar (1997), a identidade é configurada na percepção de si mesmo (identidade real) e do outro (identidade virtual) e portanto, apesar do senso de individualidade, é correlativa às experiências cotidianas (VIEIRA, 2005), à interação e reconhecimento dos demais atores sociais. Desse modo, “eu só sei quem eu sou através do olhar do outro” (DUBAR, 1997, p. 104).

1.1 Problemática de pesquisa

O interesse por esta temática advém da percepção conjunta de que, apesar do

crescimento das áreas de atuação dos enfermeiros e de todo o arcabouço legal que os rege, falta clareza acerca de suas atribuições, principalmente em serviços de origem recente, como os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Diante deste contexto de intensas transformações e da dicotomia que perpassa o ensino e a prática da enfermagem (BRITO, 1998), mais o fato de que o enfermeiro é um dos elementos-chave na concretização do trabalho no SAMU, questiona-se: **Como tem se configurado a identidade do enfermeiro que trabalha em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência?**

Considerando-se a escassez de estudos sobre a temática (RAMOS; SANNA, 2005; ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006), a relevância desta modalidade de serviço em saúde e o pouco preparo acadêmico proporcionado pelos cursos de graduação, propõe-se o presente estudo. Acredita-se que suas respostas possam subsidiar futuros processos de mudança na formação destes profissionais, proporcionando novas configurações para os padrões curriculares de cursos de graduação e pós-graduação voltados para a área. Indiretamente, seus registros poderão fornecer elementos para a elaboração de programas de recrutamento e capacitação, especialmente no SAMU.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

A realização deste estudo tem como objetivo geral analisar como tem se configurado a identidade do enfermeiro de um SAMU. Para tanto, foram delineados os seguintes objetivos específicos.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o grupo de enfermeiros integrantes da instituição estudada em termos de seus dados demográficos;
- b) Descrever o trabalho do enfermeiro de um SAMU, a partir da sua própria perspectiva e de outros atores de seu grupo social

relacional.

- c) Analisar a identidade real dos enfermeiros de um SAMU
- d) Analisar a identidade virtual dos enfermeiros de um SAMU na percepção de outros integrantes de sua equipe.

1.3 Estrutura do trabalho

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos, incluindo-se esta introdução em que se apresentam a problemática de pesquisa, os objetivos e sua estrutura. No capítulo 2 descreve-se o referencial teórico, dividido em: identidade, caracterização do trabalho do enfermeiro e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e suas especificidades para o profissional enfermeiro. No capítulo 3 desenvolve-se a metodologia. No capítulo 4 procede-se à apresentação e análise dos dados. No capítulo 5, formulam-se as considerações finais

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Identidade

A identidade tem sido apresentada como um conceito dinâmico, adotado frequentemente para compreender a inserção do sujeito no mundo e sua relação com o outro. O referencial teórico construído a seguir demonstra uma diversidade de perspectivas teóricas acerca da identidade. Como afirma Esther (2007), sua análise depende do enfoque que se pretende utilizar.

Ferreira (1986, p. 371) define identidade como “o conjunto de caracteres próprios, exclusivos de uma pessoa como nome, idade, estado, profissão, sexo”, dentre outros, revelando uma conotação de singularidade. Dubar (1997) assinala sua manifestação como um processo dual, uma articulação entre o indivíduo e a sociedade, inclusive das instituições a que pertence. Partindo da referência conceitual de Freud (FREUD, 1913, citado por DUBAR, 1997, p. 104), o “eu” é atravessado por conflitos permanentes entre o “id”, que comporta todos os desejos recalçados, e o Superego, sede das normas e das interdições sociais.

Goffman (1978, p. 116) afirma que a

[...] unicidade diferencia um indivíduo de todos os outros na essência do seu ser, um aspecto geral e central que o torna bastante diferente, não só no que se refere à sua identificação, mas daqueles que são muito parecidos com ele.

Esse autor destaca a essência do eu como uma questão subjetiva e reflexiva, que deve ser necessariamente vivenciada por ele próprio. Essa ideia essencialista, todavia, não é compartilhada por Vieira (2007), que admite a existência de uma construção mental complexa, uma luta do processo consciente e inconsciente que considera o indivíduo igual a seus pares, mas único na sua existência, na sua experiência, na sua vida pessoal (VIEIRA, 2007). Portanto, apesar do senso de individualidade, a construção da identidade é inseparável do outro e a base de sua constituição depende das experiências cotidianas.

O interacionismo simbólico, postulado por George Herbert Mead (1934, citado por

DUBAR, 1997, p. 90), define o *self* (identidade social) como o produto da interação e comunicação entre os indivíduos, em que o sujeito toma consciência da sua identidade e adota os pontos de vista dominantes no grupo social em que se enquadra e que partilha. Em consonância com esta teoria, Dubar (1997) afirma que a identidade para si é correlativa do OUTRO e do seu reconhecimento. Desse modo, “eu só sei quem eu sou através do olhar do outro” (DUBAR, 1997, p. 104).

Dupas, Oliveira e Costa (1997, p. 5) entendem que o *self* envolve duas fases analíticas distintas:

[...] o “eu” é a reação do organismo às atitudes dos outros, é o indivíduo como sujeito, impulsivo, espontâneo, não socializado, suas reações são mais ou menos incertas; é aquele aspecto do indivíduo que dá propulsão ao ato, que provoca o “mim”. [...] o mim é a série de atitudes organizadas que o indivíduo adota, que determina nossa conduta na medida em que é de caráter auto consciente; é a pessoa da qual se tem consciência; é o self social, o objeto que surge na interação, a internalização da comunidade. Pode ser considerado como o que dá forma ao “eu”.

Machado (2003, p. 54) concebe identidade como um processo dinâmico, cujas experiências individuais de socialização constituem seu principal referencial de formação. Sobre as várias perspectivas de análise ou níveis de identidade, a autora alerta que, apesar de distintas, envolvem o comportamento de indivíduos e grupos e que, portanto, estão inter-relacionadas. No tocante à identidade pessoal, esta é considerada por Machado (2003, p. 52) como uma construção do “autoconceito”, ou “conceito de si mesmo”, por meio de relacionamentos sociais e do desempenho de papéis, e ocorre em todas as fases da vida do indivíduo. Já a identidade social diz respeito à construção do autoconceito dentro de um ou vários grupos e pode orientá-lo e legitimá-lo mediante o reconhecimento e vinculação social. Quanto à identidade no trabalho, esta é referenciada pela autora como uma construção do eu pela atividade que o indivíduo realiza e pelas pessoas com quem se relaciona no trabalho. Ocorre na juventude, na idade adulta e, até mesmo na aposentadoria, e contribui para a formação de sua identidade pessoal como fator motivacional. Por último, a identidade organizacional refere-se à construção do conceito de si vinculado à organização na qual trabalha. “O indivíduo identifica-se com o grupo ou grupos aos quais pertence, com o trabalho que realiza e com a organização à qual pertence” (MACHADO, 2003, p. 64).

Os pressupostos de Machado (2003, p. 65) enfatizam a complementaridade entre essas identidades e o processo constante de construção e reconstrução a que estão envolvidas, considerando-se a complexidade e o dinamismo do contexto social. Destaca-se a importância de se conhecer a identidade do indivíduo como uma possibilidade de contribuir para o estímulo de sua criatividade, comportamento participativo, segurança individual. Por último, a autora define que o conhecimento da realidade social da organização a partir do estudo das identidades possibilita “compreender a estruturação da ação nesse ambiente, pois as identidades têm também o papel de estruturar a ação, por parte dos indivíduos, grupos ou de suas organizações” (MACHADO, 2003). Observe-se que tais características são consideradas fundamentais no serviço e no profissional alvo deste estudo.

Antes de adquirir habilidade profissional, o indivíduo já possui uma identidade étnica, religiosa, sexual e de classe. A reconstituição identitária posterior no contexto de trabalho é condicionada por experiências anteriores e por traços identitários pre-existentes (ABREU, 2001). Para Abreu (2001, p. 83), a escola constitui elemento decisivo na construção da identidade e, a partir de uma negociação, dita “para o indivíduo ser aquilo que ele deve ser”.

Conforme postulam Berger e Luckmann (1985, p. 228), a identidade é um elemento chave da realidade subjetiva. Apesar de ser formada por processos sociais, pode ser modificada ou, mesmo, remodelada pelas suas relações, tendo como ponto de partida o desempenho de papéis. Para os autores, este fenômeno emerge da interação dialética indivíduo e sociedade, num processo de interiorização, em que a pessoa é introduzida no mundo objetivo de uma sociedade ou setor dela.

Sobre este assunto, Goulart (2007, p. 27) argumenta que “o exercício de papéis é a unidade básica de integração social e também a base para a constituição de nossas identidades”. Alerta que quando não estão claros nas organizações e nos espaços sociais geram ambigüidades, sobrecargas, incompatibilidades e conflitos. Tal fato pode levar não só à perda da produtividade como também à desestabilização das identidades. Note-se que as identidades profissionais e organizacionais podem ser mais importantes para as pessoas do que as identidades constituídas pelo gênero, idade, etnia, raça e nacionalidade (GOULART, 2007).

Quanto ao processo de socialização, Berger e Luckmann (1985) trazem as definições de socialização primária e secundária. A socialização primária ocorre na infância e se refere aos valores transmitidos pelos pais e parentes mais próximos, pertencentes ao único mundo perceptível à criança. Nesta, os saberes de base são adquiridos, por exemplo, a alfabetização e seus processos de falar, ler e escrever. A incorporação desses saberes, mediada pela relação da família com a escola e da criança com os adultos, assegura a socialização primária e, conseqüentemente, a posse subjetiva do eu e seu mundo. Entretanto, o indivíduo só se faz membro da sociedade a partir da compreensão de seus semelhantes e da apreensão do mundo como “realidade social dotada de sentido” (BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 174).

Paralelamente, o processo de socialização secundária tem relação com sua inserção em outros setores, incluindo os “submundos”, determinados pela divisão do trabalho e da distribuição social do conhecimento (BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 185). Como sugerem Berger e Luckman (1985), vocabulários e funções específicas relacionados ao cotidiano de trabalho são adquiridos na socialização secundária, e seu processo de interiorização é extrínseco ao conhecimento pragmático exigido para o exercício de suas funções. Pelo seu dinamismo e menor grau de identificação, a socialização secundária é mais volátil que a socialização primária. Neste processo, “a pessoa não se transforma, a pessoa se faz, e na medida em que age transforma o meio na qual está inserida” (VIEIRA, 2007, p. 60).

Uma distinção entre identidade e papel é estabelecida por Castells (2008, p. 23). Os **papéis** são definidos como normas estruturadas pelas instituições e organizações da sociedade, e sua importância relativa pode influenciar o comportamento das pessoas. As **identidades** “constituem fontes de significado para os próprios atores, por eles originadas, e construídas por meio de um processo de individuação”. Do ponto de vista sociológico, Castells (2008) afirma que toda e qualquer identidade é construída e, portanto, acrescida do processo de individuação envolvido. É fonte de significado mais importante do que os papéis.

A construção da identidade vale-se da matéria-prima fornecida pela história, geografia, biologia, instituições produtivas e reprodutivas, pela memória coletiva e por fantasias pessoais, pelos aparatos de poder e revelações de cunho religioso (CASTELLS, 2008, p. 23).

As identidades organizam significados, e estes se organizam a partir da identidade primária, autosustentável e estruturante das demais ao longo do tempo e do espaço. No polo oposto, os papéis organizam as funções. Assim como os papéis, as identidades podem se formar a partir de instituições dominantes, desde que sejam internalizadas por seus atores sociais. Com base nos pressupostos de que nenhuma identidade pode constituir uma essência e de que seu processo de construção é dinâmico e permeado por um contexto marcado pelas relações de poder, Castells (2008, p. 24) se apoia em Etzioni (1993, citado por CASTELLS, 2008) para propor uma distinção entre três formas e origens de construção de identidade:

- a) Construção da identidade legitimadora introduzida pelas instituições dominantes da sociedade para expandir e racionalizar sua dominação em relação aos atores sociais. Dá origem a um conjunto de organizações e instituições que, assim como a Igreja, os sindicatos, os partidos, e as cooperativas, dentre outras, fazem parte da sociedade civil.
- b) Construção da identidade de resistência criada por atores que se encontram em posições ou condições desvalorizadas e ou estigmatizadas pela lógica da dominação. É considerada como o tipo mais importante de construção de identidade em nossa sociedade. Origina as formas de resistência coletiva diante de uma opressão.
- c) Construção da identidade de projeto produz sujeitos, atores sociais que utilizam qualquer tipo de material ao seu alcance para construir uma nova identidade e para tornar-se capaz de redefinir sua posição na sociedade e de buscar a transformação de toda a estrutura social. Trata-se da construção de um projeto de vida diferente, baseado em uma identidade oprimida, com o intuito de se transformar a sociedade.

Considerando-se a evolução do homem no decorrer de sua história, Hall (2006) reconhece três concepções diferentes de identidades:

- a) Identidade do sujeito do Iluminismo é concebida como um ser biologicamente determinado, consciente, dotado da capacidade de agir. Representa uma concepção mais individualista e essencialista do sujeito.

- b) Identidade acerca do sujeito sociológico baseia-se na relação de um sujeito nuclear com a sociedade, com seus costumes, e, portanto, não mais dotado de autonomia.
- c) Identidade do sujeito pós-moderno, aquele que assume diferentes identidades em diferentes momentos, identidades que “não são unificadas ao redor de um eu coerente”. Reconhece que as identidades contraditórias empurram o sujeito em diferentes direções e que atuam tanto de fora, na sociedade, quanto dentro da cabeça de cada indivíduo. Por considerá-la historicamente e socialmente determinada, confirma a proposição de que a identidade não é fixa ou estável e, portanto, sujeita a transformações, principalmente nas sociedades modernas, que, por definição, estão em constante mutação (HALL, 2006).

Sob ótica semelhante, Woodward (2007) afirma que as identidades são produto da experiência vivida no cotidiano e no contexto de mudanças que tem marcado nossas sociedades. Portanto, são mutáveis ao longo dos tempos. O autor argumenta que a reconstrução das identidades nacionais e éticas no mundo globalizado emerge novos movimentos sociais, os quais estão preocupados com a reafirmação das identidades pessoais e culturais (WOODWARD, 2007).

Outra dimensão de análise da identidade proposta por Woodward (2007) é o investimento que nela se faz e que pode ser considerado como um elemento central neste processo. Para o autor, algumas ações que podem ser consideradas como inaceitáveis por outros, e, até mesmo, pelo próprio indivíduo consciente, emergem da ideia de conflito entre os desejos da mente inconsciente e as demandas sociais. Para afirmar uma identidade, o sujeito acaba agindo contra seus interesses e princípios, chegando ao ponto de realizar ações que podem ameaçar sua vida. O conceito de subjetividade para este autor “permite uma exploração dos sentimentos que estão envolvidos no processo de produção da identidade e do investimento pessoal que fazemos em posições específicas de identidade” (WOODWARD, 2007, p. 55).

A marcação da diferença como ponto crucial no processo de construção das

posições de identidade é outro aspecto levantado por Woodward (2007) e também destacado por Silva (2007). Para estes autores, os indivíduos são diferentemente posicionados pelas expectativas e restrições sociais e em cada um destes contextos agem de forma diferente diante dos outros.

Seguindo essa mesma linha de análise, Vieira (2007) entende que a busca de uma identidade se dá por meio da comparação perante os membros do grupo social relacional. Para a autora, as relações de trabalho, os interesses individuais e coletivos, as relações de poder, o processo motivacional e a construção de uma autoestima positiva contribuem para a construção da identidade no trabalho (VIEIRA, 2007). Visando obter reconhecimento e pertencimento, o indivíduo encontra-se sob a dominação da organização ao nível inconsciente e trabalha “como se esta fosse dele próprio” (PÁGES et al., 1993, p. 158). O status e o reconhecimento profissional são provenientes da posição assumida dentro de uma organização e constituem a identidade do indivíduo, e vice-versa. Uma adaptação às circunstâncias impostas pela organização é para Enriquez (1997) a garantia do reconhecimento enquanto sujeito e cidadão na sociedade.

Para Bauman (2005, p. 11), a consciência de que o pertencimento e a identidade não são sólidos e pouco garantidos por toda a vida torna o indivíduo um ser conciliador de decisões e caminhos a serem percorridos. Seu discurso alerta para o fato de que a identidade é ambivalente e se define em um processo contínuo de redefinição histórica conjugada à “modernidade líquida”. As transformações consequentes da globalização afetam as estruturas e as relações dos Estados, as condições de trabalho, a subjetividade coletiva, a produção cultural, a vida cotidiana e as relações entre o eu e o outro, e aumentam a sensação de insegurança dos indivíduos. Para Bauman (2005), a idéia de ter uma identidade não vai ocorrer às pessoas enquanto o pertencimento continuar incerto em seu destino, portanto, uma condição sem alternativa.

Numa visão mais abrangente e totalizante do trabalho, Goulart (2007, p. 24) afirma que este é responsável pelo desenvolvimento de uma consciência de si e de uma consciência social, sendo, portanto, responsável pela sua identidade. A autora acrescenta que, para que desempenhe este papel, a organização deve oferecer ao

indivíduo condições para realizar suas atividades, superar sua individualidade e se conscientizar de sua historicidade enquanto membro de um grupo.

Nesse sentido, Lunardi-Filho, Lunardi e Spricigo (2001, p. 92) alertam que o sujeito não existe fora do contexto de sua cultura, de sua sociedade e de sua história e que o significado do trabalho “perpassa a estrutura socioeconômica, a cultura, as necessidades, os valores, bem como a própria subjetividade daquele que trabalha”. Apreende-se que este tem um significado importante para o sujeito e envolve a possibilidades de atender tanto às expectativas pessoais quanto às dos outros segmentos da sociedade.

De modo semelhante, Sainsaulieu (1977) entende que a experiência do trabalho é fundamental para a formação das identidades sociais e que as organizações são espaços privilegiados de construção de identificações. Para este autor, o contexto de trabalho pode ser relacionado a uma instituição social que possibilita o reconhecimento de si perante os outros e a uma busca constante por uma identidade positiva. Portanto, a construção da identidade profissional se dá em um contexto de relações de trabalho em que se processam situações de troca, de poder e de encontros, determinados pela própria organização do trabalho.

Este mundo vivido no trabalho, para Dubar (1997), põe em destaque a personalidade individual e a identidade social do sujeito, podendo até mesmo comprometer sua autodefinição e seu reconhecimento social. Este autor atenta para o fato de que sua perda pode significar “alienação, sofrimento, angústia e até mesmo a morte” (DUBAR, 1997, p. 13). Em sentido amplo, Dubar (1997, p. 15) define a identidade como:

[...] um processo simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições.

Na concepção desse autor, a representação que os outros possuem do sujeito é fundamental e a constituição do sentido pessoal de pertença é relevante na configuração identitária. Os valores do grupo relacional são interiorizados pelo indivíduo e guiam suas condutas. Daí, o sujeito passa a exercer um papel que

considera ser útil e reconhecido (DUBAR, 1997). Um dos pontos de partida proposto como estratégia para a análise do processo de configuração identitária é que, além do indivíduo, seu grupo de pertença também seja investigado. Propõe-se a estudar não apenas a representação que o indivíduo possui do seu papel, mas, fundamentalmente, a que possui do grupo em que se inclui, vista de seu interior. Isso porque nunca se tem certeza de que “a minha identidade para mim coincide com a minha identidade para o outro” (DUBAR, 1997, p. 104).

O eu é dividido em um ser individual e um ser social, reflexo de uma dualidade imposta pela sociedade, que implica a articulação entre dois processos identitários heterogêneos. Este nunca é dado, e, sim, construído e reconstruído. Não há necessariamente correspondência entre “a identidade predicativa de si”, que exprime a identidade singular de uma dada pessoa, com sua história individual vivida, e as “identidades atribuídas por outro” (DUBAR, 1997, p. 106). A chave do processo de construção das identidades sociais se dá na articulação entre duas transações: a objetiva e a subjetiva. A transação objetiva, também denominada “transação externa”, ocorre entre o indivíduo e os outros significativos e visa acomodar a identidade para si e para o outro. A “transação interna” ao indivíduo procura assimilar a identidade para o outro à identidade para si. Também denominada “transação subjetiva”, constitui-se no segundo mecanismo central do processo de socialização concebido como produto de identidades sociais (DUBAR, 1997, p. 106).

É, efetivamente, pela e na actividade com outros, implicando um sentido, um objetivo e/ou uma justificação, uma necessidade, [...] que um indivíduo é identificado e é conduzido a aceitar ou recusar as identificações que recebe dos outros ou das instituições. (DUBAR, 1997, p.106)

Para identificar a si próprio, o indivíduo utiliza os atos de pertença, ou seja, categorias de significado que exprimem “que tipo de homem (ou de mulher) você quer ser”. Já a identidade para o outro, ou identidade virtual, é definida pelas pessoas com que o indivíduo se relaciona, a partir de categorias que definem que tipo de homem ou mulher você é, ou seja, os atos de atribuição (DUBAR, 1997, p. 106).

Nesses termos, o processo identitário biográfico referido por Dubar (1997) é definido

como uma construção temporal sucessiva de identidades sociais e profissionais, a partir das categorias oferecidas por instituições como família, escola, mercado de trabalho e empresa. As categorias de identificação relacionadas às esferas do trabalho, do emprego e da formação escolar “constroem categorias pertinentes das identificações dos próprios indivíduos” (DUBAR, 1997, p. 112).

A transição vivenciada pela saída das instituições de formação e sua relação com o mercado de trabalho constitui um momento essencial para a construção da identidade autônoma. A identidade profissional de base pode constituir não só a identidade no trabalho, mas também uma projeção de si no futuro e a concretização do aprendizado (DUBAR, 1997). O autor acrescenta que, para legitimar suas capacidades em um determinado contexto de trabalho, muitas vezes o indivíduo se empenha em obter certificações e em desenvolver relações de identificação com seus pares. Uma especialização, por exemplo, pode representar um ato significativo da identidade virtual e a identificação pelo outro de suas competências (DUBAR, 1997).

Recorrendo a Percheron (1967), Dubar (1997) afirma que a socialização é um processo contínuo de identificação, de construção de identidade, e que, para socializar-se, o indivíduo assume o sentimento de pertença de seu grupo. É como se o indivíduo, sem perceber, começasse a assumir pessoalmente as atitudes dos seus pares (PERCHERON, 1967, citado por DUBAR, 1997, p. 31). Este processo relacional diz respeito ao reconhecimento, em momentos e locais específicos, de legitimação das identidades associadas aos saberes, competências e imagens de si propostas e expressas pelos indivíduos e constitui a identidade virtual.

Com base nos pressupostos de que a identidade “é construída e reconstruída”, Dubar (1997, p. 110) afirma que o grande desafio é articular os dois processos: “não se faz a identidade das pessoas sem elas e, contudo, não se podem dispensar os outros para forjar a sua própria identidade”. As categorias utilizadas para identificar os outros e a si próprio (os atos de atribuição e de pertença) variam de acordo com o contexto social em que as pessoas se interagem, bem como as temporalidades históricas e biográficas em que desenvolvem suas trajetórias (DUBAR, 1997).

O QUADRO abaixo descreve e esquematiza o modelo proposto por Dubar (1997), cujas análises dos processos de identificação e das conseqüentes identidades real (para si) e virtual (para o outro) convergem na configuração da identidade.

PROCESSO RELACIONAL	PROCESSO BIOGRÁFICO
Identidade para o outro	Identidade para si
Atos de atribuição “que tipo de homem (ou de mulher) você é”	Atos de pertencimento “que tipo de homem (ou de mulher) você quer ser”
Identidade social virtual	Identidade social real
Transação objetiva Identidades atribuídas/propostas Identidades assumidas/incorporadas	Transação subjetiva Identidades herdadas Identidades visadas
IDENTIDADE SOCIAL MARCADA PELA DUALIDADE	

Quadro 1 – Categorias de Análise de Identidade
Fonte: Adaptado de Dubar, 1997, p. 109.

Há de se ressaltar que o processo identitário biográfico descrito pelo autor vai além da identidade profissional. Antes de identificar-se pessoalmente com determinado grupo profissional, o indivíduo traz consigo sua identidade étnica, sexual, social de classe, e a identidade que herda dos seus pais e /ou das pessoas mais próximas. Já na infância, a partir da relação estabelecida com seus pais, pares e professores na escola, a criança experimenta sua primeira identidade social (DUBAR, 1997). Na escola primária, apesar de não haver nenhuma conexão com o universo profissional, já “aprendemos a ser o que nos dizem que somos” (DUBAR, 1997, p. 113).

Dubar (1997) conclui que desde a infância até a adolescência e ao longo de toda nossa trajetória de vida se desenrolam estratégias identitárias. Essas trajetórias podem ser marcadas pela continuidade ou por rupturas inter e ou intra-geracional que implicam resgatar identidades anteriormente adquiridas ou construídas. Outro exemplo de remodelagem identitária descrito por Dubar (1997) é associado à saída do sistema escolar e à entrada no mercado de trabalho, que se constituem em momento importante na construção da identidade autônoma dos sujeitos.

A identidade profissional de base, entretanto, não pode ser resumida apenas à identidade no trabalho, e, sim, a uma projeção de si no futuro. Não se trata apenas da escolha de um “ofício ou diploma”, mas da construção pessoal de uma identidade, que coloca em jogo a sua imagem, a sua capacidade e a realização de

seus desejos. Diante disso, assim como exposto anteriormente por Dubar (1997), a identidade não é fixa: mesmo a primeira identidade profissional para si não é definitiva. Esta é frequentemente confrontada com as incertezas e mudanças tecnológicas e administrativas que as organizações são expostas neste mundo globalizado.

Por conseguinte, os indivíduos se veem obrigados a estabelecer relações de trabalho estáveis ou duráveis com seu grupo e com seu chefe, bem como a partilhar atividades organizacionais, cujo investimento pode implicar o reconhecimento recíproco destes sujeitos. Trata-se de uma transação objetiva, que envolve relações de poder, normas de comportamento, assim como cultura, afinidades e valores organizacionais (DUBAR, 1997).

Todo o exposto parece desvelar a complexidade do estudo sobre identidade e a diversidade de perspectivas teóricas para sua análise. Para fins deste estudo, optou-se por uma aproximação dos mecanismos de identificação propostos por Dubar (1997) como constituintes fundamentais para analisar as identidades real e virtual dos enfermeiros no contexto específico de um SAMU.

2.2 Caracterização do trabalho do enfermeiro

O processo de trabalho em saúde organizou-se e desenvolveu-se nas sociedades capitalistas (ALMEIDA, ROCHA, 1997). Tal fato justifica-se pelo crescimento desordenado da população, pelas mudanças nas relações de trabalho, que culminaram em desgastes e doenças laborais, e pela necessidade de controle do fenômeno coletivo das epidemias e de seus impactos para a classe trabalhadora. Quanto ao controle de saúde da população, sua dimensão depende do processo de trabalho em enfermagem, que envolve promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação do indivíduo. Com este propósito, a prestação de serviços realizada por estes profissionais tem como sujeitos do cuidado, além do indivíduo, sua família e sua comunidade (ALMEIDA, ROCHA, 1997) e como finalidades as ações terapêuticas ou de prevenção. Ela pode ocorrer nos âmbitos institucional, hospitalar, pré-hospitalar e, até mesmo, domiciliar.

O cuidado que envolve a equipe de enfermagem se dá em nível tanto individual como no coletivo e é realizado por profissionais que utilizam como instrumentos de trabalho seus saberes e conhecimentos específicos (FIGUEIREDO et al., 2003). Para Boff (1999, p. 25), “o cuidado é mais que um ato, é uma atitude” e constitui-se também num momento de atenção, de zelo, de desvelo, de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento com o outro.

Para Abreu (2001, p. 214), os cuidados de enfermagem são definidos como produto da interação entre enfermeiro, doente e família. Sua execução encontra-se distribuída entre os vários agentes de sua equipe e é teoricamente determinada pela qualificação e pelo grau de complexidade de suas tarefas. Como tal, é exercida por sujeitos (auxiliares, técnicos e enfermeiros) com diferentes formações, tempos de qualificação diversificados e graus de atribuições diferenciados por complexidade. Para Figueiredo e Santos (2004, p. 60), são corpos trabalhadores que utilizam “sua força física, mental, intelectual e espiritual para cuidar dos corpos de seus clientes”, cujo exercício de atividades só pode ser realizado por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de sua jurisdição. A pluralidade da equipe de enfermagem é retratada de forma quantitativa no cuidado prestado, exercido por profissionais menos qualificados sob a supervisão do enfermeiro. Lunardi-Filho, Lunardi e Spricigo (2001) sugerem que essa divisão estabeleça uma hierarquização que atribua as tarefas mais simples às pessoas menos qualificadas e que, à medida que se tornam mais complexas, “são assumidas por aqueles que possuem maior qualificação, culminando para as atividades do enfermeiro” (LUNARDI-FILHO, LUNARDI, SPRICIGO, 2001, p.95)

Dentre os instrumentos utilizados pelo enfermeiro no processo de cuidar, destacam-se a organização e controle da força de trabalho em enfermagem, a elaboração de normas e rotinas, e a aquisição e manuseio de equipamentos, roupas, medicamentos e documentos, dentre outros, diferenciando-o das demais categorias da enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Portanto, além das atividades assistenciais realizadas pelos técnicos e enfermeiros, a organização do contexto terapêutico contribui indiretamente para uma assistência de qualidade (BECK, 2001).

Os conhecimentos adquiridos pela formação do enfermeiro se traduzem em poder em relação ao técnico de enfermagem (ARAÚJO-NETTO; RAMOS, 2002). Daí o surgimento de relações conflituosas mediadas pela relação de subordinação e dependência, legitimadas pela Lei do Exercício Profissional. No polo oposto, há de se considerar a centralidade do saber e do poder médicos no trabalho em saúde, a que todos os profissionais da saúde encontram-se subordinados.

Acrescenta-se que a complexidade do trabalho do enfermeiro envolve a não interrupção da assistência nas 24 horas do dia e o estabelecimento de relações interpessoais com colegas de trabalho, clientes e seus familiares. Além do domínio de conhecimentos científicos e técnicas, a criatividade tem sido considerada como um dos quesitos exigidos para este profissional. Tal argumento se justifica pela necessidade de improvisação nos momentos de falta de material adequado aos procedimentos, e deve ser feita “sem causar prejuízos ao seu cliente, proporcionando um cuidado que produza saúde e controle da doença, respeitando os aspectos éticos e científicos aprendidos” (FIGUEIREDO et al., 2003, p. 19). Suas ações são desenvolvidas numa convivência multiprofissional e interdisciplinar em que todos percebem e veem o que a enfermagem faz (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 2006).

Em contrapartida, considerando-se o todo envolvido, inclusive a população, poucas pessoas conseguem apreender a complexidade e especificidade de suas atividades. Desse modo, “um mundo silencioso e restrito faz parte do cenário de cuidar da enfermagem” e, muitas vezes, no seu imaginário, restringe a função da enfermagem a fazer curativos e administrar medicações (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 2006, p. 218). Tal proposição vem ao encontro dos dados obtidos em estudo realizado por Kemmer (2007), que visava compreender as representações sociais sobre o enfermeiro e a enfermagem para profissionais de comunicação. Seus resultados revelam:

[...] percepções de uma profissão sofrida e depreciada e a não-identificação da hierarquização da classe, a surpresa de descobrir que ele, o enfermeiro, pode ser um profissional de referência em áreas de conhecimento da saúde. O desconhecimento relacionado a esta categoria profissional é apontado pelos profissionais de comunicação como uma grande dificuldade no reconhecimento da profissão por outros seguimentos da sociedade (KEMMER, 2007, p. 5).

A pouca autonomia no trabalho do enfermeiro, com a maioria de suas funções atreladas ao trabalho médico (BRITO, 2004; ALMEIDA; ROCHA, 1997), a pressão e a responsabilização pela resolutividade da assistência são considerados pontos de pressão e, até mesmo, de sofrimento psíquico para estes trabalhadores (ARAÚJO-NETTO; RAMOS, 2002). A frequente falta de recursos humanos e materiais, o acúmulo de horas trabalhadas na busca por melhores salários e o vínculo com várias instituições contribuem para intensificar a carga estressora desta profissão.

Dejours (1992, p. 25) alerta para o fato de que o sofrimento em relação ao trabalho advém de sua “divisão”, do “conteúdo da tarefa”, da “hierarquia e modalidades de comando”, das “relações de poder” e das “questões de responsabilidade”. Nesta mesma ótica, Aubert (1993, p. 89) destaca a enfermagem como uma das profissões que, “mesmo não comportando riscos de agressões físicas caracterizadas, são carregadas de agressões psíquicas”. O convívio com a morte, a dor e o sofrimento é comum no seu contexto de atuação e faz parte desta carga psíquica que envolve seu processo de trabalho. Acrescenta-se que a realização de tarefas repetitivas, trabalho noturno, baixa remuneração, falta de autonomia e dificuldades de reconhecimento e relacionamento interpessoal com a chefia e os colegas de trabalho geram insatisfações e sofrimento em seu contexto de atuação (CHAMON; MARINHO; OLIVEIRA, 2006). A natureza não material do trabalho realizado pela equipe de enfermagem, a solidariedade em relação ao paciente e a constante busca por realização profissional tendem a persuadir o trabalhador a aceitar condições exploratórias da sua mão de obra em troca de um salário (KUENZER, 2004).

As proposições de Aubert (1993) corroboram as reflexões de Kuenzer (2004, p. 240) quanto à “dupla face do trabalho qualificador, prazeroso e, simultaneamente, desqualificador, explorador, causador de sofrimento”. O autor atenta que, apesar da relação de sofrimento com o trabalho, os profissionais da saúde que lidam com situações de urgência e imprevisibilidade, vivenciam o estresse na sua forma “positiva”, “estimulante”, e têm a oportunidade de liberá-la em suas ações.

O papel determinante para o indivíduo, de poder se situar em posição ativa em face às inúmeras fontes de stress da vida profissional [...] em um serviço e um tipo de trabalho que são fonte permanente de estímulos estressantes (...) a tensão devida às fontes de stress, é continuamente absorvida na ação (AUBERT, 1999, p. 90).

Waldow (2001) considera que a história da enfermagem explica condições que envolvem a falta de poder e de reconhecimento e que a fragmentação do cuidado, um aspecto da enfermagem brasileira, contribui para sua desvalorização. Tal fato pode ser justificado pelo número insuficiente de enfermeiros e pela priorização de suas atividades na organização e planejamento da assistência, com o conseqüente afastamento do cuidado direto aos pacientes.

Historicamente, os princípios que nortearam o início das atividades da enfermagem estavam relacionados à caridade, à submissão e ao gênero feminino. Moreira (1999, p. 57) e Brito (2004), dentre outros autores, consideram essas atividades como uma “extensão do trabalho doméstico” e uma oportunidade para a mulher de sair de casa e de se inserir no mercado de trabalho. Acrescenta-se que, apesar desta evolução para o universo feminino, o homem ainda detinha poder sobre a mulher por meio do poder médico sobre a prática da enfermagem. Dentre outros estudos, Araújo-Netto e Ramos (2002), Abreu (2001) e Brito (2004) mostram uma forte ligação da identidade do enfermeiro com sua história e sua relação de gênero predominantemente feminina.

Perpassando dados históricos da origem do hospital, contata-se que inicialmente o cuidado aos doentes era realizado por irmãs de caridade, em “hospitais hospedarias”, de forma filantrópica e caritativa (FOUCAULT, 1979). O hospital era referido como um lugar de segregação e proteção da sociedade contra doenças infecto-contagiosas e problemas mentais de alguns pacientes. Sob o olhar e o cuidado das freiras de caridade, os pacientes eram internados para morrer, e não para se tratar ou curar.

Segundo Foucault (1979), o século XVIII marca a entrada do médico no hospital e o torna responsável por delegar os cuidados, de forma remunerada, às mulheres, que na ocasião não eram qualificadas para tal: prostitutas, bêbadas e mulheres de reputação duvidosa. Estas mulheres representavam a antítese da “pureza religiosa” preconizada pelas freiras (MOREIRA, 1999, p. 58). Assim, surge uma profissão que defende o cuidado aos seus pacientes e um hospital como um “local de hospedar”, um abrigo para pessoas que precisam de tratamento e de diagnóstico (FIGUEIREDO, 2004, p. 13). Foucault (1979, p. 110) faz referência à tomada de

poder pelo médico já nos regulamentos hospitalares do século XVIII, manifestado pelo ritual da visita hospitalar aos pacientes. Descreve um “desfile quase religioso, em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc.” Outro aspecto identificado nestes regulamentos é a descrição da necessidade de se anunciar o médico com uma sineta e “a enfermeira, com um caderno na mão, deveria acompanhá-lo ao entrar”.

Rizzoto (1999) também admite traços da história de submissão e considera que inicialmente a mulher na enfermagem não adquiriu independência financeira em relação ao homem, nem se afastou do seu papel de mãe. Brito (2004) confirma a imagem social da enfermeira, há muito tempo vinculada às mulheres pertencentes a camadas inferiores da sociedade, executando atividades prescritas pelo médico. Pontua que, apesar dos avanços contemporâneos da reconfiguração das profissões de saúde, o hospital “conserva traços da cultura patriarcal, do modelo médico e da lógica gerencial masculina” (BRITO 2004, p. 29).

Esta última autora observa a existência de uma preocupação quanto ao desgaste histórico da imagem da enfermeira perante os demais profissionais da equipe de saúde e da sociedade com o desenvolvimento de atitudes submissas, sentimentos de baixa autoestima e comprometimento da sua identidade social e profissional (BRITO, 2004, p. 31). Diante disso, ela sugere que as relações interpessoais devem ser consideradas para que a configuração identitária da enfermeira possa ser analisada. Em estudo recente sobre a construção identitária do enfermeiro no exercício de atividades gerenciais, Brito (2004) constatou que este profissional passou a assumir uma posição diferenciada em relação à equipe multiprofissional, adquirindo maior autonomia, status social e profissional. Ela considera que há uma inversão da sua relação de submissão do enfermeiro em relação ao profissional médico no exercício da gerência.

As referências de Moreira (1999, p. 58) destacam o nascimento da enfermagem profissional no século XIX, com “o interesse de Florence Nightingale, dama da alta sociedade inglesa, pela arte de cuidar”. Tal interesse é justificado pela necessidade de resgatar a imagem dos hospitais e, assim, superar a resistência das famílias a autorizar suas filhas a saírem de casa para trabalhar cuidando de doentes. Pré-

requisitos como idoneidade, devoção, desprendimento, submissão e capacidade de gestão do espaço hospitalar comparado ao de uma casa passaram a ser exigidos para as pessoas que exerciam o ato de cuidar.

No Brasil, Rizzotto (1999) registra o desenvolvimento da enfermagem profissional com a criação da Escola de Enfermagem Ana Nery, em 1922, na cidade do Rio de Janeiro, então Capital do País. Neste contexto, a enfermagem moderna esteve centrada no modelo biomédico, reforçando seu vínculo com a assistência hospitalar. A partir da atribuição do hospital como lugar de diagnóstico, tratamento, cura e pesquisa dos problemas de saúde, surge a necessidade do trabalho em equipe mais qualificado. Para Rizzotto (1999), a medicina se legitimou socialmente como a profissão que detinha o saber e o poder da cura, e as outras profissões que compõem a equipe de saúde, entre elas a enfermagem, tornaram-se auxiliares neste processo, considerando-se os médicos por ele responsáveis.

Araújo-Netto e Ramos (2004, p. 54) entendem que “as possibilidades do enfermeiro se manifestar como ser e trabalhador no cotidiano de trabalho estão intimamente relacionadas com a constituição de sua identidade”.

Há de se ressaltar o crescimento e a evolução desta profissão nos últimos anos, tanto pela abertura de espaços não ocupados anteriormente quanto pelo desenvolvimento de especializações que aprimoram sua prática (GOMES, 2005). Embora a literatura registre a criação da primeira unidade de terapia intensiva no Johns Hopkins Hospital, na década de 1920, nos Estados Unidos da América, esta modalidade de assistência só começou a ser praticada no Brasil por volta da década de 1970 (CINTRA, 2000). Os cuidados profissionais realizados nestas unidades passaram a ser mais valorizados na carreira do enfermeiro, impulsionando sua especialização. Atualmente, o enfermeiro tem se destacado enquanto integrante de equipes de programas preconizados pelo Ministério da Saúde, por exemplo, o Programa de Saúde de Família (PSF) e o SAMU.

Para Abreu (2001), a enfermagem é uma profissão em transição, na qual seus agentes tentam conquistar progressivamente novas funções, competências e autonomias, e acompanhar padrões de formação cada vez mais elevados e

diferenciados. Em face das constantes mudanças por que vêm passando, sua trajetória identitária tem-se transformado num empenho pessoal pela “construção de uma identidade positiva” (ABREU, 2001, p. 60).

Paralelamente às conquistas sociais das mulheres quanto a seu papel e as suas expectativas em relação à progressão profissional, os enfermeiros passaram a ocupar um lugar central nas instituições de saúde. Nesse sentido, Abreu (2001) afirma que os cuidados de enfermagem não se configuram apenas como “actos de trabalho: são (re)conceptualizados e (re)interpretados como elos e elementos alimentadores de uma identidade” (ABREU, 2001, p. 254). Considerando-se a pluralidade e os diferentes contextos de atuação, este autor infere que talvez não exista uma só forma de ser enfermeiro e alerta para a necessidade de os enfermeiros questionarem a sua própria identidade.

A definição dos papéis e das relações de trabalho dos enfermeiros constitui para Araújo-Netto e Ramos (2004) fatores determinantes para a delimitação da identidade dos enfermeiros e, envolve uma construção e uma reconstrução constantes. No curso dessas mudanças, os enfermeiros se esforçam para quebrar o paradigma de pouca valorização e autonomia historicamente construído. A constante busca por autonomia profissional, sinalizada pela tentativa de demarcação do poder médico no ato médico, e a dicotomia entre o processo de cuidar e o de curar refletem as indefinições desta profissão.

Depreende-se que a identidade do enfermeiro assume significados que dependem do seu papel e do grupo em que está inserido. Os conflitos que envolvem a definição de papéis e a relação com os demais trabalhadores da saúde interferem em sua configuração identitária. Assim, pretende-se com este estudo descrever e analisar como vêm-se configurado as identidades real e virtual do enfermeiro que trabalha especificamente em unidades de suporte avançado de um SAMU.

2.3 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e suas especificidades para o profissional enfermeiro

O atendimento pré-hospitalar nas últimas décadas tem sido amplamente discutido e redirecionado por autoridades de várias esferas do governo. Regulamentado e assegurado por lei, ele passou por uma série de modificações, que tiveram como consequência a padronização do serviço em nível nacional. É uma modalidade de atenção da área da Saúde instituída pelo Ministério da Saúde e responsabilizada pelo atendimento de pacientes com agravos clínicos, traumáticos, obstétricos e psiquiátricos. A assistência prestada é desencadeada por um solicitante via telefone, pelo número gratuito 192, vinculado a uma Central de Regulação (CR) e destina-se ao local de sua ocorrência que, pode ser um domicílio ou via pública, dentre outros (BRASIL, 2004, p. 62).

Todas as atividades realizadas por este serviço envolvem a comunicação e a gravação contínua de todas as solicitações e condutas, dependendo então do exercício da Telemedicina (BRASIL, 2004). O Conselho Federal de Medicina (CFM), regulamenta seu exercício a partir da resolução 1.643/2002, quando reconhece “a utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em saúde” (CFM, 2002, p. 1). Este conselho disciplina que os serviços deverão ter infraestrutura com aparato tecnológico apropriado e que obedeçam a suas normas, “incluindo o armazenamento, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia de sigilo profissional”. Portanto, todas as informações referentes aos atendimentos da CR e das equipes do SAMU são gravadas e registradas em impressos próprios. Tal gravação respalda o solicitante, o médico regulador e as equipes de atendimento.

O médico regulador, por meio de uma escuta permanente, 24 horas por dia, acolhe todas as solicitações de atendimento, analisa-as quanto à gravidade e prioriza o atendimento. Dessa forma, procura assegurar o acesso ao serviço com “uma melhor resposta possível” (BRASIL, 2006, p. 50). Quanto à responsabilidade médica pelo atendimento, o CFM discorre que os demais profissionais envolvidos na assistência “responderão solidariamente na proporção em que contribuirão por eventual dano” (CFM, 2002, p. 2).

Apesar das restrições impostas em termos de cobertura da população e das dificuldades vivenciadas em sua prática, principalmente no que concerne à disponibilidade de profissionais capacitados, o SAMU responde diariamente por uma grande demanda de atendimentos e emprega um número crescente de profissionais. Atualmente, ele é responsável pela maior parte dos encaminhamentos aos serviços de saúde. Sua rede nacional conta com 144 serviços, que envolvem 1.163 municípios e mais de 100 milhões de usuários potenciais (BRASIL, 2008).

O SAMU brasileiro foi baseado na modalidade de atendimento de resgate francês. Por isso, tem na Central de Regulação de Urgências e Emergências seu “elemento ordenador e orientador” e no médico da Central de Regulação, seu sujeito nuclear (BRASIL, 2004, p. 62).

A ligação telefônica é encaminhada à CR e previamente acolhida pelo técnico auxiliar de regulação. No município estudado, este profissional é denominado como “teledigifonista”. Tem como atribuições: identificar o solicitante, o local do evento e o motivo do chamado; e repassar tais informações ao médico regulador. O médico regulador faz uma escuta qualificada, avalia e classifica o chamado quanto ao grau de urgência e conduta. Quando identifica a necessidade de atendimento, correlaciona os recursos assistenciais disponíveis (ambulâncias, recursos humanos e materiais) e tenta disponibilizá-los no menor tempo possível. O paciente, uma vez assistido por uma Unidade de Suporte Básico (USB) ou Unidade de Suporte Avançado (USA), pode ser liberado no local de atendimento ou encaminhado a uma unidade hospitalar.

A conduta definida pelo médico regulador pode ser traduzida em três modalidades de atendimento: aconselhamento sobre sua doença; orientações de encaminhamento à unidade hospitalar mais próxima por recursos próprios; e liberação de uma unidade móvel para prestar seu atendimento (BRASIL, 2004). A necessidade de atendimento independe da existência de vaga em instituição hospitalar e a decisão médica dos destinos hospitalares deve estar pautada na chamada “vaga zero” (BRASIL, 2004, p. 66).

A CR acompanha o atendimento do paciente até seu término, apoiando as equipes,

quando necessário, e preparando a recepção hospitalar adequada ao atendimento da urgência, por meio de contato prévio com seus responsáveis. Em suma, o regulador responde como “autoridade” e pode utilizar os meios necessários para garantir o adequado atendimento ao paciente (BRASIL, 2004, p. 66). Nesse âmbito, os profissionais da saúde conduzem os atendimentos sobre as determinações do médico da CR. Os critérios e os fluxos por ela definidos deverão ser seguidos também por profissionais oriundos de outras áreas, como do Corpo de Bombeiros, das Polícias Rodoviárias e de outras organizações da área da segurança pública (BRASIL, 2004).

As funções dos profissionais da saúde, bem como de toda a equipe que trabalha direta ou indiretamente no atendimento pré-hospitalar, só foram definidas formalmente a partir da Portaria 2048 do Ministério da Saúde.

Nesses serviços, o enfermeiro, o médico-intervencionista e o motorista-socorrista compõem a equipe das Unidades de Suporte Avançado de vida (USA). Juntos, são responsáveis pelos atendimentos de adultos e/ou crianças nos procedimentos de maior complexidade, como entubação traqueal, atendimentos de reanimação e estabilização de pacientes com instabilidade hemodinâmica, neurológica e respiratória. Esses atendimentos são realizados em domicílios, vias públicas, instituições hospitalares e durante o transporte dos pacientes. Acredita-se que nessas ocorrências o enfermeiro pode reafirmar sua condição de enfermeiro assistencial, contrapondo o cotidiano de trabalho de muitas instituições hospitalares.

Conforme descrito anteriormente, este sistema também é composto por Unidades de Suporte Básico (USB) de vida, cujos integrantes são técnicos de enfermagem e um condutor de veículos, o motorista-socorrista. Eles atuam sob supervisão médica no exercício da telemedicina e são responsáveis, na grande maioria dos atendimentos, pela assistência de menor complexidade, em se comparando com a USA. Nos momentos em que o enfermeiro da USA presta atendimento junto às USB's, aproxima-se da realidade hospitalar, em que é auxiliado pelos profissionais técnicos. Assim, o cotidiano de trabalho destes profissionais é permeado pela assistência a pacientes graves e em condições adversas, em se comparando com outros ambientes de atuação. Além das atividades assistenciais, o enfermeiro que trabalha

no SAMU se responsabiliza por atividades administrativas, como treinamento, supervisão e avaliação das ações dos integrantes de sua equipe. Outro ponto que merece destaque é a atuação articulada com uma rede de profissionais dos níveis pré-hospitalar e hospitalar. A integração desses serviços é importante para que a continuidade da assistência ao paciente seja assegurada. O cuidado, portanto, envolve a interação do profissional com o seu cliente e com os demais profissionais envolvidos nos diversos níveis de atenção (BRASIL, 2006).

Os profissionais das equipes de saúde que atuam nos serviços de emergência são peças fundamentais no processo de cuidar. Para tal, atributos como competência, habilidade motora, criatividade, e sensibilidade são exigidos. Sobre esse assunto, Coelho, Figueiredo e Carvalho (2006, p. 219) afirmam que o ritual do cuidar em emergência exige mais do que conhecimento técnico, ou seja, conta também com a experiência de seus profissionais, o seu “saber-fazer”.

A recuperação do indivíduo e o seu retorno ao convívio familiar, sem seqüelas, são motivos de preocupações para as equipes, que devem estar atentas aos detalhes da assistência. Nada pode faltar para o estabelecimento do diagnóstico e da implantação terapêutica. “Tudo é imediato, uma expectativa constante pelo que poderá chegar ou acontecer” (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 2006, p. 222). A manutenção e a sequência desse cuidado pelos diversos membros da equipe (cuidados de higiene, manutenção ou recuperação do estado nutricional, correção de situações ameaçadoras, dentre outras) fundamentam o atendimento da equipe de enfermagem nos serviços de emergência. Algumas vezes, esses cuidados são feitos de forma simultânea, em vários clientes, exigindo dinamismo das ações, principalmente quando se admite que mudanças abruptas nas condições dos doentes possam ocorrer (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 2006, p. 222).

No caso específico do enfermeiro e de suas práticas no cuidar em situações de urgência e emergência, destacam-se, dentre as suas funções: a identificação de sinais e sintomas de gravidade, a interpretação destes, a utilização de todos os recursos disponíveis e a identificação da possibilidade de transmissão de doenças infecto-parasitárias para a equipe e para outros clientes, dentre outras (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 2006). No que se refere às dificuldades encontradas

pelos enfermeiros nos serviços de atendimento pré-hospitalar, além da falta de experiência e da pouca formação, destaca-se a adaptação a um novo e diferente ambiente de trabalho. A experiência prévia em serviços de urgência e a capacitação em serviço têm amenizado tais dificuldades (MARTIN; PRADO, 2003).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 2.048, de 05 de novembro de 2002, define os requisitos para os profissionais que pretendem trabalhar nestes serviços. Em relação ao profissional enfermeiro, registra-se:

Disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental para a atividade, disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergência, iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para capacitação [...], bem como recertificação periódica (BRASIL, 2004, p. 88).

Objetivando legitimar as atividades de enfermagem no atendimento pré-hospitalar, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 260/2001, fixou como uma especialidade de enfermagem e de competência do enfermeiro o atendimento pré-hospitalar, sem, no entanto, delimitar o mínimo de formação exigida (BRASIL, 2001b). Note-se que as características próprias destes serviços nem sempre são abordadas pelas instituições de ensino.

A formação de profissionais generalistas oriundos de instituições de ensino superior que procuram atender às exigências de um modelo integral de assistência constitui-se em um dos grandes desafios para a formação do enfermeiro que quer atuar nos SAMU (VARGAS, 2006). Martins e Prado (2003) observam que esses serviços se esforçam em capacitar seus funcionários na busca por uma assistência técnica especializada. Na tentativa de suprir tais deficiências, tem sido oferecido aos seus enfermeiros vários cursos, como *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, *Préhospital Trauma Life Support (PHTLS)*, *Basic Life Sport (BLS)* e *MAST (Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma)*, que visam desenvolver técnicas utilizadas no APH (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 2006). Entretanto, apesar de proporcionarem a simulação de situações inesperadas, tais cursos não suprem a necessidade de formação específica destes profissionais. Além do conhecimento técnico, tem sido sugerido o desenvolvimento de habilidades

como capacidade de autocontrole e autocondução, diretamente relacionadas ao sucesso na prestação do cuidado (MARTINS, PRADO, 2003).

Tais referências demonstram a preocupação de diversos autores com o contexto de formação e atuação dos enfermeiros no SAMU, considerando-se a relevância dessa nova modalidade de assistência. Aprofundar-se nos meandros da identidade do enfermeiro neste contexto é o que se pretende com o percurso metodológico adotado e detalhado a seguir.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Caracterização do estudo

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa empírica, do tipo estudo de caso único, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa. Justifica a opção por este tipo de abordagem a complexidade da configuração identitária, envolta por aspectos subjetivos e relacionais. Para Minayo (2000), as metodologias de pesquisa qualitativa podem ser entendidas como aquelas:

[...] capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes **aos atos, às relações, e às estruturas sociais**, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2000, p. 10, grifo do autor).

Para Demo (1987), o enquadramento metodológico qualitativo permite estudar o sujeito como um ser social e histórico e compreendê-lo em seu sentido mais amplo, levantando questões mais profundas de sua existência e suas relações. Richardson (1999) corrobora essa perspectiva e assevera que os estudos que empregam a pesquisa qualitativa permitem descrever a complexidade de determinado problema, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais e, em maior profundidade, explicitar as particularidades do comportamento de indivíduos. Nesse âmbito, optou-se pelo método descritivo, que, segundo Gil (1999), tem por objetivo estudar as características de um grupo, permitindo descrever suas características e fenômenos, e estabelecer relações entre variáveis.

A opção pelo método de investigação estudo de caso reside na orientação de Yin (2005, p. 32), que afirma ser o método preferido para se “investigar fenômenos contemporâneos dentro de um contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Sobre este método, acrescenta-se que, como estratégia de pesquisa abrangente, pode basear-se em várias fontes de evidências para a delimitação dos resultados (YIN, 2005). Vergara (2004, p. 49) acrescenta que este tipo de pesquisa tem “caráter de

profundidade e detalhamento”.

Convém referir que uma das características dessa opção metodológica implica admitir a seguinte limitação deste estudo: este tipo de pesquisa não permite generalizações dos resultados obtidos, uma vez que se encontra fundamentado apenas no contexto abordado.

3.2 Caracterização do local pesquisado

O desenvolvimento desta pesquisa teve como lócus o SAMU de um município mineiro que ocupa uma área de 330,9 Km², com população humana estimada em 2.238.526 habitantes (IBGE, 2000). Este serviço funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana. Atualmente, disponibiliza à sua população adscrita 25 unidades de suporte básico (USB) e 5 unidades de suporte avançado (USA), as quais atuam em conjunto com o Corpo de Bombeiros, no caso de retirada de vítimas das ferragens, com a Polícia Militar e a Polícia Rodoviária. Suas unidades estão localizadas de forma estratégica, considerando-se a distribuição espacial do município e a facilidade de acesso por vias rápidas.

Quanto às questões organizacionais, vale ressaltar que uma reformulação administrativa vem ocorrendo na instituição estudada e que a ampliação dos postos de trabalho já vem sendo instituída desde maio de 2009.

3.3 Unidades de observação e de análise

As unidades de observação foram constituídas de enfermeiros e não-enfermeiros - médicos intervencionistas, motoristas socorristas e técnicos de enfermagem - do SAMU abordado e a unidade de análise foi a identidade de enfermeiros das unidades de suporte avançado (USA) de vida deste mesmo serviço.

Considerando-se os pressupostos de Dubar (1997), que afirma ser a identidade

construída com base na percepção de si mesmo e do outro, as enfermeiras assistenciais das USA constituem os sujeitos nucleares desta pesquisa e os demais profissionais - médicos intervencionistas, motoristas socorristas e técnicos de enfermagem - constituem os sujeitos secundários.

Atualmente, a equipe de enfermeiros encontra-se subdividida em 5 Unidades de Suporte Avançado de vida e conta com atuação de aproximadamente 46 profissionais, que trabalham em escala de plantão. A elaboração de suas escalas considera uma carga horária semanal de trabalho que varia entre 20 e 24 horas semanais, dependendo do vínculo empregatício, perfazendo uma média de 6 a 9 plantões por mês. Um revezamento nos turnos diurno e noturno, dias de semana e finais de semana é pré-estabelecido pela Coordenação do setor e disponibilizado a todos, com antecedência, por meio de correspondência eletrônica e documento formal.

Quanto aos sujeitos secundários, a equipe é composta por aproximadamente 48 médicos, mais de 100 motoristas-socorristas e centenas de técnicos de enfermagem. Estes últimos compõem apenas as equipes de Suporte Básico de Vida (SBV) e os motoristas socorristas trabalham tanto nas Unidades Básicas quanto nas Avançadas. O médico trabalha tanto nas Unidades Avançadas quanto na Central de Regulação. Desse modo, foram considerados como sujeitos secundários quaisquer profissionais que, de alguma forma, trabalham com o enfermeiro.

As escalas de plantão dos enfermeiros, motoristas e técnicos de enfermagem obedecem aos seguintes horários de trabalho: das 7h às 19h e de 19h às 07h. Já a dos médicos considera os horários de 07h às 19h, 19h às 07h, 07h às 15h, 15h às 23h e 23h às 07h.

3.4 Coleta e tratamento dos dados

Para melhor compreender os sujeitos pesquisados neste estudo, foram utilizados questionários sócio-demográficos, entrevistas e análise documental para coleta de dados. Tendo em vista o modelo de Dubar (1997) adotado, que apresenta a configuração da identidade como uma junção da percepção do próprio indivíduo e de terceiros, esta pesquisa contou com uma coleta de dados de fontes diferentes, ou seja, os próprios enfermeiros (identidade real) e outros profissionais não-enfermeiros (médicos intervencionistas, motoristas socorristas e técnicos de enfermagem), configurando uma triangulação de dados (JICK, 1979; COLLIS; HUSSEY, 2005). Jick (1979) entende que a triangulação dos dados permite examinar o fenômeno sob diversos aspectos, capturando uma imagem mais holística e contextual da unidade de estudo, proporcionando assim, resultados mais válidos e confiáveis.

Desse modo, os dados primários foram coletados mediante questionário sociodemográfico e entrevista estruturada com enfermeiros e demais integrantes da equipe do SAMU, representantes dos médicos, motoristas e técnicos de enfermagem. Os dados secundários foram obtidos a partir do levantamento documental de registros de fontes internas.

Como afirmam Marconi e Lakatos (2001, p. 197), a entrevista estruturada, ou padronizada, segue um roteiro previamente estabelecido, que permite comparar o conjunto de perguntas e cujas diferenças refletem diferenças entre os respondentes, e não entre as perguntas.

Um questionário (APÊNDICE A) foi elaborado com o intuito de caracterizar o perfil relativo a questões demográficas dos entrevistados, como sexo, faixa etária, estado civil, experiência profissional, formação acadêmica, forma de inserção no serviço e vínculo institucional. Este questionário foi aplicado previamente à realização das entrevistas.

Sublinha-se que os sujeitos entrevistados foram selecionados aleatoriamente, “considerando-se a facilidade de acesso dos mesmos” (VERGARA 2004, p. 51).

Portanto, o número de sujeitos entrevistados não foi previamente definido e a quantidade de entrevistas realizadas obedeceu ao método de saturação proposto por Bardin (2004) e Minayo (2000), cujo critério considera a reincidência e relevância dos relatos.

A relevância concedida ao quantitativo e ao conteúdo manifesto das comunicações, quando se trata de uma análise de material qualitativo, remete-nos à tradicional discussão sobre a especificidade do material próprio às ciências sociais, particularmente sobre a questão da significação (MINAYO, 2000, p. 200).

Há de se ressaltar que a coleta de dados foi realizada em uma sala que permitiu resguardar a privacidade do participante no próprio serviço ou em outro local, de acordo com a sua disponibilidade. Um gravador de áudio foi utilizado para que as entrevistas, posteriormente, fossem transcritas na íntegra das gravações.

Os dados transcritos foram organizados em torno de seus roteiros estruturantes (Apêndices C e D). Sobre esse aspecto, Cappelle, Melo e Gonçalves (2003) afirmam que a transformação dos dados coletados em resultados de pesquisa envolve a utilização de procedimentos que permitem sistematizá-los e categorizá-los, facilitando, assim, sua análise por parte do pesquisador.

O modelo de tratamento de dados proposto por Melo (1991), utilizado nesta dissertação, compreende três fases: preparação, tabulação quantitativa e análise, ou categorização temática. Para Melo et al. (2008, p. 70), a tabulação quantitativa pauta-se em uma estatística descritiva, sendo apresentada em tabelas que permitem uma “visualização mais ampla, quantificada e resumida das entrevistas”.

A análise dos dados deste estudo obedeceu à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2004), que é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2004, p. 437).

A repetição das palavras e a relevância delas constituem para a autora a busca de

elementos de significação da realidade por meio de mensagens. Esses elementos passam a fazer sentido e se tornam passíveis de codificação (BARDIN, 1977/2004). Sua classificação tem como finalidade a inferência de conhecimentos relativos ao objeto de estudo e a “correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas com as estruturas sociológicas e psicológicas” (BARDIN, 2004, p.36). Enquanto técnica de análise de dados, a análise de conteúdo é considerada por Minayo (2000, p. 200) como uma técnica qualitativa “caudatória das metodologias quantitativas”. Neste arcabouço teórico, a autora afirma que a relevância concedida aos dados quantitativos baseia-se na inferência e que o conteúdo manifesto na fala dos sujeitos permite significação.

A planilha temática (MELO et al., 2008) foi estruturada a partir da leitura exaustiva das entrevistas e da extração dos temas relacionados ao objeto de estudo. A apresentação dos dados mesclou as tabelas com trechos de depoimentos correspondentes, permitindo maior organicidade do texto.

3.5 Procedimentos éticos para a realização da pesquisa

O projeto desta pesquisa foi aprovado pela gerente do SAMU qual o estudo foi realizado (ANEXO A) e, posteriormente, submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde a que se encontra vinculado. Desta forma, objetivou-se atender às exigências da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos (BRASIL, 1996).

Após a aprovação do Comitê (ANEXOS B e C), constataram-se os enfermeiros e demais profissionais de sua equipe, no sentido de explicitar-lhes a importância de sua participação. Diante da manifestação positiva em se inserirem nesta pesquisa, o dia e horário da entrevista foram agendados. O horário era flexível, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Para garantir o sigilo dos entrevistados, utilizou-se uma numeração para sua identificação no conjunto desta dissertação.

Aos sujeitos do estudo foi fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), com as devidas informações quanto aos objetivos da pesquisa, ao anonimato, ao consentimento escrito e à permissão para utilização do gravador, com o esclarecimento de possíveis dúvidas. Este documento foi lido pelos entrevistados, sempre na presença da pesquisadora. Quando presentes, as dúvidas foram prontamente sanadas. Os participantes também foram informados sobre a liberdade de interromperem sua participação na pesquisa a qualquer momento caso desejassem.

Conforme orientação do Comitê de Ética e Pesquisa, o CD contendo o material das entrevistas e dos questionários sociodemográficos será destruído após conclusão deste trabalho.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo destina-se à apresentação e análise dos resultados. Em conformidade com os objetivos e com a problemática de pesquisa, foi subdividido nas seguintes unidades de análise: Dados demográficos dos sujeitos; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: singularidades para os sujeitos entrevistados; Trajetória Profissional dos Enfermeiros; Ser enfermeiro e o processo de aprendizagem, na perspectiva dos sujeitos nucleares; Motivação para trabalhar no SAMU; Requisitos de um enfermeiro ideal para o SAMU; As identidades real e virtual do enfermeiro de um SAMU; O trabalho do enfermeiro nas Unidades de Suporte Avançado de um SAMU; Relações de trabalho entre os enfermeiros e seus sujeitos relacionais; Perspectivas de futuro na visão dos sujeitos nucleares.

4.1 Dados demográficos dos sujeitos

Em termos demográficos, foram entrevistados 20 profissionais, sendo contabilizados 11 sujeitos nucleares (enfermeiros) e 9 secundários (não enfermeiros). Quanto à categoria profissional dos sujeitos secundários, contemplam-se 4 motoristas-socorristas, 3 médicos e 2 técnicos de enfermagem (TAB. 1).

Tabela 1 – Percentual de profissionais entrevistados, por categoria profissional

Profissionais Pesquisados SAMU	Entrevistados	Total	
		FA	FR
Enfermeiros			
Enfermeiros	E01, E03, E04, E05, E06, E07, E10, E11, E13, E14, E15	11	55%
Não enfermeiros			
Médicos	E17, E19, E20	03	15%
Motoristas	E02, E08, E09, E12	04	20%
Técnicos	E16, E18	02	10%

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

4.1.1 Perfil dos enfermeiros entrevistados

Dentre os 11 sujeitos nucleares, quanto ao sexo, 9 são mulheres e 2 são homens. Este resultado reflete a realidade do serviço, que, no seu conjunto, atualmente, integra um total de 46 enfermeiros, sendo 42 mulheres (91,3%) e apenas 4 homens (8,7%).

Sobre este aspecto, Brito (2004, p. 157) destaca que uma das características que diferenciam a enfermagem das outras profissões é o fato de seus agentes serem predominantemente do sexo feminino. Acrescenta que isso exerce grande influência sobre os papéis profissionais e os relacionamentos interpessoais em seus locais de trabalho.

Tabela 2 – Faixa etária dos enfermeiros

Faixa Etária	Enfermeiros	Total	
		FA	%
Até 25 anos	-	0,0	0,0
26 a 30 anos	E01, E14, E15	03	27,3
31 a 35 anos	E10, E04	02	18,1
36 a 40 anos	E07	01	09,1
41 a 45 anos	E03, E06, E11, E13	04	36,4
45 a 50 anos	E05	01	09,1

Fonte: Dados questionário sociodemográfico

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; %, percentual de enfermeiros entrevistados

Com base nos dados apresentados na TAB. 2, percebe-se que 36% dos enfermeiros possuem entre 41 a 50 anos; 27,3%, entre 26 a 30 anos; 18,1 %, entre 31 a 35 anos. A faixa etária dos enfermeiros revela a presença tanto de profissionais jovens quanto maduros no exercício de suas funções.

No quesito *estado civil*, 4 são casados (E01, E03, E10, E15); 5 são solteiros (E04, E05, E07, E11, E14); e 2 são separados (E06, E13). Note-se que 6 dos 11 enfermeiros possuem filhos (E01, E03, E06, E10, E13, E15).

Em relação ao *tempo de formação acadêmica*, os dados apontam que 36% dos enfermeiros entrevistados têm entre 6 a 10 anos de graduação; 27%, de 16 a 20 anos; 18%, tem mais de 20 anos; e 18 %, de 1 a 5 anos. Portanto, assim como o

item *faixa etária*, este quesito revela a existência de pessoas maduras no grupo. Em relação à *qualificação profissional*, 73% possuem especialização; 9%, mestrado; e 18%, apenas o curso de graduação.

Quanto ao *tempo de trabalho no SAMU*, 42% encontram-se na instituição no tempo compreendido entre 1 a 5 anos; 33%, de 11 a 15 anos; 8%, de 6 a 10 anos; e 8%, menos de 1 ano.

No que tange a *trabalhar em outra organização*, apenas 3 enfermeiros referem dedicar suas atividades laborais exclusivamente ao SAMU (E01, E14 e E15). Portanto, a maioria deles divide seu tempo de trabalho em mais de uma instituição (E03, E04, E05, E06, E07, E11, E13, E14).

4.1.2 Sujeitos secundários: perfil sociodemográfico e trajetórias profissionais

Considerando-se que a configuração identitária do enfermeiro depende de aspectos associados a seus sujeitos relacionais (DUBAR, 1997; ABREU, 2001), o perfil sociodemográfico destes profissionais será traçado a seguir. Quanto ao *sexo*, entre os 8 sujeitos secundários entrevistados, 6 são do sexo masculino; e 2, do feminino. Como se observa na TAB. 3, a maioria (62%) possui entre 31 a 40 anos, e como tal se revela como um grupo maduro.

Tabela 3 – Faixa etária dos sujeitos secundários

Faixa Etária	Não-enfermeiros entrevistados	Total	
		FA	%
Até 25 anos	-	0	0
26 a 30 anos	E18	01	11,1
31 a 35 anos	E09, E12,	02	22,2
36 a 40 anos	E 08, E16, E20	03	33,3
41 a 45 anos	E!7, E19	02	22,2
45 a 50 anos	E02	01	11,1

Fonte: Dados questionário sociodemográfico

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; %, percentual de enfermeiros entrevistados

Em relação ao *estado civil*, apenas 1 é solteiro (E08); 5 são casados (E12, E16, E17, E19, E20); e 2 são separados (E09, E18). Quanto ao *vínculo institucional*, os médicos são todos concursados e os motoristas-socorristas são vinculados a uma

empresa terceirizada que presta serviços para o município. Dos técnicos de enfermagem, 1 é concursado (E18) e o outro (E16) firmou um contrato administrativo de prestação de serviço com a instituição.

No que se refere ao *tempo de serviço na instituição*, 44% têm vínculo entre 6 a 10 anos (E08, E09, E16, E18); 33%, entre 1 a 5 anos (E12, E19, E20); e 22%, de 11 a 15 anos (E02, E17).

Alguns aspectos da trajetória e da forma de inserção (TAB. 4) destes sujeitos também foram abordados em suas entrevistas. Diferentemente dos enfermeiros, serão descritos neste item.

Tabela 4 – Trajetória profissional e forma de inserção dos sujeitos secundários

Profissionais Pesquisados, trajetórias e forma de inserção no SAMU	Entrevistados	Total	
		FA	FR
Médicos			
Possuía experiência em urgência e emergência / traumas.	E17, E19, E20	3	100
Entrou através de concurso público.	E17, E19, E20	3	100
Atua em cirurgia geral / cirurgia pediátrica e em medicina intensiva pediátrica.	E19	1	33,3
Especialização em medicina intensiva e cardiologia.	E17	1	33,3
Começo de carreira com altos e baixos.	E19	1	33,3
Especialista em cirurgia geral de trauma.	E20	1	33,3
Está no sistema desde quando era o Resgate.	E17	1	33,3
Possuía experiência em posto de saúde e UPA.	E19	1	33,3
Motoristas			
Possuía experiência na remoção de pessoas de um hospital para hospital.	E02, E08, E09, E12	4	100
Trabalhava como motorista da Secretaria Estadual de Saúde.	E02, E08, E09	3	75
Está no sistema desde quando era o Resgate.	E02, E09	2	50
Para entrar no Sistema, começou a fazer contato com as pessoas. Conseguiu conhecer muita gente boa, inclusive uma que hoje já saiu do sistema, mas o ajudou a entrar.	E09	1	25
Para entrar no Sistema, começou a fazer vários cursos: direção defensiva e primeiros socorros entre outros, se especializando para a função.	E09	1	25
Considerava um serviço que gostaria de estar atuando, que eu podia ajudar de alguma forma nesse sentido.	E09	1	25
Afirma que fez um pedido para entrar no Sistema.	E12	1	25
Técnicos			
Experiência profissional entre 5 anos a 20 anos.	E16, E18	2	100
Entrou através de contrato administrativo.	E16, E18	2	100
Está no sistema desde quando era o Resgate.	E18	1	50
Sempre trabalhou em mais de dois lugares.	E18, E16	2	100
Experiência em terapia intensiva.	E18	1	100
Experiência em pronto-socorro.	E16	1	100
Possuía outras experiências afins.	E16	1	100
Possui graduação em enfermagem.	E18	1	100

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados

A partir destes dados, atenta-se para o fato de que a maioria destes profissionais está neste serviço desde a época em que era denominado Resgate e que era vinculado ao Corpo de Bombeiros (E02, E09, E16, E17 e E18). Todos os médicos possuem especialização e os motoristas completaram o ensino médio.

Há de se ressaltar que um dos técnicos de enfermagem entrevistado (E18) concluiu a graduação de enfermagem recentemente e que, tal como os sujeitos nucleares, atualmente trabalha em outro SAMU como enfermeiro de Unidade de Suporte Avançado.

A totalidade dos sujeitos secundários antes de entrar para este SAMU possuía alguma experiência relacionada à atividade desempenhada, mas nunca haviam trabalhado neste tipo de serviço. Para todos, tratava-se de um serviço novo.

4.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: singularidades para os sujeitos entrevistados

Em linhas gerais, os sujeitos nucleares e secundários desta pesquisa fazem algumas considerações sobre o SAMU em que trabalham. A este serviço, a maioria atribui uma assistência especializada e de qualidade, que proporciona aos seus pacientes a agilidade necessária para preservar suas vidas antes mesmo de serem encaminhados à unidade hospitalar (E01, E02, E03, E04, E05, E08, E09, E11, E12, E15, E16, E19, E17, E18, E19, E20).

Porque o SAMU, assim, para mim, hoje é essa questão do inesperado, né, essa questão de você chegar e se deparar [...] Você ajudar aquela pessoa é muito legal, sabe, é muito, assim, é muito gratificante, sabe, você chegar e poder ajudar a socorrer aquela pessoa e fazer tudo aqui naquele momento que você tem ali que você conseguir ajudar aquela pessoa. Então, assim que SAMU é, apesar de às vezes as pessoas usarem ele de forma inadequada, a própria população, né. Eu acho que é um setor, um lugar legal de se trabalhar. Então, assim, eu gosto daquilo que eu faço aqui (E01)

Eu acho que é um serviço, assim, é... VIP, um serviço nota 10, que está disponível para qualquer pessoa, desde o mais rico ao indigente. Ele que funciona muito bem, a, mas não tem o suporte adequado na porta de entrada, não tem leitos suficientes, entendeu. Para tanto, os pacientes que sem o SAMU iriam é... morrer em casa, morrer na rua. Então com o SAMU esse doente é muito bem atendido no primeiro momento. Mas, depois fica a desejar na saúde pública (E06)

[...] eu penso que é a melhor forma de se atender pré-hospitalar. O SAMU é, nesse aspecto, eu acho que ele é muito bacana, muito bonito, exatamente porque ele leva o SUS ao cidadão, certo, a qualquer tipo de cidadão, de uma forma absolutamente equânime e democrática (E17)

Eu acho que é um serviço de extrema importância para a população. Eu acho que é um serviço que veio para ficar. Não tem como mais ficar sem esse serviço né. Eu fico pensando como que era antes do SAMU, né. Pessoas assim, não tinham acesso ao serviço. Eu acho que é extremamente importante. É um serviço onde tem pessoas, assim. Capacitadas e tem um diferencial muito grande. Acho que a gente faz a diferença, sim, na hora que vai atender o paciente. Mas acho que ao mesmo tempo ele não é tão divulgada, para a população, né. Que muitas vezes a população, a própria imprensa, não sabe como é o serviço, como é o funcionamento, e critica o serviço. Mas, assim, eu acho que é o serviço extremamente importante (E10)

A consciência dos entrevistados quanto à responsabilidade social do serviço, assim como da oportunidade de atender qualquer pessoa de qualquer classe social, remete à Portaria 2048 do MS (BRASIL, 2004), que regulamenta este serviço quanto aos aspectos baseados na universalidade do acesso, na equidade e integralidade na atenção prestada.

Tabela 5 – O SAMU, na visão dos entrevistados

O SAMU para os entrevistados	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
Serviço de urgência pré-hospitalar que presta assistência especializada ao paciente antes mesmo de chegar ao hospital ou a uma unidade de saúde.	E01, E03, E04, E05, E11, E15	6	E02, E08, E09, E12, E16, E19 E17, E18, E20,	9	15	75
É atender pacientes de todas as faixas etárias.	E04, E10, E15	3	E17	1	4	20
Serviço diferenciado, disponível para qualquer pessoa, que funciona muito bem apesar de ter que lidar com os questionamentos e agressividades provenientes das pessoas que não o conhecem.	E06, E10, E13	3	-	0	3	15
Um serviço que veio para acrescentar, agregar e dar maior amparo à sociedade. Considera um novo campo de atuação para profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro.	E07, E11	2	-	0	2	10
Fazer o que pode ser feito.	E10	1	-	0	1	5
É a UPA na rua.	-	-	E19	1	1	5
Relevância social.	E14	1			1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

A marcação da diferença é, para Silva (2007) e Woodward (2007), um ponto crucial no processo de construção da identidade. Uma das diferenciações quanto ao serviço destacada nas entrevistas é que o profissional que ali trabalha deve estar preparado todo o momento para atender pacientes de qualquer faixa etária (E04, E10, E15, E17).

Muitas vezes, a gente que trabalha com adulto, às vezes, tem muito medo de mexer com criança. Quando você trabalha sem ser nas ambulâncias, sabe, dentro do hospital, e sim o fato de às vezes você ter um pouco de experiência em estar lidando com criança já te dá uma segurança maior para você estar trabalhando ali, né, porque a gente que trabalha na ambulância, a gente pega qualquer faixa etária. Não tem uma faixa etária: idoso, criança e jovem, né, adolescente, neném, recém-nascido. Então, você trabalha em uma faixa etária muito variada (E14)

Considerando-se que vários participantes desta pesquisa confrontam as realidades vivenciadas neste SAMU com outros contextos de atuação, foi-lhes permitido fazer comparações sobre a forma de trabalhar essas realidades. Os aspectos levantados encontram-se organizados na TAB. 6.

Tabela 6 – Comparação do SAMU com outros serviços, na perspectiva dos entrevistados

Comparação do SAMU com outros serviços	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
Condições de trabalho: quantitativo de profissionais, disponibilidade material, estrutura física.	E04, E05, E15	3	E16	1	4	20
Em um hospital existe uma menor exposição do profissional. Há uma estrutura definida, física e de atividades.	E05, E13, E15	3	E16	1	4	20
Há diferença na proximidade dos relacionamentos, principalmente para a enfermagem.	E15	1	E18, E19	1	3	15
Acredita-se que os profissionais do SAMU são mais seguros e ágeis na tomada de decisões.	E14	1	E19	1	2	10
No atendimento do SAMU você como profissional não sabe como está o paciente e tem que ir ao seu encontro. É bem mais agitado.	E15	1	E12	1	2	10
Diferença na carga horária de dedicação entre o SAMU e hospital.	E10	1	E16	1	2	10
Na Unidade Avançada de um SAMU de uma cidade do interior, o trabalho é mais tranquilo, a equipe é menor e há um contato mais próximo.	E06, E13	2	-	0	2	10
No SAMU você não possui um acesso ao acompanhamento do de evolução do paciente.	E07	1	-	0	1	5
O trabalho do enfermeiro no hospital é programado. Consegue ter uma visão sistêmica.	-	0	E09	1	1	5
Os enfermeiros do SAMU gostam muito mais de trabalhar no SAMU do que em outros lugares.	-	0	E20	1	1	5
Outros serviços são, em média, mais tranquilos. Vivencia-se a realidade social crua e nua.	-	0	E12	1	1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Fica notório, a partir da TAB. 6, que para os entrevistados existem várias diferenças entre trabalhar no SAMU e outras modalidades de atendimento à saúde.

Olha, lá dentro do hospital você tem uma vítima que ele está deitado em cima de uma maca, parado, estabilizado em cima de uma maca. Você vai lá, pega uma veia dele, pega um acesso venoso, uma medicação. Se tiver que entubar, você vai entubar ele, e ele está deitadinho em cima de uma maca. Só que dentro da unidade é diferente, porque o carro balança muito entendeu? Muitas das vezes, você não pode, não tem prazo para fazer medicação com um carro parado porque você está deslocando, o condutor está deslocando. Aí, você tem que ter algum acesso venoso, fazer a medicação entendeu? Então, isso muda muito, entendeu? A questão da medicação, a questão do material todinho da USA, é igual nós acabamos de dizer: o enfermeiro que está dentro do hospital é diferente. Tem total diferença, tem uma diferença muito grande de a pessoa sair de dentro do hospital e entrar dentro de uma USA dessa. Olha o tanto de material que tem dentro de uma USA daquela ali! Se o enfermeiro não souber aonde está todos os equipamentos ali, você vai ficar perdido, entendeu? E não é culpa dele. Ele pode ser um baita de um profissional, mas o serviço é totalmente diferenciado (E02)

Dentre as comparações, destacam-se, além da estrutura física, o quantitativo de profissionais, materiais e equipamentos (E04, E05, E15, E16). O trabalho em contextos com variações climáticas (E14, E16) e as interferências do trânsito (E11) também foram pontuadas. As questões relacionadas ao grau de exposição perante a população (E05, E13, E15, E16), principalmente no que tange à violência interpessoal, foram destacadas por alguns profissionais.

Na verdade, você vai estar trabalhando fora do seu ambiente. Eles te colocam esse desafio adicional, fora do seu ambiente. Eu costumo falar que trabalhar dentro da UTI é muito mais simples. Você está escondendo na UTI. No pré-hospitalar você está tendo que mostrar a cara. Então os desafios são mais... maiores... (E17)

Eu acho que o pré hospitalar é bem diferente do que você tem uma estrutura. Você trabalha no hospital você tem uma estrutura, você tem paredes, você tem ali equipamentos a sua disposição, você tem equipes ali dentro, você tem uma segurança que faz a segurança ali na porta e tal. De certa forma, você está calçado, está protegido, ali dentro de seu ambiente de trabalho. Aqui fora a gente está exposto a tudo. Você, está exposto à chuva, a sol, a ser agredido, a sentir frio e fome, a chegar no local, por exemplo, de difícil acesso e ter que carregar o paciente 1200 metros até a ambulância, você chegar e ser xingado. É muito diferente, por exemplo, você chega em um local, você percebe que ali é só você e Deus, né, que não tem USA para te interceptar, porque todo mundo está empenhado, o paciente está grave. E ali é você e seu conhecimento e Deus e seu colega que está ali. (E16)

A propósito da equipe de enfermagem, um sujeito secundário (E18) citou o distanciamento do enfermeiro dos demais integrantes da equipe de enfermagem

como uma de suas principais diferenças.

Tem muita diferença. Primeiro pela distância entre a equipe e o enfermeiro. A equipe do enfermeiro no pré-hospitalar não é a equipe de enfermagem. A equipe do enfermeiro no pré-hospitalar é o médico e o motorista. Não tem a enfermagem. Fica separado e no hospital, não. Fica o enfermeiro coordenando a equipe de enfermagem. Ele representa a equipe. No pré-hospitalar isso não acontece. (E18)

A oportunidade de confrontar situações envoltas de vulnerabilidade social marca a fala deste sujeito (E17), que faz um paralelo entre a responsabilidade do serviço com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Entrando nas situações mais adversas do ponto de vista social. Você não pode. Eu entendo que você tem que estar pronto para isso, porque você não pode fazer nenhuma discriminação. Então, se você pensa em SUS como integridade, como equidade, como universalidade, eu entendo que você tem que estar aberto a isso também (E17)

Apesar de alguns aspectos negativos levantados nestas comparações, de uma forma geral, os entrevistados demonstram um sentimento de satisfação em poder ajudar o próximo (E01, E02, E03, E04, E06, E08, E09, E11, E12, E13, E15, E16, E17, E18) e em fazer a diferença em seus atendimentos desafiantes, conforme consta na TAB. 7. Esta é quase uma constante nas entrevistas tanto para os enfermeiros quanto para seus sujeitos relacionais.

[...] é um serviço que eu gosto de fazer. Eu me sinto bem fazendo o serviço, independente de qualquer coisa. Se a gente hoje for colocar aqui, separar o atendimento pré-hospitalar de todos os problemas que estão vinculados a ele é uma coisa que a gente gosta. Então, assim, eu gosto de trabalhar na ambulância, eu gosto de trabalhar na rua, gosto de atender no pré-hospitalar eu gosto de tudo. Eu reconheço que tem um monte de problemas. E na verdade, assim é. Hoje em dia eu acho que a gente tem muita dificuldade pra superá-los. Então, é complicado. Mais do trabalho em si. É bom na hora que você entra dentro da ambulância e vai atender. Acaba que isso tudo fica para trás (E05)

É um serviço hoje que, no nível de Brasil, ele veio só a acrescentar e agregar. Realmente uma ajuda, um amparo à sociedade, que até então era muito escondida. Existia, mas era escondida. Acidentes, casos clínicos que não chegavam nas portas de entrada, realmente são chegava aquelas coisas mais graves mesmo! Hoje não. Hoje a gente vê a demanda, você vê a precariedade de uma sociedade como um todo né. O SAMU veio mostrar isto claramente para a gente. Essa amostra do SAMU é gratificante, porque a gente está podendo realmente, não muito, né, porque a gente não tem como abraçar o mundo, mas o pouco que se faz é uma forma digna de tratar o outro, né. (E11)

Outros aspectos ressaltados pelos entrevistados quando perguntados a respeito de como se sentem enquanto profissionais do SAMU podem ser observados na TAB. 7.

Tabela 7 – Sentimento em relação a ser um profissional do SAMU, segundo os entrevistados

O SAMU para os entrevistados	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
Afirmam ser gratificante, pois recebem a oportunidade de chegar a um local e poder fazer a diferença na vida de alguém, lidando com diversas situações que não são simples, que desafiam, estimulam, mas que são compensadoras.	E01, E03, E04, E06, E11, E13, E15	7	E02, E08, E09, E12, E16, E17, E18	7	14	70
Identifica, gosta e sabe lidar com a questão de o SAMU ser um serviço de solicitações inesperadas, desafiantes.	E01, E03	2	E17	1	3	15
Sente-se bem e afirma gostar de trabalhar no SAMU: “ambulância, rua, pré-hospitalar”. Ressalta que existem dificuldades a serem superadas, mas no momento do atendimento todas elas ficam para trás.	E05, E07	2	-	0	2	10
Afirma que tem aprendido a gostar mais e a ter mais paciência.	-	0	E20	1	1	5
Afirma ser uma grande responsabilidade delegada em suas mãos, pois cuidam de vidas e levam o nome do SAMU.	E10	1	-	0	1	5
É uma pessoa que se preocupa muito com ela e doa-se mais ainda para os outros. Afirma que nasceu com esse perfil	E06	1	-	0	1	5
Antes era mais valorizado pela população.	E07	1	-	0	1	5
Afirma que hoje está extremamente desgastante, pois as pessoas optam por trabalhar no SAMU com interesse em ser concursado, e não pelo interesse no serviço a ser realizado.	E11	1	-	0	1	5
Nunca imaginei trabalhar com ambulância. Gosto muito, pois existe um entrosamento prazeroso e tranquilo com os colegas de trabalho.	E01	1	-	0	1	5
Sente-se triste com a desorientação da população quanto ao serviço.	-	0	E12	1	1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Outro aspecto que merece destaque nos relatos que se seguem é que o desafio e a imprevisibilidade parecem constituir a rotina e a motivação para alguns entrevistados.

O profissional do SAMU, eu acho que o profissional do pré-hospitalar, de uma maneira geral, assim como profissional da urgência, de uma maneira

geral, no meu modo de entender, ele tem essa atitude de estar desafiando o tempo todo de estar sendo desafiado o tempo todo, certo? É assim como na UTI, assim como na urgência, na UPA, dentro de um hospital de referência. Eu entendo que o pré-hospitalar ele te dá uma visão nova, ele te trás desafios novos [...] no pré-hospitalar você está tendo que mostrar a cara. Então os desafios são maiores (E17)

O SAMU, ele satisfaz muito uma coisa da minha personalidade! Eu sou inquieta e eu gosto de surpresa. Então, nas minhas atividades profissionais sempre precisei de alguma coisa que fosse um efeito surpresa. Saúde pública é bom, mas eu nunca vi saúde pública de ficar dentro de posto. Eu saía para a rua para procurar novidade. Eu não gosto de mesmice. A mesmice não faz parte [...] me faz ficar muito irritada. O SAMU era novidade sabe, a possibilidade de ver o fato. Gosto de saber assim: noh!! Aconteceu onde? Como? Por que morreu? [...] eu gosto de ver, sabe de poder ver o início de tudo para poder interagir no início porque às vezes se pode consertar. O SAMU é realizar, é a realização eu gosto muito disso aqui (E03)

A esse respeito, Aubert (1999) afirma que os profissionais da saúde que lidam com situações de urgência e imprevisibilidade vivenciam o estresse na sua forma positiva, estimulante, e têm a oportunidade de liberá-lo em suas ações.

Considerando-se que o trabalho no SAMU envolve um conjunto complexo de atividades que se realizam em espaços e tempos diversos (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 2006), os sujeitos deste estudo foram questionados quanto aos *pré-requisitos* necessários para se trabalhar neste serviço.

Dentre as respostas que mais se destacam pontua-se o fato de a pessoa ter que gostar de trabalhar com urgência (E02, E03, E04, E05, E06, E08, E09, E10, E12, E15, E16, E20). Tal quesito, para alguns entrevistados, interfere no desempenho e na qualidade de sua assistência. O conhecimento prévio e a busca constante por capacitação e aperfeiçoamento foram enfatizados pela maioria dos entrevistados (E02, E03, E04, E05, E06, E08, E09, E10, E12, E15, E16, E20).

A maioria eu acho assim, a maioria, que eu saiba, buscou, entendeu? Até pela necessidade do serviço, para não ficar para trás. Ninguém quer ficar, ser o último né. Então, eu acho que a maioria busca, assim, como aprimoramento, busca cursos ou já trabalha há muito tempo em emergência, em hospitais assim de pronto - socorro. Então eu acho que a maioria procura, assim, estar mais ligado, né, assim nos últimos protocolos, né. A maioria busca isso sim (E06)

Todas as respostas foram categorizadas e encontram-se organizadas na TAB. 8.

Tabela 8 – Requisitos de ingresso no SAMU, na visão dos entrevistados

Requisitos de ingresso no SAMU	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
Requisitos						
Gostar de trabalhar com urgência, pois este gostar reflete na qualidade de seu desempenho.	E03, E04, E05, E06, E10, E15	6	E02, E08, E09, E12, E16, E20	6	12	60
Tem que ter um conhecimento prévio e estar ciente que sempre é necessário buscar mais conhecimento.	E01, E03, E05, E10, E13, E14, E15	7	E02, E12, E19	3	10	50
Necessário ter muita boa vontade e dedicação.	E03, E06, E11, E13	4	E02, E09 E16	3	7	35
Saber que o sistema gira de acordo com a necessidade de ajudar o próximo.	E10, E11	2	E08, E09, E12, E18	4	6	30
Ser dinâmico e estar disposto a agir o mais rápido.	E01, E06, E10, E13, E14,	4	E17, E20	2	6	30
Responsabiliza-se pelo serviço como um todo.	E03, E10, E11, E15	4	E20	1	5	25
Colocar-se no lugar do outro e tentar amenizar sua dor.	E03, E11, E13	3	E18	1	4	20
Prontidão psicológica, física e técnica.	E06, E13	2	E20	1	3	15
Saber trabalhar em equipe e garantir que está qualificada e correndo atrás.	E03, E10	2	E02	1	3	15
Tem que ter o perfil, ser bom no que faz.	E15	2	E08, E16	1	3	15
Ter controle emocional.	E14	1	E18	1	2	10
Saber lidar com o imprevisto, lidar com desafios.	E06	1	E17	1	2	10
Ser concursado.	E01, E03	2	-	0	2	10
Vestir a camisa.	E06	1	E08	1	2	10
Ter empatia e transmitir calma ao paciente.	E03	1	E20	1	2	10
Ter disponibilidade de horário	-	-	E08, E02	1	2	10
Estar próximo do técnico ao qual delegou suas tarefas.	E03	1	-	0	1	5
Estar disposto a lavar a ambulância e conferir todos os equipamentos.	-	0	E08	1	1	5
Não é permitido que trabalhe aqui qualquer enfermeiro. É necessário treinamento.	-	0	E02	1	1	5
Separar vida pessoal da vida profissional.	-	0	E20	1	1	5
Ser humilde.	E03	1	-	0	1	5
Ter bom senso e postura ética.	-	-	E16	0	1	5
Não é fácil.	E10	1	-	0	1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados

Note-se pelos dados apresentados que existem muitos traços semelhantes na fala dos sujeitos nucleares e sujeitos secundários no que tange aos pré-requisitos.

[...] num atendimento na rua você tem que saber cuidar do paciente e de quem está ao redor do paciente, né, saber lidar com a situação. Isso é muito para quem gosta mesmo e tem que sentir realizado, né. Eu me sinto assim. Para mim, é a minha casa (risos), é onde assim, eu me encontrei. Realmente, é uma coisa boa, hoje eu só trabalho com isso, sabe, e não é só pela facilidade de plantão, adequar dia e horário de trabalho, não. É porque me satisfaz realmente (E06)

[...] você ir até o local e prestar o melhor atendimento possível, dentro de todo aquele contexto de um paciente grave potencialmente fatal. (E19)

Mais uma vez, a necessidade de lidar com o imprevisto e com os desafios do contexto pré-hospitalar é referida pelos entrevistados (E06, E08, E17). A disponibilidade de começar um plantão e não saber que hora vai terminar é destaque no depoimento que se segue.

Aqui você tem hora para pegar. Você não sabe aonde você vai, o que é que você vai fazer e nem que hora que você vai largar. Aqui, só tem isso: você tem que vir preparado para o que der e vier. E mais, quando é a USA né. A nossa área é muito grande né. Não sabe se hoje eu vou, se hoje eu não vou sair, então é muito complicado. Se amanhã nós vamos aparecer na televisão, se vai alguém falar do nosso serviço, se mal ou bem, se vão elogiar. Então, a gente está sujeito a isso tudo! Fora a população, que não está contente com nada, né, apesar de ser um serviço público que não agrada todo mundo. Então, tem que estar muito bem preparado. É complicado. Mexe com a equipe toda. Mas você sai de casa sabendo que você pode vir a atender até um parente seu mesmo, que não dá nome, né. Um parente seu pode cair no centro na Afonso Pena. Você vai chegar para atender, é parente seu. Pode estar em óbito, pode estar... Então, você tem que estar preparado para essa situação! (E08).

Mais do que um traço constante, a convivência com os desafios e a imprevisibilidade, mais a busca por capacitação, parece traduzir-se na identidade da organização e a confundir-se com a identidade dos diversos grupos sociais. Para Machado (2003), a identidade organizacional refere-se à construção do conceito de si vinculado à organização na qual trabalha. “O indivíduo identifica-se com o grupo ou grupos aos quais pertence, com o trabalho que realiza e com a organização à qual pertence” (MACHADO, 2003, p. 64).

Conforme salienta Dubar (1997), o percurso de vida do indivíduo e sua consequente trajetória profissional permitem moldar sua identidade. Considerando-se que os enfermeiros são sujeitos nucleares deste estudo, os vários aspectos de suas trajetórias serão aprofundados e apresentados no próximo item.

4.3 Trajetória profissional dos enfermeiros

No caso particular da trajetória dos enfermeiros, dentre os aspectos que mais se destacaram, pontua-se a experiência da maioria dos sujeitos em atendimento de urgência e emergência antes mesmo de ingressarem neste serviço, principalmente em unidades de terapia intensiva. Para muitos deles o contato com a assistência de pacientes graves iniciou-se já na graduação, durante os estágios extracurriculares (E01, E03, E04, E05, E06, E07, E10, E15). Quanto à experiência enquanto enfermeiro, a maioria (81,1%) já trabalhava na área há mais de 5 anos antes de atuarem em atendimento pré-hospitalar.

Eu comecei muito cedo na urgência e emergência. É um serviço que desde o princípio eu me identifiquei muito com ele, então eu comecei como acadêmica. Na época que eu comecei, o COREN ainda não regulamentava a questão do acadêmico de enfermagem. Eu comecei assim muito precocemente, Hoje eu imagino, hoje eu penso que foi uma loucura. Mas assim, eu tive excelentes enfermeiros para me basear, né. Eu acho, assim, que foi uma grande oportunidade para mim. Eu tive muita sorte. Eu comecei na unidade de terapia intensiva num hospital privado (E04).

[...] na época que eu estudei tinha muito assim o pessoal que fazia enfermagem todo mundo já era técnico e tal, e tinha poucas pessoas que estava começando do nada. Eu era professora, que tinha 19 anos, que queria virar enfermeiro. Então, assim, eu tive que procurar os meus modelos, porque eu queria ter uma identidade profissional, assim, tipo de olhar. E eu sabia que a oportunidade que eu tinha de aprender era ali, porque depois eu ia ser uma profissional. Então, assim, eu acho que foi ali que eu comecei construir isso, principalmente através dos modelos de enfermeiro que eu a gente conhecia no hospital, de professores e tal. Assim, vai começando a fazer uma seleção. Assim eu quero, assim eu não quero, né. E eu acho que é mais ou menos por ai. (E05)

Percebe-se que os enfermeiros começam a discutir sobre identidade muito precocemente, ainda enquanto acadêmicos de enfermagem. Em alguns depoimentos (E03, E05 e E15) foi possível identificar que nos campos de estágio extracurricular os enfermeiros, enquanto acadêmicos de enfermagem, já começavam a subjetivar seus pares de identificação e buscar sua *identidade visada* (DUBAR, 1997). As respostas a respeito da trajetória profissional dos enfermeiros estão dispostas na TAB. 9.

Tabela 9 – Trajetória profissional dos enfermeiros e forma de inserção no SAMU

Trajetórias e forma de inserção no SAMU	Entrevistados	Total	
		FA	FR
Entrou através de Concurso Público	E01, E03, E05, E06, E07, E10, E11, E13, E14, E15	10	90,90
Possuía experiência em CTI	E01, E03, E04, E05, E06, E07, E11, E13, E14, E15	10	90,90
Enfermeira com mais de cinco anos de experiência	E01, E03, E04, E05, E06, E10, E11, E13, E14	9	90,90
Sempre trabalhou em mais de dois lugares	E01, E03, E04, E05, E06, E07, E11, E13, E14	9	90,90
Possuía experiência em urgência e emergência	E01, E03, E04, E05, E06, E07, E10, E11, E13	9	90,90
Estágio extracurricular em CTI	E01, E03, E04, E05, E06, E07, E15	7	63,63
Possuía experiência em UPA e pronto-socorro	E01, E03, E04, E10, E15	5	45,45
Já trabalhou em várias instituições e em vários setores	E01, E03, E04, E13	4	36,36
Possuem outras experiências afins	E03, E11, E13, E15	4	36,36
Possuía experiência em urgência e emergência	E04, E06, E10, E14, E15	4	36,36
Possuem experiência com docência	E05, E10, E14	3	27,27
Está no sistema desde quando era o Resgate	E03, E05, E11	3	27,27
Trabalhava em outro vínculo pela Secretaria Municipal de Saúde e pediu transferência para o SAMU	E03, E07, E06	3	27,27
Trabalhou durante um tempo no SAMU através de convite de terceiros como contrato administrativo.	E01, E04,	2	18,18
Apresenta um gostar pelas atividades desenvolvidas e afirma que ama sua escolha profissional. Diz ser enfermeiro (a) por vocação	E10, E13	2	18,18
Atualmente possui uma jornada mais tranquila em relação a que tinha anteriormente	E01, E10	2	18,18
Possuía experiência em Unidade de Internação	E01, E10	2	18,18
Sempre escolheu trabalhar com doentes mais grave	E06, E15	2	18,18
Optou por esta área a partir de exemplos familiares	E15	1	9,09
Possuía especialização, auditoria de contas hospitalares e administração hospitalar	E04	1	9,09
Possuía experiência em posto de saúde	E06	1	9,09

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados

Quando questionados acerca da forma de inserção neste serviço, 10 dos 11 enfermeiros referem ter ingressado por meio de concurso público, sendo que 3 deles estão no SAMU desde o serviço Resgate. Ainda sobre a sua trajetória profissional, 5 dos 11 enfermeiros (E03, E04, E06, E10, E14) deixaram claro que a opção pelo curso de enfermagem foi uma alternativa em função da dificuldade em frequentar o curso de sua primeira opção.

Na época tempos atrás, eu fiz o segundo grau. Quando estava acabando o terceiro científico, eu já tentei vestibular para medicina. Só para ver como é que era, e tal, para ter experiência e tudo. Depois, fiz cursinho, um ano de cursinho. Nesse um ano, na metade do curso, eu tentei também. Aí, pensei, né. “O tempo para o curso de medicina é maior”. Eu ia acabar gastando mais, né, família humilde, ia ser mais apertado, ainda para os meus pais e tudo e aí eu pensei “ah! vou tentar enfermagem”. E passei. Durante o curso

tinha colegas que insistiam ainda na medicina. Teve uns dois ou três que saíram no curso. E aí você passa a ter experiência mesmo, você começa estágio, você começa a conhecer melhor o hospital e tudo. Eu vi que assim seria ter um curso mais longo e mais caro né. Consegui até bolsa né. A minha bolsa para estudar na (nome da instituição) porque eu estudei lá e tal. Então, assim, mais um por condições mesmo, condições financeiras, eu acabei preferindo a enfermagem. E não me arrependi, porque eu vi que a medicina, assim, além de você morrer de estudar a vida toda, é uma concorrência terrível, um meio desleal, né. Quem já tem dinheiro avança sempre mais. Então, eu preferi ficar na enfermagem mesmo. Na época, tinha muita oportunidade de emprego. Então, assim, foi mais fácil de escolher, né, a enfermagem na minha época (E06)

Na verdade, foi um acidente de percurso. Num primeiro momento, porque tentei dois anos e meio veterinária. [...] aí, fui fazer veterinária e não passava na Federal, na segunda etapa da Federal. E aí eu tentei, né. Optei em estar fazendo um outro curso e numa escola privada, faculdade privada. Fui tentar na (nome da escola) [...] primeiro momento, tentei fisioterapia. Só que era um curso que não condizia com minhas condições financeiras. E aí eu tentei enfermagem, mas uma opção por não estar passando em veterinária. Então fui fazer enfermagem. Comecei a fazer o curso um pouco desinteressada. Mas aí, com o passar dos períodos, eu comecei a me interessar realmente por enfermagem. Aí, dei prosseguimento ao curso (E14).

Esses depoimentos remetem à discussão de Brito (2004) sobre a imagem social do enfermeiro, muitas vezes, vinculada às pessoas pertencentes às camadas mais pobres da sociedade e de pouco reconhecimento profissional.

Na época, de 20 só saiu 5 enfermeiros. Os outros todos são médicos, inclusive médicos aqui do sistema. Tem gente que estudou comigo. O primeiro período, né, que eu fazia enfermagem todo mundo abandona. Mas eu sempre acreditei que quando a gente começa uma coisa tem que ir até o fim. Eu sou pobre. A minha família é dura. Eu não podia me dar ao luxo de ficar fazendo matérias opcionais até o dia que eu conseguisse uma reopção. Eu tinha que entrar, ir até o final. Não precisava voltar, mas parar para poder ficar pensando que fazer não dava tempo. Tinha outras pessoas, No total nós somos 7, aí eu falei, “ah já estou aqui mesmo, perdido por 1 pedido por 1000”. E fiz e eu gosto. Eu gosto de ser enfermeira. Eu nunca fiquei preocupando com o papel do enfermeiro. Eu preocupo em dormir tranqüila, se eu fiz, deitei tranqüila. O que os outros vão pensar muito pouco me interessa. O status de ser também não me interessa eu sou o que sou. (E03)

[...] quando eu formei, eu achei que eu era um pouco desvalorizada pela profissão, como profissional. Então, eu fiquei um pouco decepcionada realmente, né, com o salário com a função em si. Mas depois do segundo ano, eu já observei que eu não achava outra coisa para fazer. Na verdade, né, não tinha outra opção de curso. Então eu comecei a fazer, procurar aprofundar mais mesmo os conhecimentos. (E14)

O ser enfermeiro, então, começa a ser aprendido de várias formas, conforme se segue.

4.4 Ser enfermeiro e o processo de aprendizagem, na perspectiva dos sujeitos nucleares

Quando indagados acerca do que é ser enfermeiro, o processo de cuidar fica explícito na fala dos entrevistados corresponde à definição de Abreu (2001, p. 214) quanto aos cuidados como sendo o produto da interação deste profissional com o doente e sua família. O conhecimento científico, na opinião de alguns entrevistados, valida e diferencia o cuidado deste profissional dentro da equipe de enfermagem (E04, E05). Percebe-se também que a assistência transcende os procedimentos técnicos e envolve uma visão mais holística e, portanto, mais humanizada por parte deste profissional.

Se você não tem aquela capacidade de estar ali, de escutar, de ter uma visão global, então você não tem perfil para ser enfermeiro. Então, não é qualquer pessoa que pode ser enfermeiro. [...] ser enfermeiro, para mim, é exercer o cuidado de enfermagem, a assistência de enfermagem, não como arte que eu acho que a enfermagem tem que parar de tratar o nosso conhecimento como a arte. O nosso conhecimento é uma ciência, para mim eu vivo numa ciência, eu trabalho com uma ciência, né. Nós temos protocolo, nós temos rotina, nós temos doutrinas. O que eu gosto da enfermagem é a capacidade que a gente tem de estar ali no contato maior com o paciente, ali durante o cuidado, o contato com o familiar e você. Você cuida desse paciente como um todo, né. Então, você tem que atentar para uma gama de eventos, para que você possa manter aquela prestação de serviço, aquela prestação de assistência (E04)

Observem-se as demais respostas na TAB. 10.

Tabela 10 – Ser enfermeiro, na perspectiva dos sujeitos nucleares

Ser Enfermeiro	Enfermeiros	Continua	
		FA	FR
Resgatar vidas.	E03, E04, E07, E10, E15	5	45,45
Lidar com pessoas.	E06, E07, E13, E14	4	36,36
Cuidar e manter um contato próximo com o paciente e também cuidar dos familiares no momento da assistência.	E04, E06, E14	3	27,27
Aquele que gosta muito da profissão e sempre cuida e pensa muito mais nos outros do que em nele mesmo.	E06, E10	2	36,36
Cuidar, gerenciar, administrar e lidar com diversas situações e com a dor de pessoas.	E13, E14	2	36,36
Responsável pelo bem-estar, cuidado e dignidade do outro e com à própria. Poder ajudar de alguma forma alguém que realmente precise de ajuda, de cuidado, de bem-estar.	E11, E15	2	36,36

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Ser Enfermeiro	Enfermeiros	Total	
		FA	FR
Ter satisfação em trabalhar.	E06, E10	2	18,18
Exercer um cuidado e uma assistência não como arte, mas como ciência.	E04	1	9,09
Ter conhecimento científico para exercer atividades, para fazê-las bem, dominar a técnica do cuidado, não só a técnica, mas tudo que envolve o cuidado.	E05	1	9,09
Trabalhar muito.	E07	1	9,09
Desvalorização profissional.	E14	1	9,09

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Além da assistência direta ao paciente e a sua família, o gerenciamento e o cuidado da equipe de enfermagem também foram verbalizados por dois entrevistados. (E13, 14)

[...] é bem amplo. Para mim, a palavra enfermeiro é bem amplo, né. Há uma gama de coisas: é cuidar, para gerenciar; é observar o ser humano com muito olho; é cuidar daqueles que estão também ao seu redor, dos seus colegas de trabalho. (E14)

Eu fiquei muito dividida entre assistência, administrativo, operacional, supervisão. É muito difícil para o enfermeiro fazer todos os papéis ao mesmo tempo, né, e não deixar o paciente sem ser assistido. Isso de olhar no olho do paciente e falar com ele no momento de crise. (E13)

Há de se chamar atenção para o fato de que alguns dos entrevistados relatam que quando entraram na faculdade nem sabiam o que era ser enfermeiro e que apesar do desconhecimento inicial e da falta de sentido vocacional, até mesmo a reprovação da família pela escolha, uma relação afetiva foi estabelecida durante o processo de socialização secundária, presente já na academia (BERGER; LUCKMANN, 1985; DUBAR, 1997).

Ah menina, eu fui induzida a ser enfermeira. Na realidade, a sociedade te empurra para ser médica. Mas, a minha mãe, ao contrário de muitas mães, ela passou a vida inteira, me viu vestida de branco e sendo enfermeira, né.. Eu fiz serviço social e passei em segundo lugar. Mas, eu não ia ser feliz sendo assistente social, não. A minha mãe, sabiamente, disse “eu não vou gastar meu dinheiro com isso porque você não vai querer fazer isso”. Mas eu fiquei muito triste. Falei “gente eu queimei minha pestana, passei em segundo lugar e eu não vou poder”. Até que um belo dia a (nome da instituição) me chamou. Pela segunda vez, eu era segundo lugar. E não

preencheu todas as vagas. Aí eu falei: “se você quiser, eu faço o que for necessário”, “eu lavo roupas”, “faço o que for preciso” e você vai aí eu falei “agora eu nunca quero não, eu vou ser enfermeira”. Eu fui ser enfermeira porque era a lei do menor esforço. Enfermeira, enfermeiro, é mais fácil do que ser médico (E03)

Eu, na verdade, eu descobri a enfermagem depois que eu entrei para a escola, né. Eu não sabia nem para que lado servia, nem para o que é que era o enfermeiro, né. E foi muito engraçado que quando eu passei no vestibular, que eu acho que não deve ser muito diferente de vários aí que eu tentei: medicina não passei; fiz enfermagem, mas, para tentar depois fazer uma reopção. Foi muito engraçado. Até a questão da aceitação por parte da minha família. Quando eu passei no vestibular, meu pai, às vezes, as pessoas vinham, né, vinham parabenizar e tudo. Aí o pessoal falava assim: “ah, bom você passou, né, para medicina”. “Eu falava não, eu passei para enfermagem”. Ah, mas seu pai falou..Então, assim, até para o meu pai aceitar... Às vezes, eu tive que brigar com meu pai.. Papai falava assim: “mas você não vai mudar”? “Você não vai fazer medicina?” E quando eu fiz vestibular eu nem falei com meu pai que era enfermagem, que ele foi procurar meu nome no jornal. “Mas eu não estou vendo o seu nome”. Eu falei: “não, pai, eu fiz para enfermagem”. Ele falava: “o que é enfermagem?” [...] Eu fiz aquela disciplina antropologia filosófica, na [...] foi aonde que eu me descobri. Porque aí eu não conhecia qual que era verdadeiro, o que é que o enfermeiro fazia. E aí foi que a gente foi para a livraria para ver quais eram os livros que tinha publicado, procurar artigo de enfermeiros, a gente foi entrevistar. Aí, eu fui descobrindo e falei: “gente! É isso que eu quero”. Então, para mim assim ser enfermeiro eu acho que é muito... É... Para mim ser enfermeiro é muito bom. É a questão de preocupar com o outro, é de pensar no outro. Não é simplesmente descrever e cuidar da doença; é cuidar do paciente, é cuidar do próximo. Eu acho que é isso que é importante; é você cuidar, né. (E10)

Esse desconhecimento em relação à enfermagem e, mais especificamente, em relação à complexidade e especificidades envolvidas às atividades do enfermeiro, é sinalizado por Coelho, Figueiredo e Carvalho (2006) e Kemmer (2007). Tal informação denota a indefinição de papéis vivenciada pelo enfermeiro nos diversos contextos sociais de atuação problematizada por Brito (2004).

Em relação ao processo de aprendizagem, a maioria refere que aprendeu a ser enfermeiro a partir das experiências vivenciadas nos estágios (E01, E03, E06, E13, E14). Outros relatam que aprenderam e aprendem até hoje, no dia a dia de trabalho, colocando-se também no lugar do doente (E03, E10, E13, E15). Notem-se os dados sistematizados na TAB. 11.

Tabela 11 – O processo de aprendizado profissional do enfermeiro, na perspectiva dos sujeitos nucleares

Processo de Aprendizagem	Enfermeiros	Total	
		FA	FR
Buscou fazer estágios e foi selecionando a aprendizagem em todos os lugares que passou e a como lidar com situações difíceis, técnicas e conflitos.	E01, E03, E06, E13, E14	5	45,45
Aprendeu na prática, com as experiências do dia a dia, na vivência, do objetivo “ser enfermeiro”, olhando o lado do paciente, se colocar no lugar dele.	E03, E10, E13, E15	4	36,36
Recebeu a base da sua profissão na faculdade e correu atrás de se aperfeiçoar.	E01, E04, E07, E13	4	36,36
Aprendeu a ser enfermeira identificando em outros profissionais um modelo de conduta que aprovava.	E03, E05, E15	3	27,27
Não possuía noção. Queria fazer um curso na área. Mas foi descobrindo o que era ser enfermeiro durante a faculdade.	E01, E10	2	18,18
Afirma que as pessoas nascem com um dom, o dom de querer e gostar de cuidar, e depois aprende a teoria	E11	1	9,09
Começou aprender ainda como estudante, quanto teve as responsabilidades de um setor delegadas em suas mãos.	E07	1	9,09
O protocolo é virtual. Afirmam que para aprender o que deveriam fazer tiveram que correr atrás por conta própria de pessoas com experiências no serviço.	E13	1	9,09
Percebeu que não havia link entre a teoria e conteúdo, pois o seu professor estava afastado da prática.	E04	1	9,09
Pode contar com pessoas que o auxiliavam, apoiavam e ensinavam.	E06	1	9,09

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados, FR: frequência relativa de entrevistados.

A identificação com o modelo de conduta de outros profissionais enfermeiros foi descrita por 3 dos 11 enfermeiros entrevistados (E03, E05, E15). Os cursos de aperfeiçoamento também foram citados por 4 enfermeiros como forma de aprimorar o que aprenderam na faculdade (E01, E04, E07, E13).

A convivência com o profissional de enfermagem e com os outros profissionais isso é imprescindível, né, porque pôr a mão na massa eu aprendi foi com os outros auxiliares, com os técnicos na escola. Não foi sempre pondo a mão na massa, e você não tem tantos trabalho, tanta gente para te ensinar. Eu aprendi, na realidade, foi com aqueles que estavam atolados na massa. E eu gosto. Gosto muito (E03)

Eu quando fui fazer enfermagem, eu não sabia o que era ser enfermeiro. Eu não tinha noção. Eu fiz vestibular, eu era nova, eu tinha 17 anos e eu fiz porque eu queria fazer um curso na área de Biomédicas. Mas eu não sabia que era o profissional enfermeiro, porque todo o povo que está dentro do hospital e usa branco é enfermeiro. Então, fui descobrindo o que é ser enfermeiro durante a faculdade. É assim que é a faculdade. Ela é boa, tem muita faculdade legal, e eu tenho base na Federal. Mas, assim, a gente não aprende tudo na faculdade. Eles dão a base, e a gente tem que correr atrás, né. Então, eu busquei fazer muito estágio, eu fiz muito (E01)

Quanto à busca constante por aprendizado e aperfeiçoamento, Woodward (2007) afirma que é um investimento e que constitui um elemento central do processo de configuração identitária. A fala dos entrevistados seguintes faz uma diferenciação entre o aprendizado como estudante de graduação e o aprendizado a partir da experiência enquanto acadêmico de estágio extracurricular. Sobre esse aspecto, Dubar (1997) afirma que essa transição vivenciada pelos sujeitos após a saída dos órgãos de formação e sua inserção no mercado de trabalho constitui um momento essencial para a construção da identidade autônoma.

Eu acho que no estágio, no extracurricular mesmo!! Porque o curricular é assim, é tudo muito certinho, muito programado, muito previsível. É enfermeira tem que ser assim meio quebra-galho, adaptar as coisas, adaptar. Se adaptar à situação, né. Então, eu acho que aprendi muito mais no estágio, eu fiz quase 2 anos de estágio extracurricular. Depois, trabalhei no hospital durante cinco anos. Então, assim, eu acho que eu aprendi muito mais trabalhando mesmo. (E06)

No próximo relato, o entrevistado revela que já assumia responsabilidades de enfermeiro ainda enquanto acadêmico e ressalta o quanto acha necessário estar sempre buscando esse aprendizado.

Eu comecei a aprender a ser enfermeiro na época de acadêmico sabe! Na época, assim, da faculdade, né. Assim, tinha tudo muito novo. Não é assim conhecimento. Então, sim, muitas vezes, assim, né, você da faculdade, você vivencia realmente a prática, né, isso enquanto acadêmico, enquanto o estudante, né. Você tem o quê? Você está dentro de um hospital, você está acompanhado de um professor com mais colegas. Então, assim, as situações, você acaba vivenciando. Mas, assim, a questão não é bem falar que é a questão da responsabilidade, mas é questão que você sabe que você está ali enquanto estudante. Então, você não puxa pessoalmente a responsabilidade para si. Ah, não. Então, o meu professor, né, que sabe mais do que eu, vou colocar dessa forma, e você tem a própria instituição com a equipe do hospital que responde, né, pela assistência daquele lugar e tudo mais, quando você começa a assumir, né. Que, assim, eu e enquanto acadêmico né, quando eu comecei, a gente assumia mesmo o setor. Aí, eu acho que foi aí, sim, que comecei. Você começa a ser enfermeiro mesmo, porque você vai ser cobrado como um, né, e tem que desempenhar um papel, né. Como? Apesar da questão de você ainda não ser enfermeiro, não é, você é estudante, você está na graduação e tal, mas a responsabilidade ela já está em suas mãos. Então, foi a partir daí que realmente. Tem que ir levando a coisa dessa forma, vir com responsabilidade, entendeu? Compromisso com aprender, o tempo todo estar aprendendo, o tempo todo estar buscando informações (E07).

Sobre a identidade profissional de base, evidenciada na fala dos entrevistados, Dubar (1997) afirma que uma busca constante por aprendizado e capacitação justifica-se por não se constituir apenas na identidade no trabalho, mas também

numa projeção de si no futuro (DUBAR, 1991). Tal constatação também se aproxima da perspectiva de Castells (2008), que afirma que os atores sociais utilizam qualquer tipo de material ao seu alcance para construir uma **identidade de projeto** e para se tornar aptos a redefinirem sua posição na sociedade, conforme sua motivação para tal.

4.5 Motivação para trabalhar no SAMU

A respeito da motivação em trabalhar no SAMU, alguns enfermeiros (E09, E10 e E15) referiram que fizeram essa opção por considerarem ser um serviço interessante (E09, E10, E15). Outros porque passaram em um concurso público e dentre as opções oferecidas pela Secretaria do município optaram pelo pré-hospitalar (E01, E10, E14, E15). (TAB. 12)

Algumas dessas proposições podem ser ilustradas nos depoimentos a seguir:

O SAMU né, quando fiz o segundo, concurso para urgência, né. Na época, eu não conhecia o serviço em si. Eu não conhecia ninguém que atuava no SAMU, que trabalhava no SAMU, mas era uma coisa que, não é que eu pensei. Poxa, é um campo que eu tenho vontade de estar conhecendo de estar trabalhando [...] Quando eu entrei na UPA, eu falei com a coordenadora, na época que eu tinha interesse. Meu interesse era de estar indo para o SAMU, né, só que eu cheguei até. Mas assim durante a entrevista - você faz entrevista com o pessoal [...] - eu insisti. Aí eu falei: "Eu tenho interesse". Aí o pessoal me chamou e perguntou se era isso mesmo: "por que você deu muito certo aqui na UPA e tal". Eu falei: "não eu não tenho nada contra a UPA". A questão do trabalho, né, que eu tive na UPA, tanto com relação ao trabalho em si que o enfermeiro, né, desempenha quanto à questão da equipe e tudo mais. Mas eu tinha interesse de vir para o SAMU, né, porque realmente eu queria estar fazendo, queria estar aí. E aí teve uma oportunidade de fazer a transferência. (E07)

Bom, primeiro a gente teve que comparecer à Secretaria Municipal de Saúde e optar por uma unidade. A gente tinha opção de ir parar a UPA ou vir para o pré-hospitalar, né. Como já tinha um interesse e já me interessava muito pelo pré-hospitalar, que já tinha feito um curso de emergência, prático e teórico, eu resolvi vir para o pré-hospitalar. Mas, assim, na época foi bem difícil, porque, apesar de ter bastante experiência em terapia intensiva, que já tinha no hospital, eu também já tinha feito um ano de estágio em terapia intensiva. Foi um pouco difícil iniciar o pré-hospitalar na época em que a equipe já estava bem formada e foram difíceis os quatro primeiros meses de adaptação da equipe, a chegada de novos enfermeiros. (E14)

Tabela 12 – Motivos de Ingresso no SAMU, segundo os enfermeiros

Motivos de ingresso no SAMU	Enfermeiros	Total	
		FA	FR
Passou no concurso público e podia escolher qual Unidade o interessava mais para trabalhar, e optou pelo pré-hospitalar.	E01, E10, E14, E15	4	36,36
Era profissional do Resgate e automaticamente virou do SAMU.	E03, E05, E06, E11	4	36,36
Considera o serviço de urgência e emergência pré-hospitalar muito interessante.	E09, E10, E15,	3	27,27
Influências de terceiros.	E07, E13, E15	3	27,27
Julgava-se ter o perfil e se tratava de mais uma oportunidade de aprender.	E05, E13	2	18,18
Buscou entrar neste serviço por desejo próprio. Tratava-se da realização de um sonho: poder ajudar o próximo.	E04, E10	2	18,18
Considera o SAMU como um serviço nota 10, muito bom, que está disponível a qualquer pessoa e queria fazer parte.	E06	1	9,09
Era concursado. Veio transferido de outro setor por influência de terceiros.	E06, E13	2	18,18
Porque era um desafio novo, uma coisa que ninguém sabia fazer, por mais que os procedimentos sejam os mesmos, os contextos mudam.	E05,	1	9,09
Havia feito alguns plantões cobrindo licença médica como contrato administrativo antes do concurso ser efetivado.	E01	1	9,09
Entrou para cobrir uma lista de enfermeiras que estariam em licença maternidade. Quando voltaram, ficou triste, mas teve que se retirar, esperando uma oportunidade para retornar ao SAMU.	E03	1	9,09

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: Frequência absoluta de entrevistados, FR: Frequência relativa de entrevistados.

Há de se chamar atenção para o fato de que dentre as características intrínsecas deste serviço seus riscos ocupacionais são motivos de maior preocupação para com as trabalhadoras gestantes. Diante de tal quadro, as enfermeiras gestantes são remanejadas para as Unidades de Pronto Atendimento por volta do quarto mês de gestação ou para atividades internas junto à coordenação de enfermagem e retornam para a ambulância após o término de sua licença maternidade. Para substituí-las, justifica-se a contratação de outro profissional por meio de contrato administrativo ou oferta da extensão de horas trabalhadas para os enfermeiros já pertencentes ao grupo.

Foi na época de reprodução da USA. E aí faltava enfermeira. Eu vim como excedente, e culminou que eu fiquei na segunda-feira inicialmente, na

quinta-feira dia, quinta-feira, quinta-feira no lugar de quem, ah! nem lembro mais. Quando essa pessoa voltou, depois a outra entrou de licença, até que todo mundo voltou e me mandaram para a policlínica do bairro (nome do bairro). Fiquei por um período. Um belo dia, alguém disse que eu devia voltar para o SAMU. A enfermeira da segunda-feira à noite era a (nome da enfermeira) do (nome do hospital) decidiu que não queria mais ficar no resgate, e a vaga foi de novo aberta. E foi quando eu voltei, e estou aqui até hoje (E03).

Para outros entrevistados, a dificuldade em fazer parte do grupo antigo ficou explícita nos depoimentos que se seguem.

[...] é muito fechado, né. A gente sempre ouvia falar: “É muito fechado, ah você conseguir um contrato lá é praticamente impossível. É só por indicação”. Eu falei: “então a única forma que eu vou conseguir é passando no concurso, que eu não tenho ninguém para indicar, né”. Eu lembro que eu falei isso com ela: “olha, estou disposta a passar por qualquer teste que você quiser me colocar, eu estou disposta a passar porque eu sempre estudei e isso eu sempre quis trabalhar com isso”. “Então, eu fiz o concurso para trabalhar aqui. Então, é aqui que eu vou ficar”. E eu vi que a recepção não foi legal, sabe? Criaram bastante dificuldade, bastante. [...] Aí o pessoal falou: “ah, mas é se você não der certo você vai ser mandada para o RH e vão ter que te encaixar em qualquer lugar”. Eu falei: “olha, eu sempre quis, eu fiz o concurso foi para isso e eu quero é isso”. Então, eu saí de lá já com essa certeza [...]. (E10)

[...] porque a maioria acha que sim. 99,9% dos enfermeiros do SAMU (deste município) são efetivos. Então, você não tem essa brecha. (E01)

A receptividade foi complicada. Foi muito complicada porque eu passei por um problema e eu percebi que esse problema não era só meu; era das pessoas que confiaram em mim, porque elas estavam colocando um serviço extremamente técnico para uma pessoa que era recém-formada. Então, fiquei sessenta dias treinando. Não porque eles não confiaram em mim. Eles confiaram em mim. Tanto que eles me deixaram aqui. Só que eu fiquei tanto tempo por questão de segurança, minha segurança, segurança do médico que estava comigo e segurança do coordenador, do responsável técnico. Então, eu compreendo perfeitamente isso que se teve excessivo de treinamento e tudo. (E15)

Este último trecho revela as dificuldades encontradas no contexto de trabalho durante sua inserção no serviço. O entrevistado correlaciona a experiência profissional enquanto ato de pertença para fazer parte do grupo (DUBAR, 1997).

Interessante observar que mesmo entre os enfermeiros que ingressaram no modelo anterior ao SAMU (E03, E05, E06, E11) o atendimento pré-hospitalar constituía-se uma novidade e, portanto, era desconhecido e desafiador.

Na verdade, foi porque era um desafio novo, porque era assim uma coisa que ninguém sabia fazer né. Nem eu. A gente não tinha nem idéia e tal. Tipo assim: “vamos lá, é mais uma oportunidade de aprender e de ver o que é

que é, né. Ah, eu sempre quis. Eu nem sabia o que é que era isso. Eu vim pelo desafio em si. (E05)

Na época, eles precisaram do enfermeiro porque só o médico podia fazer os procedimentos. Até para medir a pressão do paciente, que a equipe era só bombeiro, ficavam dois bombeiros, um médico e um condutor. O médico passava muito apertado com doente grave, traumatizado grave, parada cardíaca. Uns dois anos mais ou menos. Aí, por esse aperto né, aí, conseguiram, né. Lucraram com a prefeitura e tal, e conseguiram colocar um enfermeiro. E era assim: a gente não chegava a andar na ambulância com o bombeiro quando colocou o enfermeiro, e já ficava só o condutor, o enfermeiro e o médico. E puseram o técnico de enfermagem, né, para auxiliar. Logo depois entrou o técnico, e ficou assim né, só a USA. Não existia outras ambulâncias com o pessoal de enfermagem. A gente rodava o tempo inteiro, plantão de 12h, e a gente fazia umas sete, oito ocorrências por dia no plantão, né, noite ou dia, que era a única ambulância da equipe de saúde. (E06)

Note-se que, independentemente do seu interesse pessoal, é esperado que o enfermeiro se comporte de determinada forma, de maneira a reforçar sua identidade profissional.

4.6 Requisitos de um enfermeiro ideal para o SAMU

Na percepção da maioria dos entrevistados, para ser enfermeiro do SAMU o profissional deve, além de gostar de trabalhar com urgência (E04, E05, E06, E07, E08, E12, E18), estar sempre se aperfeiçoando (E02, E03, E04, E06, E07, E10, E12, E14, E15, E17, E19, E20). Além de possuir experiência e habilidade técnica (E03, E05, E07, E10, E11, E13, E20), deve ter boa vontade e interesse em crescer (E09, E10, E11, E13, E16, E17, E18, E20), demonstrar dedicação e compromisso com o serviço (E02, E05, E08, E12, E16), agilidade e objetividade na avaliação dos pacientes e na realização de procedimentos (E03, E06, E08, E12, E13, E14, E15). Também, deve ter autocontrole (E01, E03, E09, E10, E12, E14, E15, E16, E20) e adaptar-se às adversidades e aos diferentes locais de atendimento e com os colegas da equipe de trabalho (E05, E08). Estes e outros requisitos para ser enfermeiro do SAMU, segundo os entrevistados, estão dispostos na TAB. 13.

Tabela 13 – Requisitos de um enfermeiro ideal para o SAMU, na perspectiva dos sujeitos nucleares e secundários

Ser Enfermeiro ideal para o SAMU	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Continua Total	
					FA	FR
Tem que correr atrás, ter conhecimento técnico e científico.	E03, E04, E06, E07, E10, E14, E15,	7	E02, E12, E17, E19, E20	5	12	60
Possuir autocontrole.	E01, E03, E10, E14, E15,	5	E09, E12, E16, E20	4	9	45
Ter boa vontade, chegar bem para trabalhar, ter interesse em crescer.	E10, E11, E13	3	E09, E16, E17, E18, E20	5	8	40
Tem que gostar de trabalhar com urgência.	E04, E05, E06, E07,	4	E08, E12, E18	3	7	35
Tem que pensar e ser rápido, bom, objetivo e ágil.	E03, E06, E13, E14, E15	5	E08, E12	2	7	35
Ter habilidade e experiência técnica.	E03, E05 E07, E10, E11, E13	6	E20	1	7	35
Tem que ser dedicado e ter compromisso com o serviço.	E05,	1	E02, E08, E12, E16	4	5	25
Atender os pacientes onde for necessário seja na rua, no meio do asfalto, na avenida, casa, barraco, bar, boteco, debaixo de pontes, lugares que não possuam nenhuma estrutura para uma pessoa viver.	E01, E05,	2	E08, E18, E20	2	4	20
Saber o significado de uma equipe e exercê-lo.	E04, E10	2	E19, E20	2	4	20
Tem que ser bom no que faz, prestar essa assistência da melhor forma possível.	E03, E04, E15	3	E18	1	4	20
Tem que ter disciplina.	E01, E09	2	E16, E20	2	4	20
A pessoa tem que ser decidida, ter consciência do que está fazendo e ter um bom relacionamento que saiba liderar e que corrija corretamente quando preciso for.	E13, E15	2	E16	1	3	15
Aquele que confere o material todo, que qualifica a equipe, deixando a ambulância apta para o atendimento.	E15	1	E09	1	2	10
Possui bom relacionamento.	-	0	E19, E20	2	2	10
Que tenha personalidade e bom caráter.	E13, E15	2	-	0	2	10
Tem que conhecer as leis que regem o sistema, conhecer as regras.	E10, E15	2	-	0	2	10

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: Freqüência absoluta de entrevistados, FR: Freqüência relativa de entrevistados.

Ser Enfermeiro ideal para o SAMU	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
Tem que ter treinamento para atuar no SAMU, pois mesmo um enfermeiro experiente na área, que trabalhe em hospitais, teria dificuldades	-	0	E02, E20	2	2	10
Uma pessoa que está disposta a aprender, ajudar, conhecer e colocar a mão na massa e fazer o melhor possível.	-	0	E19, E20	2	2	10
Uma pessoa boa e guerreira.	E15	1	E09	1	2	10
Ter visão do sistema e conhecer a capacidade técnica da equipe.	E10, E04	2	-	0	2	10
Agir com segurança.	E06	1	-	0	1	5
Ter conhecimento para fazer remanejamentos.	E04	1	-	-	1	5
Apresentar maturidade, disposição física e psicológica iguais às do médico.	-	0	E20	1	1	5
É aquele que se coloca como o braço direito do médico, que está ali para ajudar, não para competir, nem atrapalhar.	-	0	E19	1	1	5
Pegar um pouco das qualidades de cada um dos enfermeiros.	-	0	E09	1	1	5
Possuir características próximas às do médico do SAMU.	-	0	E17,	1	1	5
Profundo conhecimento técnico e social.			E17	1	1	5
Que não se julgue uma grande conhecedora, pois estas, na maioria das vezes, são consideradas antipáticas e mal quistas.	-	0	E19	1	1	5
Que saiba ouvir e ponderar pelo bom senso.	-	0	E16	1	1	5
Que tenha iniciativa e observador.	-	0	E18	1	1	5
Que tenha muito jogo de cintura.	-	0	E18	1	1	5
Segundo o entrevistado, existem pessoas dentro da unidade do SAMU que podem e devem ser consideradas ídolos.	-	0	E09	1	1	5
Saber separar a vida pessoal da profissional.	-	0	E09	1	1	5
Tem que estar preparado para carregar peso e limpar a ambulância.	-	0	E08	1	1	5
Exige que a pessoa seja proativa	-	0	E19	1	1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: Freqüência absoluta de entrevistados, FR: Freqüência relativa de entrevistados.

Em consonância com os dados apresentados, Martin e Prado (2003) afirmam que o sucesso da assistência prestada no pré-hospitalar depende do autocontrole e da autocondução dos seus agentes.

Olha, eu não sei se tem característica ideal, não. Eu acho que a pessoa tem que querer, tem que se identificar com esse tipo de trabalho, tem que saber. Fazer o trabalho em situações adversas tem que se acostumar com isso, então, eu acho que é basicamente isso. A característica principal é gostar de trabalhar com urgência, a primeira coisa, porque o cara que gosta de saúde pública nunca vai dar certo aqui, né, desde que ele goste e que ele tenha, assim, o mínimo de experiência de tudo, porque o que sai da faculdade também não sabe. Nem uma técnica básica também com certeza não vai chegar aqui e não vai se adaptar. Então, eu acho que a característica principal é gostar de trabalhar com urgência e ter o mínimo de experiência técnica. (E05)

A busca de uma identidade por meio da comparação com os membros do grupo social relacional é referida por Vieira (2007) e aparece na fala de um enfermeiro entrevistado (E03).

Você tem que pensar rápido. Você tem que ter capacidade manual. Você tem que ter discernimento e tem que estar preparado do ponto de vista emocional. Você tem que ter habilidade técnica. Você tem que ter um coeficiente intelectual muito bom. E as nossas colegas investem muito nisso. Eu acho que as nossas colegas são as ideais. Eu não convivi com as outras. Eu não convivo com você e eu não convivo com as outras. Excepcionalmente, eu vejo alguém, mas as que iniciaram o sistema são ideais, né. (E03)

A este respeito, as autoras consideram que as relações de trabalho, os interesses individuais e coletivos, as relações de poder, o processo motivacional e a construção de uma autoestima positiva contribuem para a construção da identidade no trabalho. Tal constatação aproxima-se da teoria de Dubar (1997), que afirma que a internalização pelo indivíduo dos valores do grupo relacional guia suas condutas. Daí, o sujeito passa a exercer um papel que considera ser útil e reconhecido.

Coelho, Figueiredo e Carvalho (2006) sustentam que a possibilidade de atender mais de um paciente nos contextos de urgência, assim como de mudanças abruptas, que podem ocorrer nas condições dos doentes, muitas vezes, exige dinamismo, rapidez e simultaneidade nas ações dos profissionais envolvidos.

A gente tem que ter um raciocínio rápido, saber agir rapidamente e saber lidar com as diversas situações, lidar com o sofrimento, lidar com alegria e você tem que estar atento a essas mudanças, e tudo porque a gente atende desde criança que está nascendo até ao idoso, ou seja, existe um pouquinho de cada, né. (E10)

A proximidade com as práticas assistências e a oportunidade de não delegar o cuidado aos outros membros da equipe de enfermagem estão evidenciadas nos

trechos de entrevistas que se seguem. Observe-se que um enfermeiro (E01) se sente realmente como tal por poder assistir diretamente o paciente e por não ter de se envolver tanto com as questões burocráticas frequentemente associadas ao contexto hospitalar.

A gente é muito enfermeiro mesmo, né. Quando você trabalha, você que tem que fazer. Então, você realmente é enfermeira. Você lida com o paciente o tempo inteiro. Então, você não se perde em coisas burocráticas. Assim, tem coisas burocráticas também inerentes a questão, mas é muito pouco em uma ação. Se você trabalha em um ambiente hospitalar, você está preocupado com outras coisas, mas quando você vai para um ocorrência efetivamente, você é o enfermeiro. Você lida diretamente. Eu acho que isso que eu gosto muito. Além do inesperado, esse contato muito próximo de você está fazendo tudo pelo paciente, você juntamente com o restante da equipe. (E01)

Primeiramente, ele gostar daquilo que faz, porque trabalhar no [...] é gostar de assistência de enfermagem, porque a gente sabe que tem muito enfermeiro que odeia a assistência, né. Então, ele se esconde por trás da papelada para não ter que botar a mão na massa, né. É valorizar o nosso trabalho, correr atrás, ter conhecimento técnico e científico, porque eu trabalho com a equipe. O médico não é melhor do que eu. Nós somos uma equipe, e numa equipe tem que integrar, complementar o outro. Então, eu preciso ter conhecimento técnico e científico para que eu possa prestar essa assistência da melhor forma possível. E o enfermeiro tem que correr atrás, ele tem que buscar e ele tem que estudar sempre [...] É você ser responsável por toda a assistência de enfermagem de um paciente crítico, que legalmente é nossa, é intransferível. Então, na verdade, a gente exerce o nosso código de ética no SAMU. Eu sou enfermeira do SAMU, então eu não delego o meu trabalho, [...] quer dizer, todo o cuidado de enfermagem narrativo ao paciente crítico é meu. (E04)

Os aspectos associados ao bom relacionamento e ao trabalho em equipe também são apontados como pré-requisitos pelos entrevistados. Neste momento, percebem-se traços de relações conflituosas que se estabelecem principalmente em situações de dificuldade ou de não conformidade com os protocolos do serviço.

Espírito de liderança, que soubesse chamar a atenção corretamente, uma pessoa ponderada, equilibrada, que a pessoa soubesse ouvir também, falar quando é necessário. Chamar a atenção, sim, saber ouvir, ponderar pelo bom senso. Que seja uma pessoa que tenha comprometimento na educação continuada de ajudar o profissional técnico e também de aprender com a gente também. (E16)

No momento de stress. Então, assim, eu acho que o enfermeiro tem que saber falar, saber a hora de ficar, de não falar, perceber se o médico está passando uma dificuldade também que conduzia aquilo dali. E isso a gente sempre tem que pensar na frente da população, falar depois. Então, eu acho que ele tem que ter experiência, maturidade, disposição física, psicológica, que é o que o médico também tem que ter. Então, as características iguais às do médico, de trabalhar em equipe. (E20)

No que tange à harmonia dos integrantes durante os atendimentos, um sujeito secundário (E17) correlaciona a capacitação técnica e a experiência prévia como elementos facilitadores do cuidar em urgência.

O enfermeiro do SAMU ele tem que ter as características prévias muito próximas ao médico do SAMU. Então, tem que ser uma pessoa motivada, uma pessoa que tem que ter algum vigor físico, uma pessoa de alguma forma excludente. Mas eu acho que é necessário uma pessoa que conheça profundamente de urgência, certo? Então, eu penso que assim como numa cirurgia, em um bloco cirúrgico onde, muitas vezes, nas horas fundamentais as palavras nem acontecem, eu penso que na urgência só consegue fazer isso quem tem um profundo conhecimento técnico. E aí eu penso que esse conhecimento técnico, essa experiência com urgência, ela deva ser adquirida fora do pré-hospitalar, porque no pré-hospitalar isso é extremamente mais difícil, porque aquela situação que eu estava falando que a gente não demonstra, a gente tem que estar demonstrando para as pessoas boa parte do tempo [...] (E17)

Além das características ideais para o enfermeiro deste serviço, os participantes desta pesquisa foram indagados acerca de como é realmente o enfermeiro que ali trabalha. A partir daí, foi possível descrever a identidade real (biográfica) e virtual (para o outro) deste sujeito, foco desta pesquisa.

4.7 As identidades real e virtual do enfermeiro de um SAMU

Com base no modelo proposto por Dubar (1997), tanto os enfermeiros quanto os sujeitos secundários foram indagados sobre quem é de fato o enfermeiro que trabalha no SAMU abordado - mais especificamente os que trabalham nas USA. Os depoimentos dos próprios enfermeiros revelam pontos interessantes a serem destacados que podem ser correlacionados à sua identidade real (DUBAR, 1997). Os trechos que se seguem ilustram as categorias que, segundo o autor, podem ser denominadas como seus atos de pertença. O enfermeiro deste serviço considera que participa de todas as instâncias do processo de trabalho no SAMU e que tem conhecimento global das ações.

O que eu faço eu conheço bem eu tenho certeza que dá minha área eu conheço melhor do que muito médico conhece da área dele, então na verdade é isso eu acho ser enfermeiro é dominar a técnica do cuidado não só a técnica mais tudo que envolve o cuidado (E05)

Em sua totalidade, eles gostam do serviço de atendimento pré-hospitalar e das atividades que realizam. A superação e adaptação às adversidades intrínsecas à atividade também se encontram na fala da maioria dos enfermeiros entrevistados

Eu gosto do que eu faço apesar dos pesares, apesar da profissão, apesar dos colegas. A gente tem colegas legais, pessoas boas, mas existe muita gente cheia de picuinhas, cheia de coisinhas. Apesar dos colegas, a gente tem muita desunião. Eu acho que se você for entrar dentro do hospital, dentro de qualquer outra área de saúde, qualquer setor de saúde de tipo de trabalho, o maior corpo que você tem é o da enfermagem. Então, a gente tem um poder muito grande e a gente não utiliza buscar melhorias para a gente. (E01)

Eu gosto de trabalhar na ambulância. Eu gosto de trabalhar na rua. Gosto de atender no pré hospitalar. Eu gosto de tudo. Eu reconheço que tem um monte de problemas, e, na verdade assim, hoje em dia eu acho que a gente tem muita dificuldade pra superá-los, né. Então, é complicado. Mas o trabalho em si é bom. Na hora que você entra dentro da ambulância e vai atender, acaba que isso tudo fica para trás. (E05)

Eu vivo meu código de enfermagem trabalhando, exercendo no SAMU. Quer dizer, todo o cuidado de enfermagem narrativo ao paciente crítico é meu, principalmente aqui. (E04)

Eu tenho o orgulho de ser enfermeira do SAMU. Eu visto a camisa, carrego a bandeira. Então, eu acho que é um conjunto de coisas assim para mim ser enfermeira do SAMU, uma bagagem de experiências, né, que eu fui adquirindo. Ao meu ver, o enfermeiro do SAMU ele tem uma gama de experiências, né. Ah, então, é um privilégio. (E14)

Alguns sujeitos nucleares consideram-se profissionais solitários e com *feedback* intrínseco elevado.

Outro dia eu estava pensando nisso, gente. Acontece uma coisa no plantão, uma coisa grave, se não tem a quem você recorrer depois, então, assim, sabe, não tem nem com quem você falar. Olha, aconteceu isso. Era grave. Então você resolve ali na hora. Por isso é que eu falo que é muito solitário [...] você vai se adaptando. A coisa pegou ali, e tal, teve uma dificuldade, um problema que talvez valesse a pena levar para a chefia, mas, a dificuldade é tão grande que você nem consegue falar, nem consegue, nem tem resposta, e-mails. E muitas vezes, quando tem não tem solução, é só uma resposta. Você sabe disso, né, você vê os e-mails que a gente troca. Então, você acaba que você desanima! E aí você resolve do seu jeito solitário! Se você resolveu ali na hora, e tal, não tem como. (E05)

O que existe é uma cobrança da gente mesmo. Você sabe, eu tenho para mim, né, tenho que pegar, tenho que ter um check-list, tem que estar tudo ok no meu plantão, que não tem nem intercorrência de stress por causa de uma coisa que poderia ter sido feita e também a questão de passar para o colega porque é a continuidade também, né. Eu vejo que tem um material com defeito, por exemplo, né, qual que é a minha obrigação? Né é trocar? Se eu não for utilizar o meu colega, pode utilizar, né, de maneira que não tenha stress. (E07)

Tem que ser uma pessoa que consegue tomar decisões rápidas, que tenha personalidade e bom caráter. Parece bobagem, mas é preciso isso. A pessoa ela não pode ser uma pessoa que não consegue caminhar sozinha, porque, muitas vezes, ela vai estar sozinha. (E13)

Os enfermeiros referem que fazem parte de um grupo grande, cujos membros estão distantes, principalmente quando se trata de equipes diferentes. Um dos entrevistados admite que o grupo perdeu sua força enquanto sistema e que alguns enfermeiros sequer se conhecem.

Que hoje a gente tem pouca força de grupo. Quando a gente era um grupo menor, a gente fazia e acontecia. Era um grupo realmente forte, que impunha não a sua vontade, mas impunha o que era certo, que era um grupo unido. Ninguém chegava para colocar nada enfiado goela abaixo. Então, você vê que tem ganhos com isso, com escala. A gente conseguiu várias coisas através da união de grupo. Hoje, isso é mais difícil, né. por causa dessa coisa da gente trabalhar dias diferentes, de só encontrar de vez em quando, e tal. É um pouco distante mesmo, né. Então, quando precisa, você já liga para aquelas que você já sabe que têm mais disponibilidade de tudo. Têm algumas que a gente, tem mais intimidade [...] a gente, praticamente hoje, a gente não conhece todo mundo. Eu conheço fulano. Trabalha na USA, mas, eu só conheço de vista, né, de falar “oi tudo bem”, de contar uma coisinha aqui da ocorrência. Então, eu não tenho dificuldades, mas, eu acho que eu me relaciono superficial dentro da equipe. Eu nunca fui numa reunião que estivesse 100% do grupo ou 80%. Sempre vem algumas pessoas. (E05)

Prontidão física, técnica e psicológica é um atributo que deixa este profissional preparado para “o que der e vier” (E13).

O enfermeiro do SAMU ele está pronto, de prontidão para o que der e vier. Ele está pronto para atender o triste, o alegre, o engraçado, o infeliz, o moribundo, a morte. Está em contato com a possibilidade da morte o tempo todo. (E13)

Você recebe o plantão do colega, você confere a ambulância, confere os materiais. Antes vê se realmente está tudo em ordem. É, realmente, você aguarda, você estuda, você lê, você descansa e você aguarda até que tenha chamado. No momento em que tenha chamado você se entrega de corpo e alma. Então, você, de você tudo dá para aquele momento (E15)

O trabalho em equipe é referido por um de seus integrantes, e a possibilidade de dividir responsabilidades é correlacionada ao sentimento de pertença pelo entrevistado (E15).

Muitas vezes o que eu percebo que acontece comigo, com os médicos que eu trabalho é que realmente nesse local eu percebo a equipe, médico, enfermeiro, condutor, trabalhando. Realmente, um conjunto. A palavra

“equipe” funciona no SAMU. A gente faz atendimento de 50 minutos, 40 minutos, em que o médico não chega a pedir nada, em que o enfermeiro não chega a pedir nada. O atendimento ele é todo silencioso. Cada um sabe o que é que tem que fazer e faz! Não precisa conversar. Todo mundo sabe o que é sua responsabilidade. Muito interessante, com muitos médicos, o enfermeiro ele é respeitado, não que ele tenha dúvida, mas para se certificar e para que todo mundo participe. Muitas vezes, acontece assim. Eu disse, não que ele tenha, porque muitas vezes ele não precisa perguntar o que é que você acha? Mas ele pergunta para que isso fique bem registrando, bem dividido, porque ele considera a sua opinião. Então, é interessante, é bem interessante. Eu gosto disso. Gosto desse respeito, desse trabalho em equipe que funciona (E15)

Um trabalho de equipe, quando você conhece o profissional que você está trabalhando, seja médico ou seja condutor, mesmo que seja uma ocorrência que precise de mais de mãos, você conduz com muita tranquilidade porque você conhece o tipo de trabalho, já sabe, como falei para você, um simples olhar, você já conhece o que é que o outro quer. Você fala: “fulano, pega isso para mim fazendo favor”. Imediatamente, sempre está disponível em ajudar. Às vezes, o que dificulta é justamente você não conhecer a forma do profissional trabalhar, que pode atrasar o atendimento. Então, isso realmente é ruim. Você trabalhar com uma pessoa que você conhece, a forma é muito mais fácil de conduzir, sem o estresse, sem nenhum conturbação, nada, você consegue o mais grave que a situação em si consegue agora! (E11)

Além do preparo técnico-científico e emocional, um dos enfermeiros faz referência a si próprio e aos seus colegas de trabalho como pessoas vaidosas, elitizadas e, até mesmo, “geladas” e de pouco relacionamento interpessoal.

Você tem que pensar rápido. Você tem que ter capacidade manual. Você tem que ter discernimento e tem que estar preparado do ponto de vista emocional. Você tem que ter habilidade técnica. Você tem que ter um coeficiente intelectual muito bom. E as nossas colegas investem muito nisso, porque eu acho que o salmo nos torna muito triste. Eu, por exemplo, acho que hoje eu choco com muito pouca coisa. Para mim é tudo muito natural. Então, a gente acostuma [...] Isso é chocante, né, que às vezes o povo fala assim. Debulhando, isso é extremamente normal. A gente fica gelado sabe. Às vezes, eu costumo falar que o meu sangue é em cubos. Não esquento muito a cabeça, não. Então, eu acho que a gente gela muito. A questão é ficar frio demais, mas eu acho que o preparo intelectual que é necessário ter. Eu não estou acompanhando essa evolução intelectual das colegas, não, porque a minha opção hoje é ser mãe. Com certeza, a minha opção hoje primeira é ser mãe. Então, eu abro mão de reunião por causa de fralda, eu abro mão de qualquer coisa em detrimento... Eu sou uma pessoa idosa. Eu fiz tudo antes, eu passei, eu formei, eu cheguei, fiz as profissões e nos lugares que eu quis do ponto de vista conhecer geográfico e do ponto de vista profissional ainda não tem um lugar que eu não tenha, não tem coisa que eu não tenha feito. Olha o Pai lá de cima. Eu acho que eu sou um filho predileto. Eu sonhei: ele sempre coloca no meu caminho aquilo que eu sonho. Se eu tivesse que esbarrar no outro, então, não precisa ser meu. É porque não é meu, né. Aí, eu fico pensando só na frieza e acho também que sobe muito à cabeça esse serviço aqui. Na minha não sobe porque eu tenho outras prioridades, né. Eu quero ser mãe, né, mas se eu já tivesse cumprido, queimar todas as etapas, talvez eu toparia ser parte da constelação. Eu gosto!!! (E03)

A adaptação do atendimento a diversos locais e situações adversas, o conhecimento e a adequação ao modo de trabalhar do colega parecem minimizar conflitos e favorecer o entrosamento e o trabalho em equipe.

Justamente por fazer essa equipe, conhecer o trabalho do outro, saber como ele trabalha, como você trabalha para evitar esses atritos. Cada um tem uma forma de trabalhar, né, mas até que você conheça a forma de trabalhar no outro leva uma demanda de tempo. Então, pode gerar nessa demanda, nesse tempo, um desconforto. Então, é importante o fato de você pegar o plantão, conhecer a equipe que você trabalha. É melhor! (E11)

Os enfermeiros investigados parecem se sentir bem com o serviço que prestam e realizados profissionalmente.

É um trabalho muito gratificante. Como eu já disse antes, é um trabalho que você ajuda sem esperar nada em troca. Então, você não espera nada em troca daquela pessoa que está sendo ajudada. Ela está sendo atendida, porque a gente não está ali simplesmente para poder fazer, fazer bem! A gente está trabalhando. É nossa obrigação também. Então, tem uma profissão muito gratificante. Sorte tem quem pode! Sorte de quem consegue entrar, porque é muito gratificante. (E15)

Para mim, SAMU é uma realização profissional. Não é o vestir esse macacão, que para mim ele pode ser laranja, ele pode ser branco, ele pode ser roxo, preto, a cor que for, mas o que é importante para mim é o trabalho que a gente exerce, porque aqui a gente exerce assistência de enfermagem. Eu sou enfermeira para isso, para exercer a assistência de enfermagem. E aqui eu consigo exercer. Por isso que eu amo esse serviço. Olha, o SAMU é um serviço que eu adoro. Nesse tempo totalmente realizada quanto enfermeira. Por quê? Porque eu nunca delego. O meu cuidado é a oportunidade que eu tenho que botar em prática tudo aquilo que eu sei fazer da melhor forma, sem estar executando isso lá mão de terceiros. (E04)

Como afirma Pagés (1993), o status e o reconhecimento profissional são provenientes da posição assumida dentro de uma organização e constituem a identidade do indivíduo, e vice-versa. Esta busca por reconhecimento é justificada por Dubar (1997) como uma forma de afirmar a identidade para si por meio do olhar do outro.

Eu gosto muito do que eu faço. Assim, sou enfermeira com muito orgulho de saber se meu pai também acha assim muito legal. Acho muito chique. Antes ele não aceitava, no começo, né. Acho também que pelo desconhecimento do também da profissão. Mas hoje, não; ele tem o maior orgulho de falar: "ah, minha filha é enfermeira, ah, minha filha faz doutorado". Então, assim sai contando para todo mundo, porque ele gosta muito de falar quando está entre amigos. Então, para mim, eu me sinto realizada também profissionalmente e não me sinto nem um pouco depreciada. Não me sinto menor por não ter feito medicina. Muito pelo contrário; me sinto até mais capacitada porque a gente tem um olhar além do que simplesmente a doença, né. Então, eu gosto muito do que eu faço. (E10)

Também foi possível identificar na fala dos enfermeiros que eles se consideram

peças batalhadoras, em aprendizado constante, sempre correndo atrás e buscando capacitação. Vários deles referiram ter frequentado cursos de aperfeiçoamento (como ACLS, ATLS, PHTLS, BLS, dentre outros) e de pós-graduação, todos voltados para a assistência do paciente crítico. Sobre esses cursos, Coelho, Figueiredo e Carvalho (2006) afirmam que servem para minimizar as dificuldades encontradas pelos profissionais nos contextos peculiares de atuação do pré-hospitalar.

Paralelamente, Abreu (2001) justifica que a transição pela qual a enfermagem vem passando implica que seus agentes tentem acompanhar padrões de formação cada vez mais elevados e diferenciados. A carga horária diferenciada também foi destacada por um sujeito nuclear. A ela foi atribuída a maior disponibilidade de frequentar os cursos de aperfeiçoamento (E10). Reitera-se que as características apresentadas encontram-se presentes na TAB. 14, assim como as relatadas pelos sujeitos secundários, as quais serão analisadas a seguir.

Tabela 14 – Características do enfermeiro real do SAMU pesquisado, na perspectiva dos sujeitos nucleares (atos de pertença) e secundários (atos de atribuição)

O Enfermeiro Real do SAMU	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Continua	
					Total	
					FA	FR
Conferem a ambulância toda e sabem onde esta cada coisa e como repor quando for necessário.	E01, E05, E06, E09, E15	5	-	0	5	25
Pessoas que buscam conhecimento.	E11, E13	2	E12, E20	2	4	20
O SAMU conta com bons profissionais de enfermagem com boas experiências.	E14	1	E09, E12, E16	3	4	20
Lidam com o inesperado, solicitações de clínicas traumas, acidentes de trânsito e quedas, entre outros.	E01, E07, E10, E13	3	E17	0	4	20
Tem responsabilidade muito grande delegada em suas mãos	E10	1	E09, E12	2	3	15
Pensam e preparam tudo muito bem e rápido.	E10	1	E09	1	2	10
Pessoas calmas.	-	0	E09, E16	2	2	10
Desempenham o seu melhor.	E07, E13	2	-	0	2	10
Sabem e lidam com diversos tipos de pessoas.	E11	1	E19	1	2	10
Enfermeiro predominantemente assistencial.	E04, E01	2	-	0	2	10
Tem orgulho de ser enfermeira, veste a camisa, carrega a bandeira.	E14	1	E08	1	2	10
Vivenciar a realidade nua e crua.	E07, E11	2	-	0	2	10
Possui uma carga horária diferenciada de um serviço que é diferenciado.	E10, E11	2	-	0	2	10
São mais individualistas.	E03	0	E18	1	2	10

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados

O Enfermeiro Real do SAMU	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
Somos muito vaidosos.	E03	1	-	-	1	5
Dinâmicos.	E07	1	-	0	1	5
De fato, é uma equipe.	-	0	E09	1	1	5
Existe uma deficiência de clareza na comunicação entre os enfermeiros e os técnicos.	-	0	E19	1	1	5
O enfermeiro é pouco aproveitado como suporte técnico na regulação médica.	-	0	E18	1	1	5
Afirma que a realidade não é muito homogênea com a idealização.	-	0	E19	1	1	5
Afirma que, na realidade, as ideias idealizadas são homogêneas com a realidade.	-	0	E20	1	1	5
O enfermeiro é uma pessoa distante principalmente do técnico.	-	0	E18	1	1	5
O perfil de enfermeiros do SAMU é muito variado de pessoa para pessoa.	-	0	E19	1	1	5
Algumas atividades são bem desempenhas e outras não por uma mesma pessoa. Vai de acordo com suas habilidades.	-	0	E16	1	1	5
Responsável também pela parte burocrática.	E05	1	-	0	1	5
São enfermeiros diferenciados.	-	0	E20	1	1	5
Tem horário para pegar o serviço, mas não tem para sair. Afirma ser de acordo com as solicitações	E15	1	E08	0	1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados

Seguindo a lógica de se tentar conhecer o enfermeiro sob a perspectiva de seus sujeitos relacionais, perguntou-se aos sujeitos secundários: Como é, de fato, o profissional que trabalha no SAMU? Assim, considerando-se seus relatos, a identidade virtual (DUBAR, 1997) destes atores sociais pode ser caracterizada por profissionais diferenciados (E20), experientes (E09, E12, E20), conhecem tudo da unidade (E09, E17, E20) e estão sempre envolvidos com questões relativas ao aprendizado e à capacitação (E12, E20).

[...] são enfermeiros diferenciados e que correm muito atrás. Eu vejo quase todos os enfermeiros da equipe. Eu acho que isso é bom porque vai contagiando. Quase todos correm atrás de mestrado, de doutorado. Quase todos são professores. Então isso é muito importante. Então, quando eu estou em contato com o auxiliar de enfermagem em outros locais, em outros serviços, todos elogiam, porque a maioria são alunos desses profissionais. Então, isso é muito bom. Então, como a maioria já tem esse ritmo de vida, quando entra um outro a tendência de ele falar: “espera aí, para mim não sair dessa, que tem de ser bom igual aos outros”. Então, eu acho admiro isso de eles estarem sempre correndo atrás de estudar isso e aquilo”. (E20)

Eu sou amigo de todos eles (risos)... todos os enfermeiros aqui são capacitados é... eu pelo menos me sinto seguro nas ocorrências (E16)

Acrescidos aos atos de atribuição (DUBAR, 1997) citados, um sujeito secundário (E18) faz referência ao enfermeiro como sendo um profissional que, apesar do trabalho em equipe, é muito solitário dentro deste sistema em crescimento. Essa afirmativa se dá com relação ao técnico de enfermagem e também na relação que estabelece com os demais enfermeiros.

O enfermeiro ele fica muito sozinho. É um enfermeiro no plantão de 12h e um enfermeiro de uma USA. Ele não tem contato com o enfermeiro da outra USA, porque elas ficam em bases diferentes e normalmente a referência de enfermagem do plantão ter um enfermeiro que fica na Central, na Unidade de Suporte Avançado da USA 01 e os enfermeiros que ficam nas outras USAs eles encontram uns com os outros por acaso na Central de Regulação quando vai repor material ou nos hospitais quando alguém está levando vítima e encontra com outro colega ou passagem de plantão. Então, o enfermeiro passa o plantão para o colega fala que é que aconteceu no plantão, do que é que precisa repor. Mas, assim, a relação é muito distante. Então, não digo que é amigo, é lógico que não. É profissional, mas é muito distante o enfermeiro. Já pensou que legal se tivesse um grupo de enfermeiros que sentasse para discutir os problemas que acontecem, o que é que poderia melhorar. O que é que nós podemos fazer? A equipe de enfermagem fica assim, um enfermeiro em cada plantão, isolado, segue separado, um gelo, uma pedrinha de gelo em cada plantão! A equipe de técnicos de enfermagem lá longe na USB não sabe nem o nome do enfermeiro que está de plantão (E18).

Apesar das atribuições em comum, as diferenças individuais também foram frisadas. A este respeito, Castells (2008) afirma que nenhuma identidade pode constituir-se em uma essência:

Cada um tem seu jeitinho de trabalhar. Uns é mais fechado, conversa pouco, são mais sérios; outros são mais abertos conversa mais. De uma maneira geral, eu acho que todos eles são mais tranquilo. São pessoas diferentes, né. Mas, os propósitos são os mesmos. Cada um sabe da sua responsabilidade. Aqui, eu acredito que há um certo *glamour* de quem trabalha aqui. Muitas pessoas acham que é um sonho estar aqui trabalhando no pré-hospitalar do SAMU. De repente não. Desconhece como é que é realmente o nosso trabalho aqui. Existe espinhos também. Tem a parte ruim da coisa. Então, eu acho que quem está aqui e trabalha aqui está satisfeito, porque o profissional que trabalha na urgência e emergência é um profissional. Eu acredito, um profissional diferenciado, no sentido que ele tem a oportunidade de interagir, de fazer a diferença. (E16)

Castells (2008) afirma, assim como Dubar (1997), que este processo dinâmico de construção e reconstrução identitária é, muitas vezes, marcado pelas relações de poder. Tal fato pode ser constatado nos depoimentos que se seguem.

Nada é muito homogêneo, né. A gente sempre tem uma heterogeneidade nas pessoas, né. Então, cada um é de um jeito, né. A gente também tem os altos e baixos, né. Mas a gente, eu pelo menos, eu tento deixar isso de lado para poder atuar na minha profissão da melhor maneira possível. Eu acho que o perfil do enfermeiro do SAMU ele é muito variado de pessoa para

pessoa. Tem enfermeiras que têm muita capacidade técnica do ponto de vista teórico, mas na hora mesmo da ocorrência às vezes elas até atrapalham justamente por esse ponto de vista, né, de serem muito boas tecnicamente, né, na teoria e na prática. Na hora que você começa a falar e a pontuar o que tem que ser feito, elas acham que você está ofendendo, ou falando demais, ou dando muitas ordens ao mesmo tempo. Só que, na realidade, não é bem isso, né. É que tem que ser, realmente, o fator tempo. Ele conta, né. Não é que eu peço uma droga e logo a seguir outra, e outra. Não tem que ser feito já passar na seringa e ser aplicada. Eu estou falando que eu quero assim, assim e assim, né, e muitas vezes isso não é compreendido dessa maneira (E19).

Eu já vi, presenciei, eu fiquei superconstrangido pelo que eu vi: médico gritando com um enfermeiro, sabe, chamando de fulano e incompetente. Você não serve para trabalhar comigo. Você não serve para trabalhar aqui. E isso em alto e bom tom, todo mundo ouvindo, uma forma desrespeitosa. Então, eu já presenciei isso. Eu achei isso muito chato porque você pode fazer críticas e tal, mas assim no cantinho, chama a pessoa no cantinho e fala e tal. Mas já vi coisas assim desse tipo. É desagradável, antiético e já havia então enfermeiros ficando mal, fazendo cochichos, falando: “ah fulano não gosto de trabalhar, fulano é chato, fulano é isso fulano é aquilo”. Isso, às vezes, o cara descobre, e fica uma coisa meio fofoca, meio assim...(E16)

Em face dessa contingência, a configuração da identidade virtual, ou relacional, depende da transação objetiva, que envolve, além das relações de poder, normas de comportamento, assim como cultura, afinidades e valores organizacionais. O processo de reconhecimento recíproco destes sujeitos depende da legitimação da identidade associada aos saberes, competências e imagens de si propostas e expressas pelos indivíduos. Para tal, os indivíduos se veem obrigados a estabelecer relações de trabalho estáveis ou duráveis com seu grupo (DUBAR, 1997). Observe a transação objetiva presente nos relatos que se seguem:

[...] a interação da equipe é que mais importante. Mas eu penso que na urgência todas são. Na UTI também é. Na urgência fixa também é, mas tem esse médico ou enfermeira, médico que trabalha no centro de saúde e que ele tem uma relação com a equipe um pouco diferente. Aqui, não. Aqui o comando muda de mãos o tempo todo, né, pessoas, em especial, os médicos, as enfermeiras também. A gente tem essa “Ah, que eu sou o líder, eu sou o comando”, e na urgência a gente perde isso porque cada hora o comando está com um. Então, eu acho que tem que aprender. (E17)

Ela teve a humildade de admitir que precisava de ajuda, que precisava de alguém para passar algumas coisas que ela tinha dúvida, e isso é legal. Em nenhum momento perdeu meu respeito, perdeu minha admiração. Pelo contrário, até aumentou a minha admiração por essa pessoa, pela humildade dela de admitir que não sabe, que está ali para aprender também. E aí, eu por isso que eu acho que o pessoal que está aqui as enfermeiras, todas elas, todos eles, né, pelos enfermeiros também. Estão de parabéns. Não tenho problemas com a ninguém. É tranquilo (E16)

Araújo-Netto e Ramos (2002) entendem que, assim como as relações de trabalho, a

definição de papéis é fator que interfere na delimitação da identidade dos enfermeiros. Apesar da conotação de imprevisibilidade atribuída ao serviço, na visão dos entrevistados, existe uma rotina em que o papel do enfermeiro parece estar bem definido. Suas responsabilidades e cotidiano de trabalho serão descritas a seguir.

4.8 O trabalho do enfermeiro nas Unidades de Suporte Avançado de um SAMU

Em conformidade com um dos objetivos específicos deste estudo, este item privilegia os aspectos relacionados ao trabalho do enfermeiro nas Unidades de Suporte Avançado do SAMU.

4.8.1 Responsabilidades do enfermeiro que trabalha no SAMU, na perspectiva dos entrevistados

Os profissionais participantes desta pesquisa foram indagados quanto às responsabilidades dos enfermeiros que atuam nas Unidades de Suporte Avançado deste SAMU. Suas respostas, descritas na TAB. 15, aproximam-se do que é preconizado pelo Ministério da Saúde Brasileiro (BRASIL, 2001). Percebe-se que os enfermeiros que trabalham ali são responsáveis tanto por atividades assistenciais (E03, E09, E10, E12, E13, E14, E15, E16, E18, E19) quanto por questões de ordem administrativas.

Tabela 15 – Responsabilidades do enfermeiro, na perspectiva dos entrevistados

Responsabilidades do Enfermeiro no SAMU	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	continua	
					Total	
					FA	FR
Pelos procedimentos técnicos.	E 03, E10, E13, E14, E15	5	E09, E12, E16, E 18, E19	5	10	50
Sente-se responsável por sua equipe como um todo.	E04, E05, E06, E07, E08, E14, E15	7	E16, E19	2	9	45
Por cuidar dos equipamentos e da ambulância.	E01, E14, E15,	3	E16, E19	2	5	25
Avalia, se necessário, conversa e corrige.	E07, E11, E13, E14,	4	E16	1	5	25

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Responsabilidades do Enfermeiro no SAMU	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
Pela limpeza e higienização interna.	E13, E14	2	E19, E20	2	4	20
Reconhece que o médico é responsável pela equipe.	E11, E13	2	E02	1	3	15
Quando há questões que exijam intervenção, procura resolver, sem expor a equipe.	E05, E11	2	E09	1	3	15
Não se considera responsável por ninguém.	E03, E13	2	-	0	2	10
O enfermeiro é responsável pelo profissional técnico.	E11	1	E09	1	2	10
Sente-se responsável pelo paciente.	E06, E11	2	-	0	2	10
Registrar no relatório todos os procedimentos executados.	E06	1	-	0	1	5
Por transmitir conhecimento.	E13	1	-	0	1	5
Em caso de médicos novatos, o enfermeiro assume a responsabilidade de um atendimento.	-	0	E08	1	1	5
Não estão definidas as funções de cada um.	-	0	E20	1	1	5
Por verificar as condições de segurança do atendimento que um motorista esta sujeito a realizar.	E06	1	-	0	1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Dentre as questões administrativas, pontuam-se supervisão direta e indireta dos técnicos de enfermagem (E11 e E09) zelo pelos materiais e equipamentos da ambulância (E01, E14, E15, E16, E19), dentre outras. Note-se que os enfermeiros também se sentem responsáveis pela equipe como um todo (E04, E05, E06, E07, E08, E14, E15). Entretanto, para dois deles esta atribuição é relativa ao médico (E11, E13).

Além dessa parte de conferir o material, checar a validade de material, o funcionamento, limpeza e ver se está precisando de alguma coisa no carro. Repor essas coisas é responsabilidade do enfermeiro na hora do atendimento, dar conta de perceber as prioridades do atendimento. Se tivesse um técnico no atendimento avançado, seria responsabilidade do enfermeiro direcionar as ações do técnico. Como não tem, então fica um enfermeiro, o médico e o motorista. A responsabilidade do enfermeiro durante o atendimento é prestar assistência de enfermagem em relação à a medicação, punção de acesso, auxiliar procedimentos. (E18)

Um dos sujeitos secundários refere que a responsabilidade pela conferência dos materiais recai praticamente no enfermeiro e que este é o único profissional que tem domínio dos mesmos dentro da unidade. (E02)

É uma rotina mais específica para a enfermeira. Um médico, eu nunca vi ele conferindo ambulância, porque, o médico, na verdade, não sabe nem onde está o material dentro do carro, entendeu? Dificilmente você pega um médico que ele conhece de material dentro do carro. A maioria não sabe, porque é mais ou menos um trabalho mais específico da enfermeira, que ele sai dentro do carro e quando chega na ocorrência ele pede tudo. Pede isso, pede aquilo que enfermeira tem que se virar, é verdade! Eu acho um trabalho muito importante que enfermeira faz no sistema, porque a responsabilidade do material é tudo praticamente nas costas dela. (E02)

No intuito de se aprofundar questões relativas ao trabalho do enfermeiro, a seguir serão apontadas algumas particularidades de seu cotidiano de trabalho

4.8.2 Cotidiano de trabalho do enfermeiro: rotinas, facilidades, dificuldades e desafios

No seu cotidiano de trabalho, dentre as atividades realizadas que mais se destacam, pontuam-se a conferência de todo material (E02, E05, E06, E18), organização e reposição da ambulância, bem como a assistência direta ao paciente gravemente enfermo (E01, E03, E02, E12, E18).

Em síntese, os enfermeiros entrevistados relacionam que a frequente conferência da ambulância no que tange aos equipamentos, materiais e medicamentos constituem-se em uma rotina de plantão. Esta conferência é registrada em um impresso criado pelo serviço, que tem como denominação check-list (Anexo D)

Eu acho que a única rotina que a gente segue mesmo é pegar o plantão e conferir a ambulância, né. Mesmo que o colega te passe tudo, sempre você quer deixar a medicação de uma maneira lá mais fácil para você e utilizar e tal. Então, cada um acaba tendo sua maniazinha. Tem um protocolo, né, onde guardar cada material e tal. Então, assim, conferir esses equipamentos, se está funcionando bem, porque na hora do aperto é você que está oferecendo aquilo ali para o médico, né. (E06)

Outras atividades relatadas pelos entrevistados estão dispostas na TAB. 16.

Tabela 16 – O cotidiano de trabalho do enfermeiro no SAMU, na perspectiva dos entrevistados

O Trabalho do Enfermeiro no SAMU	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
Pega o plantão e confere toda a ambulância.	E01, E06, E14, E15	4	E09	1	5	25
Assistência a pacientes graves de diversas faixas etárias: adulto, idoso, criança, recém-nascido, parto.	E01, E03,	2	E02, E12, E18	3	5	25
Auxiliar o médico a fazer os procedimentos específicos do pré-hospitalar, que é o responsável pela unidade.	-	0	E08, E18	2	2	10
Responsável pelos medicamentos e materiais.	E14, E15	2	-	0	2	10
Responsável pelo paciente.	-	0	E12, E16	2	2	10
Não é fácil.	E10	1	E20	1	2	10
Lidar com pacientes graves.	E18	1	-	0	1	5
Faz remanejamentos.	E04	1	-	0	1	5
O enfermeiro é mais autônomo, em se comparando com o enfermeiro do hospital.	E06	1	-	0	1	5
Procedimentos técnicos.	-	0	E18	1	1	5
Tem que conhecer bem a sua equipe.	E04	1	-	0	1	5
Trabalho braçal.	E03	1	-	0	1	5
É diferente da experiência adquirida, mesmo com urgência em um pronto-socorro.	E10	1	-	0	1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

A carga horária dos enfermeiros das USAs, normalmente, é distribuída em plantões de 12 horas. Entretanto, muitas vezes, este profissional é solicitado em ocorrências que extrapolam seu horário de trabalho. O depoimento a seguir descreve detalhadamente as possibilidades de um dia de plantão.

São plantões de 24h. A unidade, ela funciona 24h. Então, são plantões de 12, a cada 12h, refeito. A troca do enfermeiro é 7h da manhã e 7h da noite. Um enfermeiro que recebe o plantão, muitas vezes ele pode receber o plantão com a ambulância totalmente organizada. Às vezes, ele recebe o plantão e já com a ambulância vinda de um atendimento e tudo. Então, uma ambulância realmente desorganizada, não por descuido, mas porque a enfermagem acaba sendo um trabalho de continuidade. Ele acabou de atender, então você assume, e a partir daquele você é que organiza a ambulância e deixa ela apta para atendimento. No SAMU, a gente tem um horário para entrar, para trabalhar. A gente normalmente não têm horário para sair, porque, muitas vezes, 6:40, 6:50, nós somos empenhados para outros municípios, e assim ficamos duas ou três horas longe da nossa base. É comum, é rotineiro que a gente saia de plantão às 9... 10h da noite ou da manhã. A gente faz esse check-list então a partir do momento em que você coloca a ambulância em ordem, a gente está preparando, mas mesmo antes a gente tem que estar pronto. Mas a partir desse momento a gente esta completamente para poder fazer os atendimentos, diariamente. Aproveita a reposição dos materiais gastos no plantão anterior. Então, nós temos que ir na Central para poder fazer essa reposição de materiais, de medicamentos, troca de materiais e equipamentos avariados que apresentaram defeitos ou que tiveram algum tipo de problema. (E15)

Vale ressaltar que alguns dos enfermeiros que participaram deste estudo atualmente integram a Unidade de Suporte Avançado cuja base encontra-se lotada na Central de Regulação Médica (E03, E04, E05, E10, E11). A estes profissionais, além das atividades já relacionadas, é exigido supervisionar a presença de todos os profissionais das Unidades de Suporte Básico e a resolução de problemas que envolvem a cobertura de escalas e remanejamentos. Em função do rápido crescimento do serviço, do grande número de ambulâncias e do pouco ou nenhum conhecimento dos enfermeiros quanto à experiência dos profissionais que trabalham nestas unidades, esta atribuição é vista como fator de dificuldade para alguns enfermeiros. O fato de ter que conciliar esta função com as da Unidade de Suporte Avançado e as constantes interrupções no processo de trabalho também é visto como dificuldade.

Na verdade, ultimamente, o que eu acho que tem dificultado mais é o tanto de profissional novo e que não tem preparo mesmo. Eles entram aqui nunca entraram numa ambulância, nunca deram plantão, e tal. Então, eu acho que isso sobrecarrega muito o enfermeiro, tanto o profissional, todos os profissionais, o técnico de enfermagem, o motorista o médico. Isso incomoda demais a gente que já está há muito tempo. Você chega numa equipe que é todo mundo novato: "Gente, mas tá assim ainda. A cena, não fizeram nada?". Então, isso é uma coisa que, sabe, você vê que o trabalho tá ficando mal feito mal realizado por causa da falta de treinamento. Não estou falando que é responsabilidade de uma pessoa, de outra ou de outra, mas é característica que está acontecendo por causa do crescimento muito exagerado e rápido também, né. (E05)

Eu chego cedo, tomo banho, pego um plantão da colega e vou fazer o check-list, quando o povo deixa. Atualmente, esse monte de gente que falta você não consegue. Tem dia que eu termino de fazer um check-list 2h da manhã, porque você faz o check-list, remaneja, vai para a ocorrência. Aí, você volta, check-list de novo. Aí, tem outro remanejamento, outra ocorrência. (E03)

Importante esclarecer que os técnicos de enfermagem que integram as USB são frequentemente acompanhados por enfermeiros responsáveis exclusivamente pela educação continuada. Estes últimos não têm unidade nem equipe fixa e seguem uma escala semanal de acompanhamento predeterminada pela Coordenação de Enfermagem. Reitera-se que estes enfermeiros não são sujeitos deste estudo.

A maior parte dos sujeitos nucleares (E01, E04, E06, E07, E10, E15) afirma que os conhecimentos fornecidos na graduação em enfermagem foram insuficientes para as exigências dos serviços de urgência, principalmente no que tange ao SAMU.

[...] a faculdade acaba tendo um foco muito voltado para a atenção básica, muito voltada para o PSF. Então, a parte hospitalar da faculdade ela é abordada, porém abordando de uma maneira pouco aprofundada. Então, eu percebo que quem tem interesse em atendimento de urgência, em atenção hospitalar mesmo, acaba tendo que buscar isso por fora, acaba tendo que buscar via estágios, na experiência prática realmente. (E15)

[...] eu fiz um curso de cinco finais de semana completos sobre emergência, urgência e emergência que alterou muito. Se não fosse esse curso, só o período de emergência da faculdade é muito rápido e muito básico. (E14)

Hoje em dia talvez comece a ter nas universidades essa formação voltada para o pré-hospitalar, mas até então o pré-hospitalar não existia. Aliás existia sim enfermeiros, né,, que, acho eu, até hoje existe que não sabe fazer uma massagem cardíaca, que não sabe ambuzar. Tem enfermeiro que sai da faculdade hoje sem saber ambuzar. Eu vejo enfermeiros formados, recém-formados em boas universidades, vamos citar [...] não sabe nada do pré-hospitalar. Nem antes e eu acho que nem agora. Eu acho que não tem a formação acadêmica básica, não, só para pós-graduação. (E13)

Conforme dados apresentados na TAB. 17, constata-se que tanto os sujeitos nucleares quanto os secundários afirmam ter aprendido a trabalhar no SAMU com as situações vivenciadas na prática e a partir da busca individual por cursos de aperfeiçoamento e especialização ou até mesmo, sozinhos, sem nenhum vínculo institucional de formação. Observem as respostas na TAB. 17.

Tabela 17 – Processo de aprendizagem no SAMU, na perspectiva dos entrevistados

O Processo de Aprendizagem quanto ao SAMU	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
Possui especialização na área de urgência e emergência.	E01, E04, E05, E06, E07, E10, E11, E13	8	E17, E18, E19, E20	4	12	60
Frequentaram cursos específicos, por exemplo, ACLS, ATLS, BLS, PALS.	E04, E05, E06, E10, E11, E13, E14	7	E17, E19, E20	3	10	50
No sistema, não existe um protocolo. Ele é virtual. A aprendizagem é conquistada com o dia a dia.	E01, E07, E10, E14, E15	5	E12, E18, E20	3	8	40
Na época do resgate, antes do SAMU, recebeu treinamento inicial quanto aos princípios de imobilização.	E05, E06, E11	3	E18, E09	2	5	25
Não teve treinamento. Teve ajuda de colegas de trabalho.	E01, E03, E07, E13, E15	5	-	0	5	25
Afirmam que recentemente foi proporcionado aos funcionários oportunidades de capacitação.	E07, E10, E11	3	E19, E20	2	5	25
Buscou conhecimento, fez cursos de aperfeiçoamento.	-	0	E08, E12	2	2	10
Alega que a teoria é muito diferente da prática.	E11, E14	2	-	0	2	10

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Os relatos são ilustrativos:

Por melhor aluno que tenha sido, a parte teórica é muito diferente da parte prática. Na prática, a gente tem que ser mais criativo, a gente tem que improvisar muito, né, a gente tem que ter vivenciado mesmo o stress para poder atuar de acordo. Então, eu acho assim. Não é só na enfermagem; eu acho que em todos os cursos. (E19)

O SAMU é o lado profissional do enfermeiro que me obrigou a estudar sem demanda, sem precisar de demanda. Eu estudo porque eu esqueci alguma coisa. Eu sigo aquele exemplo que me deram lá no Copaer: manter o nível alto, em vez de ficar, é, o gráfico no alto. Então, se eu estou esquecendo uma coisa ou fico muito tempo sem lidar com um tipo de atendimento, eu começo a estudar ele de novo, olhar os ECGs, olhar umas aulas, estudar livros. Ou seja, estado de prontidão técnica é estar preparado tecnicamente para o que der e vier. É para poder ajudar, estar e ser bom naquilo que eu faço, né. Então, é o estado de prontidão física, de prontidão mental, de prontidão técnica, é estar preparado, né... (E13)

Em caráter excepcional, três enfermeiros (E07, E10, E11) relataram que estão fazendo um curso virtual de urgência, patrocinado pela organização (E07, E10 e E11). Entretanto, para Coelho, Figueiredo e Carvalho (2006, p. 219), o cuidar em emergência exige além do conhecimento técnico, a experiência de seus profissionais, o “saber-fazer”. Observa-se nos relatos apresentados que as questões associadas a procedimentos de imobilização e retirada de vítimas presas em ferragens de veículos são as que mais demandam treinamento e que o efetivo aprendizado depende do sujeito vivenciar a situação.

Eu não tinha a questão de rolamento, né, em acidente. Então, você tem gente ali presa em ferragens. Isso não era a minha prática. Então, muito você aprende na prática e com a equipe. Aprendi muito com o condutor, aprendi muito com médico que está cuidando do indivíduo, e você vai aprendendo. Eu acho que todo dia a gente aprende alguma coisa. Cabe a você também estar buscando, né, estar sempre ganhando, porque também você não pode sempre esperar a conduta para você aprender. Eu acho que pré-hospitalar, né, se você está no pré-hospitalar você vai buscar informações com relação ao pré-hospitalar. Então, eu acho que o aprendizado ele é constante, é diário. (E07)

Esse aprendizado constante que emerge na fala dos entrevistados, muitas vezes, é dividido informalmente entre os colegas (E01, E03, E07, E13, E15) após a prestação da assistência e os atendimentos (E05). Esta troca de experiência, assim como o vocabulário específico ao cotidiano de trabalho, faz parte da socialização secundária postulada por Berger e Luckmann (1985). Segundo os autores, este aprendizado faz

parte do processo de interiorização, que é extrínseco ao conhecimento pragmático obtido teoricamente nos cursos de capacitação, e é relevante para o bom o exercício de suas funções.

A oportunidade de conciliar o cargo de enfermeiro com a docência surge para um dos entrevistados como fator de cobrança individual e uma busca constante de aprendizado (E05):

[...] inicialmente, a dificuldade é justamente na parte de imobilização, que não era uma coisa que se praticava com frequência, mas a gente teve um treinamento assíduo de dois dias seguidos, bem árduos, com profissionais que vieram de fora, com um treinamento de fora. Já é uma prática para nos orientar nesse sentido. Ele é, como eu falei, também após cada ocorrência. Cada atendimento, a gente fazia um feedback para a avaliar os nossos acertos, os nossos erros. Sempre estar treinando nessas posições. Então, participar de muito curso, congresso e etc., para a gente sempre estar aperfeiçoando, né, dando aula, e isso ajuda também muito a gente estudar. O fato de dar aula, a gente estuda! (E5)

Quando indagados sobre o que mais gostam no exercício de suas funções no SAMU, muitos dos enfermeiros fazem referência ao fato de poder trabalhar com o inesperado (E01, E04, E06, E10, E15) e à oportunidade de aplicar seus conhecimentos técnico-científicos (E05, E07, E11, E13). Estas e outras respostas estão organizadas na TAB. 18.

Tabela 18 – Do que o enfermeiro do SAMU mais gosta no exercício de sua função

Preferências do Enfermeiro do SAMU	Enfermeiros	Total	
		FA	FR
Gosta de trabalhar com o inesperado.	E01, E04, E06, E10, E15	5	45,4 5
Dos atendimentos em geral, pois tem que aplicar ali o seu conhecimento, poder ajudar na assistência.	E05, E07, E11, E13	4	36,3 6
Atender ocorrências de trauma.	E03, E06, E14	3	27,2 7
Assistência direta ao paciente.	E01, E04	2	18,1 8
Fazer o melhor, fazer a diferença na vida de uma pessoa.	E13	1	9,09
Gosta da relação de urgência.	E04	1	9,09
Desafio.	E04	1	9,09
Atendimento também de atendimento clínico.	E14	1	9,09

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

No que diz respeito ao que os enfermeiros mais detestam no cotidiano de suas práticas no SAMU, observa-se na TAB. 19, os diferentes aspectos pontuados em suas respostas.

Tabela 19 – O que o enfermeiro do SAMU mais detesta no exercício de sua função

O que o Enfermeiro do SAMU mais detesta	Enfermeiros	Total	
		FA	FR
Não suporta o <i>estrelismo</i> : "eu sou melhor" do que todos.	E04, E13	2	18,18
Fazer transporte inter-hospitalar.	E03, E11	2	18,18
O tratamento não igualitário e salário.	E11, E13	2	18,18
Atendimento psiquiátrico.	E06	1	9,09
Existem pessoas do seu ambiente de trabalho que o entrevistado afirma não gostar.	E13	1	9,09
Grande rotatividade de técnicos de enfermagem.	E05	1	9,09
Insegurança pelo inesperado. Cada dia é totalmente diferente do outro, não gerando uma rotina.	E10	1	9,09
Não gosta de pensar em ter que fazer um parto em seu serviço.	E01	1	9,09
Você se esforça para fazer o melhor e não recebe o reconhecimento de seu esforço.	E07	1	9,09
O crescimento exagerado e rápido de novos profissionais sem nenhuma experiência, o que acaba dificultando o trabalho dos profissionais que já estão há um bom tempo no SAMU.	E05	1	9,09
Não há o que venha detestar.	E15	1	9,09

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Diante desses dados, uma questão fica em aberto: apesar de apenas dois enfermeiros demonstrarem a insatisfação quanto à questão salarial (E11, E13), a maioria deles possui mais de um vínculo empregatício (E03, E04, E05, E06, E07, E10, E11, E13). Infere-se que essa dedicação a mais de uma atividade laboral tem, entre outros objetivos, a complementação salarial. O posicionamento descrito a seguir sinaliza a insatisfação com o salário recebido e as compensações pessoais que recebem por trabalhar neste serviço.

O melhor de tudo é conseguir fazer o melhor. Eu tenho que ter tranquilidade. Se eu fizer o melhor e o paciente não viver, eu fiz o melhor. Então, eu preciso dessa tranquilidade, e dessa alegria. Eu sei que se eu for, eu vou fazer essa diferença, eu vou fazer diferença na sua vida! Eu vou te dar uma chance a mais de você ficar melhor do que você poderia estar se não estivesse aqui. Esse é meu atendimento. Quando eu saio, eu vou lá porque eu sei que eu vou fazer diferença. Se você tiver uma chance, eu vou te dar essa chance. É para isso que eu vou. É nesse sentimento que eu vou. Quando eu fecho essa porta para ir, eu fecho todas as outras portas que me doem, que é a perseguição, que é o meu salário. Então, eu quero fazer a diferença, eu quero fazer essa diferença. Eu digo "o retorno do SAMU para quem gosta do serviço é esse retorno que não remunerativo"; é o retorno pessoal de ser a melhor chance, a melhor opção, a boa opção, a chance a mais, né, do agravo a ser diminuído, qualquer que seja ele, seja de morte, risco de morte ou não, de ter uma fratura que vai ser sanada a dor até chegar no hospital; é de ter uma mão para segurar a sua. Quantas vezes que eu já fiz isso, né, de você virar para uma criança que os pais estão lá em uma situação difícil e tentar ajudar a passar aquele momento. De uma outra forma, é carregar o menino no colo que está dormindo no meu macacão agarrado com as mãozinhas enquanto os pais estavam acidentados. Ele dormiu, e eu fiquei na cena carregando o menino porque já estava tudo atendido, e o menino dormiu no meu colo. Isso para mim

também faz parte do meu trabalho. A criança estava acolhida, os pais estavam imobilizados, e ele foi para o meu colo e dormiu na porta do (nome do hospital) agarrado no meu macacão. É uma pena eu não ter essa foto, porque a gente não tem que ser só objeto de socorro. São pessoas socorrendo pessoas. Eu me importo com o que acontece com qualquer pessoa. Eu acho que esse amor é incondicional, é humano (pausa... silêncio...). Então eu acho que o retorno é esse (voz embargada... choro!), porque o que eu gosto mais é fechar a porta e fazer a diferença. Do salário eu odeio! (E13)

No decorrer das entrevistas, os profissionais também foram indagados sobre as dificuldades encontradas no exercício de suas funções. Dentre as dificuldades que mais se repetiram na fala dos sujeitos pontuam-se: falta de segurança durante a realização dos atendimentos pela exposição a situações de violência interpessoal; e acesso a vítimas em locais de vulnerabilidade social (E03, E05, E06, E14, E15, E16, E18, E20).

[...] um serviço que ainda não tem muita segurança. É a comunicação, principalmente com a polícia. Um dos momentos em que a gente vai para locais de maior risco, entram e aglomerados, favelas, isso deixa a equipe um pouco vulnerável, deixa a equipe de maneira exposta. Então, uma coisa aqui é bom registrar que a gente não está totalmente seguro, diferenciado que o ambiente hospitalar ou no pronto atendimento fixo, e lá você tem a guarda municipal, você tem segurança privada, você tem polícia militar e, muitas vezes, que já está ali. (E15)

Apreensivo, porque mesmo você tendo ciência pelo rádio que a polícia está no local, você só vai ter certeza quando chegar no local a partir do momento em que você chegou, você entrou na rua que tem um baleado. Se a polícia não está lá, não tem como você voltar, porque a pessoa vai atirar na ambulância. Então, assim você fica exposto mesmo, entendeu? (E06)

O gerenciamento da equipe de enfermagem realizado por alguns integrantes, com a necessidade de remanejamento dos técnicos de enfermagem nem sempre com experiência reconhecida pelos enfermeiros, também foi sinalizado. A falta de alguns materiais básicos e as dificuldades relacionadas à reposição, dentre outros aspectos citados na TAB. 20, encontram-se ilustrados nos relatos que se seguem.

Não deixa de ser um esquento de cabeça para a pessoa, porque já é uma responsabilidade a mais para o enfermeiro. Você imagina, você está conferindo material, daí um mucado a pessoa já foi na ambulância umas três ou quatro vezes chamar o enfermeiro para resolver problemas dentro de unidade. Fulano faltou: "a unidade tal faltou componente". Ainda tem que saber aonde tem três ou quatro componentes que pode trazer para outra base. (E02)

O trabalho braçal, independentemente do sexo, assim como os riscos ocupacionais correlatos à atividade, a incerteza de poder fazer uma refeição e o fato de ter que lidar com as alterações climáticas também são descritos a seguir:

[...] eu nunca pensei assim. Dentro de uma Unidade Avançada, o lado do enfermeiro, da enfermagem, as dificuldades que eu posso enfrentar situações, às vezes, por exemplo, chegar num lugar antes de uma USB. Não terão o apoio de uma USB, os mesmos riscos biológicos que a gente corre. Segurança pessoal é isso. Eles também estão sujeito a tudo isso: a ser agredido, um serviço braçal. Eles também tem que pegar peso junto com a gente, independente do sexo, né. Até as mulheres têm que ser guerreira mesmo, pegar mesmo como a gente. Eu acho que o trabalho não é diferente da USB não, nesse sentido não, os mesmos riscos, as mesmas dificuldades. Passam fome, às vezes, como a gente, porque não pode almoçar, não deu para almoçar, e colabora. Por exemplo, são 7:30 a ambulância não chegou aqui. Ainda está agarrada lá não sei aonde. Às vezes está vindo para cá e tem que ir para outro lugar. Então, as dificuldades que eles também têm, a gente tem também [...] (E16)

Sim, às vezes a falta de material básico dificulta. É trabalhar com colega inexperiente ou com colega de difícil relacionamento. É uma pessoa né, que dificulta. Ah, tempo climático dificulta muito às vezes. Quando está chovendo, dificulta muito, é difícil, fica muito mais difícil o trabalho. Outros locais que temos que fazer o atendimento é local de alto risco. Dificulta, o que atrapalha, né. A população, quando é local de [...] né, que tem muita gente, atrapalha também. (E14)

Tabela 20 – Dificuldades de atuação do enfermeiro, na perspectiva dos entrevistados

Dificuldades, no exercício do Enfermeiro	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Continua	
					Total	
					FA	FR
Insegurança nos atendimentos de risco.	E03, E05, E06, E14, E15	5	E16, E18, E20	3	8	40
Remanejamento de técnicos de enfermagem e rotatividade.	E03, E05, E09, E15	4	E16	1	5	25
Complexidade de atendimentos.	E06, E10	2	E18, E20	2	4	20
Dificuldade para repor material.	E13, E15	2	E18, E19	2	4	20
Às vezes, falta sintonia na equipe.	E07, E10	2	E02, E08	2	4	20
As vezes falta material básico	E14, E03, E15	3	-	0	3	15
Alguns atritos de relacionamento.	E10	1	E19	1	2	10
Fluxo de acidente com pérfuro-cortante.	E06, E14	2	-	0	2	10
Alguns atritos de relacionamento.	E10	1	E19	1	2	10
A qualidade dos equipamentos poderia ser melhor.	-	0	E18	1	1	5
Ser profissional do SAMU e mãe.	E03	1	-	0	1	5
Dependendo do médico que está formando a dupla, o serviço é cansativo.	-	0	E18	1	1	5
Há comparações de potenciais. Uma pessoa nova na equipe é cobrada por um desempenho de um profissional experiente.	E04	1	-	0	1	5
Mudança de equipamento sem treinamento prévio, tendo que aprender sozinho.	E04	1	-	0	1	5
Não existe incentivos a mestrados ou cursos de capacitação.	-	0	E19	1	1	5
Não recebem horas extras.	E15	1	-	0	1	5
Não tem horário fixo para refeições.	-	0	E16	1	1	5
Tem de adaptar os horários de eliminações vesicais e intestinais.	E13	1	-	-	1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Dificuldades, no exercício do Enfermeiro	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
O papel do enfermeiro no pré-hospitalar ainda é muito indefinido.	-	0	E18	1	1	5
Procuram diminuir ao mínimo suas necessidades, buscando sempre capacitações e aperfeiçoamento.	E12	1	-	0	1	5
Banco de horas.	E15	1	-	0	1	5
O planejamento fica por conta dos enfermeiros que conhecem a ambulância.	-	0	E17	1	1	5
Serviço braçal, independente do sexo.	-	0	E16	1	1	5
Trabalhar com colega inexperiente ou com colega de difícil relacionamento.	E14	1	-	0	1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Dois enfermeiros mencionaram a ocorrência de acidentes com material biológico (E06, E14) e certa dificuldade na condução do acidente de trabalho, que pode ser atribuída à forma descentralizada de estruturação deste tipo de serviço.

Foi em um plantão noturno de madrugada. A gente estava levando um paciente clínico para o hospital, um paciente grave. Durante o transporte, já tinha tido vários procedimentos. O transporte durou mais que 2h num atendimento bem delicado e como eu diria, bem específico. Então, o profissional que estava comigo ele pediu várias vezes os mesmos procedimentos, como glicemia, como verificação PA. Então, durante uma dessas, durante o transporte eu tive um acidente com o perfuro cortante. A paciente foi levada para o (nome do hospital). Foi comunicado, pedido o teste de HIV rápido. O plantonista queria fazer. E depois de 1h não foi feito o teste. O paciente foi a óbito, e fiz acompanhamento. [...] foi feito o diagnóstico. Depois, era um tipo de hepatite e fiz depois teste por meios próprios. Eu não tentei fazer por medo de, comunicar, porque eu acho que na época eu achei que iria ser muito lento. Então, eu acabei vindo no hospital que eu trabalhava, eu trabalhava ainda e fiz os testes todos lá. (E14)

Já tive acidente com um carro, tive acidente de ambulância. Graças a Deus foi leve o acidente. O acidente foi feito, mas eu só tive uma fraturinha costal, mesmo, que é horrível. Você fica com dor assim um mês sentindo dor, mas coisa leve e acidente com perfuro-cortante, que, graças a Deus, não era contaminado, mas um paciente que puxou a agulha e me furou (risos...). Assim, é complicado. Você assusta, e tudo, e pensa: “nossa, não vou nem querer voltar”. Mas acabou voltando e esquece aquilo rapidinho, né. (E06)

O atendimento a pacientes da faixa etária pediátrica foi atribuído por alguns entrevistados como fator de dificuldade para os integrantes da equipe multiprofissional, de uma forma geral. O relato de E11 mostra que neste tipo de ocorrência o enfermeiro pode sobressair e, até mesmo, ter certo grau de autonomia e diferenciação em relação ao atendimento.

Hoje em dia não. Antes, sim. Antes eu ficava bem aflita, né, quando era RN e criança, né. Hoje em dia isso diminuiu bastante, até porque eu fui estudando, buscando mais conhecimento em relação a essa assistência. Mas ainda tem relação a algumas particularidades de RN e pediátrico, porque ainda não consegui. A gente não tem material para algumas práticas em relação a eles, e a gente também mantém a prática em si. Os médicos, essa parte de pediatria e de RN, é a mesma coisa. Eles têm um déficit de conhecimento gigantesco. A gente conversando, conversa muito, né, durante de plantão com eles, e a gente percebe que eles também têm grande dificuldade nesse tipo de assistência. (E14)

Tem pessoas que têm mais dificuldade diante desse quadro. Eles entregam muito para a gente. Eu não acho isso, ruim não. Muito pelo contrário. Eu acho que uma segurança, a partir do momento que você tem mais habilidade, eu vou deixar você atuar muito mais do que a outra, não é?, Lógico! Se eu estou trabalhando com um profissional que é pediatra, está mexendo com pediatra, ótimo! A segurança é dobrada. Mas se eu estou trabalhando com um profissional que não é pediatra, mas que eu estou atendendo, ele automaticamente entrega, como já aconteceu comigo de eu estar pegando e fazendo inclusive uma transferência hospitalar de uma criança de meses, e eu estava com uma médica que não era pediatra, e ela tinha muita dificuldade. É lógico que ela viu o estado da criança precisando de ajuda, mas ela tinha uma dificuldade. Falei: “não, pode deixar que daqui eu cuido”. Colocar no colo a criança, colocar o oxigênio na criança, lidar com ela num chorar. Nossa, você entende, não, gente! Aqui é o cuidar! Aí que está a diferença: é o cuidar. (E11)

Apesar das inúmeras dificuldades relatadas, a carga horária diferenciada, em se comparando com outros contextos de atuação (E10, E11, E15), o trabalho em equipe com o nível de conhecimento mais nivelado e a abertura de novas frentes de trabalho (E17, E20) foram destacados como pontos facilitadores para a realização de atividades pelo enfermeiro deste serviço. (TAB 21)

O relato que se segue exemplifica tais facilidades:

Eu já tive um atendimento onde estava só eu e o médico. Tinha vários médicos no local. Era uma PCR de uma pessoa de poder aquisitivo muito bom, em um restaurante de classe média alta. Nesse restaurante, havia vários médicos e só eu de enfermeira. Então, a gente começou a fazer os procedimentos e eu sei que teve uma hora que eu tive que falar. Falei: “Gente, eu só vou receber orientações do médico que está comigo. Se vocês querem dar qualquer ajuda, qualquer suporte, pedir qualquer coisa, peça para ele, e ele me pede. Eu não vou admitir esse tanto de gente falando na minha cabeça, que eu sou uma só”. Nesse momento, eu tive que fazer a desfibrilação do paciente. O paciente estava em FV. Os médicos, tinha médico do pré-hospitalar da [nome de outro serviço] que ficou escandalizado. A médica que estava comigo falou: “Calma. Aqui eu rodo com um enfermeiro”.Então, para mim, aquele atendimento ali foi a glória! Ela falou para mim “aqui eu rodo com o enfermeiro” e foi legal porque no final eu tive esse retorno. O médico falou: “Nossa, eu nunca tinha visto o atendimento. Nossa, o atendimento de enfermeiro é muito diferente”. Aí, eu falei para ele: “Porque aqui você trabalha desde igual para igual. O grau de conhecimento é igual, ele é nivelado, né. Então, aqui a gente trabalha em equipe. Você não trabalha sozinho”. (E04)

Observa-se uma consonância na fala dos entrevistados no que tange à competência e capacitação dos enfermeiros. Como tal, podem ser relacionados os atos de pertencimento e de atribuição, citados por Dubar (1997). Conclui-se que tais aspectos convergem na configuração identitária do enfermeiro do SAMU (1997)

[...] aqui no SAMU existe o espírito de equipe e que cada um possa sempre estar ajudando o outro. [...] que eu conheço e tenho convívio, eu sei a capacidade deles. São bem acima do serviço, dependendo de cada situação que eles vivem, que é a situação que a gente passa. Já rolou controvérsias. Eles sempre têm uma saída. Então, eles estão bem capacitados. Eles procuram se capacitar para resolver todos os problemas. (E12)

Tabela 21 – Facilidades no exercício das atividades do enfermeiro, na perspectiva dos entrevistados

Facilidades no exercício do Enfermeiro	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
A carga horária é muito boa.	E10, E15, E11	3	E16, E17	2	5	25
A grande maioria dos enfermeiros é estuda e, portanto, o grau de capacitação é mais nivelado.	E04	1	E08, E12	2	3	15
Dependendo do médico que está formando a dupla, o serviço é melhor.	E07	1	E18	1	2	10
Abertura de novas frentes de trabalho.	-	0	E17, E20	2	2	10
O Suporte Avançado tem muita facilidade para chegar no hospital. Mais facilidade do que a Unidade Básica.	-	0	E18	1	1	5
Tem acesso a falar sobre o que precisa.	E03	1	-	0	1	5
Há uma presença de espírito de equipe.	-	0	E12	1	1	5
Gosta de atendimento de trauma.	E06	1	-	0	1	5
Está trabalhando com alguém que já conhecia.	E01	1	-	0	1	5
Facilidade para delegar tarefas.	E15	1	-	0	1	5
Não vê facilidades.	-	0	E18	1	1	5
Ter plantão fixo.	E11	1	-	0	1	5
Não é tão pesado como na UTI.	-	0	E17	1	1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

O depoimento do enfermeiro sobre o grupo com o qual se identifica revela um ato de atribuição (DUBAR, 1997) interessante: a possibilidade de dividir conhecimento, sugerindo condutas, e, assim, contribuir com a atuação de profissionais com pouca experiência.

Olha... eu acho que depende muito do médico, depende muito enfermeiro. Eu sou considerada uma enfermeira bem chata mesmo, sabe, porque o que é da minha alçada, né. Igual, por exemplo, eu não vou entrar em conduta médica porque não cabe a mim, mas se eu posso sugerir, e geralmente as condutas que eu sugiro são bem aceitas, então em relação a isso aí eu não

tenho que preocupar. Mas eu já tive divergências, principalmente com médicos novatos, né, que não conhece a dinâmica do serviço, não conhece o tipo de enfermeiro que a gente tem aqui. Eu já tive médico para falar assim: “Gente, eu nunca vi enfermeiro igual enfermeiro do SAMU”, porque aqui a gente mostra o que o enfermeiro tem que fazer, a assistência de enfermagem, e realmente quando eles conhecem, primeiro, eles ficam na defensiva, né, depois quando eles conhecem na realidade, acho que aparam-se todas as arestas, e a gente consegue trabalhar com tranquilidade, com segurança, né, com colaboração. Então, assim, quando eles conhecem o trabalho que a gente executa aqui, acho que acontece. Então, toda fica muito bem definida (E04)

Sobre o depoimento apresentado, em consonância com o processo de socialização secundária referido por Berger e Luckmann (1985), Vieira (2007) afirmam que essas oportunidades possibilitam ao indivíduo contribuir para a transformação do meio no qual está inserido.

Quanto aos desafios presentes no exercício do enfermeiro, salienta-se o acesso à vítima, mesmo em locais que oferecem risco para a equipe, para a realização dos procedimentos técnicos. Grande parte dos entrevistados (E06, E10, E15, E17, E18, E19, E20) relata que o desafio é diário, constante. A união e o entrosamento da equipe também foram apontados, assim como a capacitação para resolver problemas imprevistos inerentes ao serviço da forma mais assertiva possível.

Então, eu acho que esse é o maior desafio de conseguir: fazer as coisas certas e fazer bem feito, porque o risco de errar é muito grande. (E10)

Eu acho que o trabalho em si, você trabalhar dessa forma, é um desafio constante. Você atender na rua, você não sabe se tá na favela, você não sabe o que vai encontrar. Vai num outro lugar, então, é desafio sempre né, característico. Eu acho que outro desafio também é superar essa fase crítica que a gente tá passando. Na verdade, assim, eu vejo isso, eu vejo esses profissionais, muito carentes. Então, sabe, eles estão carentes de treinamento, de uma pessoa para eles relatarem os problemas. Eles ficam muito à mercê. Então, eu sempre procuro, nisso eu sempre procuro apoiar no que eu posso conduzir, tentar orientar, porque, na verdade, sei que são pessoas que têm boa vontade, que querem trabalhar, que querem aprender. Mas, circunstancialmente, eles têm dificuldades mesmo. Então, naquela circunstância ali eles estão em dificuldades. Então, eu sempre procuro entender isso e tento de alguma forma ajudá-los, né. Você tem que tentar ver, tentar fazer a coisa de uma forma que eles entendam, que você não está mandando, que você não está dando ordens, que você está tentando conciliar o trabalho de todo mundo, né. Então, eu acho que a gente tem que ter um papel conciliador. (05)

Os outros desafios enfrentados pelos enfermeiros no exercício de suas funções estão resumidos na TAB. 22:

Tabela 22 – Desafios no exercício das atividades do enfermeiro, na perspectiva dos entrevistados

Desafios no exercício do enfermeiro	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
Quando o acesso à vítima proporciona risco de vida.	E05, E06, E14, E15	4	E16, E18, E20	3	7	35
Diário.	E06, E10, E15	3	E17, E18, E19, E20	4	7	35
Ter união.	E06, E07, E10	3	E02, E08	2	5	25
Estar sempre capacitado para resolver problemas imprevisíveis.	E03, E05, E12	3	-	0	3	15
A composição da equipe.	E01	1	E18	1	2	10
Afirma ser um bom trabalho, mas que possui seus pontos ruins, com os quais tem que lidar.	E03, E08	2	-	0	2	10
Fazer a coisa certa e bem feita, porque o risco de errar é muito grande.	E10	1	-	0	1	5
Ficava aflita em ter que dar assistência a recém-nascidos. Hoje fica menos.	E14	1	-	0	1	5
O enfermeiro fica muito distante da equipe básica, gerando um distanciamento. E, quando tem que intervir, a aceitação é complicada.	-	0	E18	1	1	5
Ser um profissional agradável, bem capacitado e confiável.	E15	1	-	0	1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

O trecho da fala de um dos enfermeiros deixa transparecer sua projeção de ideal de identidade (DUBAR, 1997) e retrata, enquanto membro do grupo, o quanto isso se constitui em um desafio diário.

[...] percebo que o desafio é diário, para o enfrentamento diário. Já ouvi muito falar na expressão "a gente tem que matar um leão por dia", e eu venho aqui para matar o meu. Então, quero estar sempre apto. Eu quero estar sempre bem preparado. Eu quero ser um profissional que as pessoas cheguem e fiquem satisfeitos de trabalhar: "É com ele e não aquele profissional". É fulano hoje" Eu não quero ser esse profissional. Eu quero ser um profissional agradável e bem capacitado, um profissional confiável. Esse é o meu desafio. (E15)

Sainsaulieu (1997) entende que a identidade profissional se dá no contexto das relações de trabalho. Nessa perspectiva, Brito (2004) afirma que a configuração identitária do enfermeiro somente pode ser analisada se forem levadas em conta suas relações interpessoais. Assim, algumas questões relativas aos seus relacionamentos, inclusive com as questões hierárquicas da organização estudada, serão tratados no próximo item.

4.9 Relações de trabalho entre os enfermeiros e seus sujeitos relacionais

Apesar do caráter de singularidade expresso pelo construto *identidade*, Dubar (1997) afirma que sua manifestação depende da articulação entre o indivíduo e a sociedade em que vive, inclusive as instituições a que pertence. Em consonância com essa perspectiva, Dupas, Oliveira e Costa (1997) entendem que este sujeito adota atitudes mais do que impulsivas, mas conscientes e organizadas em torno de um *self* conciliador enquanto membro de um grupo social. Daí a importância de se compreender como se dá a relação do enfermeiro com os seus colegas de profissão e com os demais sujeitos relacionais na organização abordada.

Para a maioria dos entrevistados (E01, E06, E07, E13, E14, E15 E02, E08, E12, E17, E19, E20), de forma geral, os enfermeiros do SAMU têm um relacionamento tranquilo dentro desta instituição. Alguns referem que a equipe é unida (E06, E13, E14, E02, E16) e que têm a oportunidade de estabelecer vínculos que transcendem os exigidos pelas relações laborais. Entretanto, há de se considerar o tamanho do sistema e a forma como o serviço é estruturado. Seus trabalhadores seguem padrões de escalas de plantão e acabam se relacionando de forma regionalizada, muitas vezes, limitada com os colegas que passam ou recebem o plantão e com as formações das equipes, que podem ou não ser coincidentes.

Parece ser uma relação tranqüila. E quando tem mais tempo que a equipe está trabalhando dá para a gente perceber até nas interceptações. Quando a gente encontra com uma equipe do Suporte Avançado que está junto há mais tempo, você percebe que a equipe está em harmonia. Então, assim, o enfermeiro às vezes olha para o médico, o médico olha para o motorista, e um já sabe o que é que o outro quer. Então, dá para a gente enquanto técnico de enfermagem na interceptação perceber que a equipe está mais integrada ou não. (E18)

A equipe acaba que os três que estão juntos eles são muito parceiros. Então, é um tomando conta do outro. É um cuidando da segurança do outro, fazendo com que o outro possa fazer o melhor do seu serviço. (E15).

Apesar da conotação de integração ressaltada nos depoimentos a seguir, acredita-se que esta pode estar limitada à sua unidade de referência.

A relação que se dá aqui é uma relação mais estreita. É uma relação de maior confiança. Eu percebo aqui que, diferente de outros locais [...] independente de qual a sua profissão, todos os profissionais são valorizados. Existem brincadeiras aqui que a gente faz entre médico e enfermeiro, o médico motorista, enfermeiro e motorista e técnico. Então, existe uma liberdade, onde as pessoas se conhecem, as pessoas que trabalham, que tem dentro, elas se conhecem! Então, vai muito além da questão. Chego, dei o meu plantão, vou embora, né. E os laços se estreitam. Eu conheço a família de vários médicos, enfermeiros, técnicos, condutores e acaba se tornando uma família. E, em comparação com outros setores, principalmente o médico, existe uma afastamento, uma distância muito grande em relação aos outros profissionais. Entram em relação a esse trabalho para essa questão de equipe, essa questão de profissionais. O SAMU, o atendimento pré-hospitalar, ele oferece isso. Você conhece a pessoa que está ao seu lado. Você confia. Você sabe a família. Você sabe parte das histórias dos problemas. Então, é muito gratificante, especificamente para o enfermeiro. Eu me sinto muito valorizado. Eu vejo isso também nos colegas da enfermagem. Então, eu não percebia. Eu não cheguei a perceber tanta valorização em outro setor. E já trabalhei em CTI, já trabalhei em atendimento pré-hospitalar fixo nas UPAs, e tudo, e eu não percebo tanta valorização. (E15)

Isso varia muito de enfermeiro para enfermeiro, de USA para a USA. Da base em que você está, às vezes, você cria um laço com a sua USA de preferência, né, e quando você vai pôr acaso num plantão em uma outra base, você não é bem recebido. As pessoas são pouco frias com você. Então, assim, varia muito de pessoa para pessoa, de profissional para profissional. Isso é uma constante. Eu acho que não é só no SAMU. Eu acho que em todo lugar é assim, né. Às vezes, você é bem recebido, às vezes você não é bem recebido né. Você tem que contornar esse tipo de situação, né. Às vezes, a gente cria até laços de amizade mesmo, né, entre as pessoas, porque é um grupo bem fechado né. (E19)

O trecho da entrevista que se segue demonstra o quanto o motorista (E09) valoriza o cuidado do enfermeiro para com a sua segurança pessoal em relação aos riscos ocupacionais intrínsecos à atividade. Observe-se que ele atribui às profissionais enfermeiras o nome de “mãezonas”.

[...] é boa. A relação é ótima. O enfermeiro sempre com muito boa vontade, Eu te falei, às vezes para olhar endereço, às vezes quer saber se a gente está com luva. “Você está de luva? Põe luva, tá. Não esquece não. Põe máscara”. [...] então, as enfermeiras, é o que eu te falei, são as mãezonas, porque elas ficam inclusive ela tenta orientar tanto a gente quanto o médico (E09).

A TAB. 23 organiza os diferentes aspectos dos relacionamentos dos enfermeiros com os demais profissionais do SAMU, na perspectiva dos sujeitos desta pesquisa.

Tabela 23 – Relacionamentos dos enfermeiros de uma forma geral, na perspectiva dos entrevistados

Relacionamentos do Enfermeiro no SAMU	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
Relacionamento tranquilo.	E01, E06, E07, E13, E14, E15	6	E02, E08, E12, E17, E19, E20	6	12	60
A equipe é bastante unida.	E06, E13, E14	3	E02, E16	2	5	25
Convívio respeitoso, apesar de saber que não agrada a todos e que nem todos o agradam.	E11, E15	2	E08, E12	2	4	20
Relações conflituosas.	E03, E04, E14	3	E16	1	4	20
Pequenas situações com presença de estresse	E07	1	E12, E20	2	3	15
Cada pessoa tem um tipo de personalidade, gerando distanciamento de alguns.	E03, E15	2	-	0	2	10
Interação, com formação de laços de amizade.	-	0	E08, E18	2	2	10
Desconforto perante comparações de conhecimento e capacitação.	E04, E13	2	-	0	2	10
Percebe que alguns vão apenas para cumprir horário. Não vestem a camisa do serviço.	E10	1	E20	1	2	10
Nunca teve problemas.	E01	1	-	0	1	5
Está no SAMU há pouco tempo. Ainda não tem como afirmar sobre o relacionamento em geral. Os que conhecia são extratrabalho.	E01	1	-	0	1	5
No início, relações conflituosas e, com o passar do tempo, foi se tornando prazeroso. Realmente, uma equipe.	E14	1	-	0	1	5
Relação distante.	E18	1	-	0	1	5
Possui fácil acesso aos colegas, inclusive de outras unidades.	E15	1	-	0	1	5
Mantém a calma na hora do atendimento de urgência para não entrar em atrito com a equipe na frente da população.	-	0	E20	1	1	5
Não percebe competições.	-	0	E02	1	1	5
Nem todos os médicos respeitam os enfermeiros.	-	0	E16	1	1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Apesar da harmonia citada por alguns, outros entrevistados fazem referência a relações conflituosas que se estabelecem neste cenário (E03, E04, E16)

Eu acho que é uma relação que acaba tornando-se uma relação boa né. No início, pouco conflituosa, né, porque você está trabalhando o tempo todo com um profissional médico, mas com o tempo torna-se prazerosa! Realmente, uma equipe. (E14)

Muito bem, sabe por que eu sou enfermeira? Eu tenho muito bem definido,

que é função minha. Eles não me dão ordens porque eu não acato. Simplesmente, se for para definir qualidade de assistência, eu vou interagir, mas ordens à toa. Um dia desses os meninos veio chegando. O Dr..., que pensava assim mais velho, tinha uns dias a mais em relação ao outro (risos), sentou na frente. E eu estava conferido aquele tipo de cadeira que o povo senta para entubar. Aí, ele virou. Eu nem vi mais esse cara, o calouro, em relação ao outro. E ele virou para o calouro e falou assim - e eu sentada lá conferindo, o cara estava sentado conferindo junto comigo. Aí chegou a uma ocorrência e veio o doutor todo felizinho. Assim, explicando para ele: "Porque aqui, oh, nós é que mandamos, os médicos. Quem regula o sistema é quem manda". Inclusive, a cadeira onde eu estava sentada. É lógico que quando tem dois médicos; o segundo médico senta aqui, porque é posição de destaque, "Então o os assentos de destaques são destinados ao médico". Eu só olhei para a cara dele e não falei nada. A minha cara falou tudo. Hoje ele anda assim oh; ele anda no salto comigo. Ele pisa em ovos para conversar comigo. (E03)

Eu gosto do que eu faço, apesar dos pesares, apesar da profissão, apesar dos colegas. A gente tem colegas legais, pessoas boas, mas existe muita gente cheia de picuinhas, cheio de coisinhas. (E01)

Esta rotatividade dos profissionais médicos também foi citada por outros entrevistados como fator de interferência no entrosamento e na harmonia das relações.

A rotatividade de médicos. Às vezes, não é a mesma equipe. Você está aqui, você vai trabalhar com médico diferente. Tem toda uma escala diferente. Então, você não tem uma equipe fixa, né, e cada um, cada médico, tem sua forma de trabalhar. Alguns são mais agitados; os outros são mais lentos. Uns são mais educados; outros são mais inseguros. Então, depende muito da regulação, do plantão, dos atendimentos, do médico. Às vezes, o médico não consegue passar segurança para a equipe ou às vezes, a equipe não consegue passar segurança para o médico. (E16)

Então, assim, a pessoa não vê você como uma forma de contribuir. Os seus questionamentos não são vistos num grau de maturidade. Para colocar: "não, espera aí". Eu vou pegar isso aí, e vamos ver o que a gente vai pode" [...] você está fazendo isso para construir. Não, as pessoas pensam que é para tomar o lugar. (E04)

Dependendo do médico que eu estou com ele, eu e a enfermeira já vamos para a ocorrência estressados. Como se diz, vai dar problema na ocorrência, vai ser ocorrência que eu vou ter que me desdobrar mais. Vou ter que carregar mais o material, vão ter que preocupar com o material todo! Então cada equipe é uma equipe. Mas a relação do enfermeiro com o médico é tranqüila também. (E08)

Araújo-Netto e Ramos (2002) reconhecem que esses conflitos têm relação com a centralidade do saber e do poder médico no trabalho em saúde a que todos os profissionais da saúde encontram-se subordinados. A pouca autonomia no trabalho, com suas funções atreladas às determinações do profissional médico, é para Brito (2004), Almeida e Rocha (1997) e Araújo-Netto e Ramos (2002) ponto de pressão e, até mesmo, de sofrimento psíquico para esses trabalhadores.

Outro aspecto abordado nas entrevistas que tem relação com a identidade do enfermeiro do SAMU, refere-se ao modo como eles se relacionam entre si. Alguns relataram ser bons colegas, principalmente quando o assunto é troca de plantão (E05, E06). Entretanto, deixam claro que esta relação é distante (E05, E06, E16, E18). Para Sainsaulieu (1997), alguns processos impostos pelo cotidiano das organizações exigem de seus agentes o estabelecimento de encontros, situações de troca e de poder.

Quanto ao distanciamento dos colegas de trabalho, um dos enfermeiros revela que, em função do crescimento do sistema (E05) e da existência de outros vínculos profissionais (E06), há enfermeiros no SAMU que “conhece apenas de vista” (E05)

Olha, a relação, pelo menos, a minha é boa. Mas por causa dessa coisa da gente trabalhar dias diferentes, de só encontrar de vez em quando, e tal, é um pouco distante mesmo, né. Então, assim, quando precisa, você já liga para aquelas que você já sabe que têm mais disponibilidade de tudo. Têm algumas que a gente tem mais intimidade de outros meses. A gente, praticamente, hoje a gente não conhece todo mundo. Eu conheço a fulana. Trabalha na USA, mas eu só conheço de vista, né, de falar “oi tudo bem”, de contar uma coisinha aqui da ocorrência tanto eles vêm aqui, e tal. Então, assim, eu não tenho dificuldades. Mas eu acho que eu me relaciono superficial dentro da equipe (E05).

Ah, eu acho a relação boa, mas ainda é um pouco distante, meio dispersa, né, porque a gente tem pouco contato, tem poucas reuniões. Geralmente quando tem reuniões, o povo só reclama! (risos). Então, assim, você não tem muita oportunidade de convivência mesmo de tentar alguma melhoria que a gente pudesse cobrar junto, uma melhoria para a classe média de enfermeiros, para o nosso trabalho mesmo no SAMU, porque a gente não fica muito próximo. É muito complicado. Todo mundo tem dois, três empregos. Então, assim, até reunião obrigatória é difícil você encontrar todos, né. A relação é boa, né, de amizades, de coleginhas. A gente tenta. Eu acho que eu tento sempre, assim, ajudar. Precisou de uma troca, ah precisa que chegue mais cedo, e tal, cobre para mim, e tal. Aí, eu tento sempre fazer o que eu posso. E quando preciso também, geralmente, né, sou bem respondida, né, pelo outro lado. Mas eu acho que falta um entrosamento maior, por falta de tempo mesmo de todo mundo. (E06)

A partir de outros depoimentos, percebe-se que, além de uma relação distante, existem conflitos e divergências (E06, E17, E19, E08, E09) entre os sujeitos nucleares. Os depoimentos de alguns sujeitos secundários (E09, E19, E20) confirmam a existência de tais atritos. Os dados sobre os relacionamentos entre os enfermeiros relatados pelos profissionais entrevistados são apresentados na TAB. 24.

Tabela 24 – Relacionamento entre os enfermeiros, na perspectiva dos entrevistados

Relacionamentos entre os enfermeiros do SAMU	Enfermeiros	FA	Não Enfermeiros	FA	Total	
					FA	FR
Existem divergências.	E13, E14, E04	3	E08, E09, E17, E19	3	6	30
Relação distante, principalmente pela carga horária distribuída em plantões.	E03, E05, E06, E07	4	E17, E18	2	6	30
Deveriam se reunir com mais frequência, ter mais integração.	E06, E07	2	E17, E18	2	4	20
Uma harmonia na relação.	E06	2	E02, E09	1	3	15
Relação tranquila.	E03	1	E02, E12	1	1	5
Relação homogênea	-	0	E20	1	1	5
Relação respeitosa: muitos praticamente construíram, fundaram o sistema.	E10	1	-	0	1	5
Há interação. Equipe unida.	-	0	E12	1	1	5
Nunca teve problemas.	E01	1	-	0	1	5
O gerente toma decisões isoladas. Não ouve o grupo.	E05	1	-	0	1	5
Ocasional, bem restrito.	E04	1	-	0	1	5
Procuro aprender com eles. São competentes, diferenciados.	E15, E13	1	-	0	1	5
Percebe que alguns vão apenas para cumprir horário. Não vestem a camisa do serviço.	E10	1	-	0	1	5
Percebe que muitos gostam do trabalho e de estar nele.	E10	1	-	0	1	5
Relação estreita de maior confiança.	E15	1	-	0	1	5
Tem pessoas que não aceitam mudanças.	E07	1	-	0	1	5
Tem que ser os exemplos de conduta.	E10	1	-	0	1	5
Os mais antigos pensam que sabem tudo e discriminam os mais novos.	-	0	E08	1	1	5
Os mais velhos de casa não ligam muito mais para o trabalho.	-	0	E08	1	1	5
Entre algumas USAs há um bom relacionamento. Já entre outras, existe uma grande dificuldade.	-	0	E20	1	1	5
Nunca presenciou situações negativas.	-	0	E16	1	1	5
Mantêm um bom relacionamento.	-	1	E02	0	1	5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Os trechos que se seguem relacionam os atritos entre enfermeiros às questões associadas ao gênero feminino. Araújo-Netto e Ramos (2002), Abreu (2001) e Brito (2004) confirmam essa correlação com a identidade deste profissional.

São muito unidas. Eu vejo isso nelas. Elas são muito unidas. Elas fazem troca de plantão. É muito legal! Tipo assim, uma cobre a outra é muito legal, sabe? Tem uns resquíciuzinhos assim de coisa até de mulher, né, não é coisa nem de enfermeiro, mas tem um dos resquíciuzinhos mas eu acho que a classe é muito unida. (E09)

Tem muita mulher. Então, mulher é cheia de picuinhas. “Ah, você viu que fulano falou do cicrano? Ah, porque que fulano falou isso. “O homem chega e fala, a não ser que ele seja veado. Ou seja, assim vulgarmente falando, o homem chega vira para você fala assim para o colega e isso “é assim, assim, assim, assado”. “Eu não gosto disso e disso, disso, disso” Ali os dois estão conversando. Mulher, não!! Aí, sabe, cheia de frescurinha, sabe, pequenas coisas. (E01)

Um dos enfermeiros entrevistados (E13) deixa transparecer a existência de uma divisão no grupo dos enfermeiros, principalmente no que tange aos enfermeiros com mais tempo de serviço e aos que ingressaram mais recentemente.

Bem, eu me considero uma boa colega, porque eu sou séria. Mas eu sou amiga. Eu me importo com os outros. Eu importo com o ambiente que a gente está, apesar de eu ter a personalidade muito forte, ser uma pessoa atirada, a falar o que pensa e tudo. Como diz, eu sou aquela pessoa assim “Ah, ela tem uns defeitos, mas tem muita qualidade, né”.. Como eu sou muito séria no que eu faço, eu não sinto nenhum problema. Em nenhum dos lugares que eu trabalhei eu tive problemas. É direto com colega. O único problema que a gente tem no SAMU é com os colegas antigos. Isso é, eles têm problema com a gente. Eu acho que, melhor dizendo, nós não temos problemas com eles, porque eles eram a classe que dominava, eles eram os únicos sapientes. Não sei se usa essa palavra da técnica pré-hospitalar de (nome do município). Talvez em Minas eles dominavam o mercado. Aí, de repente, eles tiveram de dividir o mercado com uma turma nova, mais disposta, mais preparada, talvez, mais incentivada de alguma forma do que eles e mais nova, com cabeça melhor e um grupo que, por acaso é amigo, o que é pior! [...] ao invés de fazer grupos, ficam lá separados. Então, se elas agem assim eu não acredito que vá haver integração, a não ser que alguém de nós for chefe e que esteja a fim de pagar todos os preços! Que são bem altos para tentar pôr alguma integração, que eu acho que eles não estão a fim de fazer. Eu não acredito que eles estejam a fim de fazer, integrar. Eles estão a fim de nos entregar! (E13)

Essa segregação entre grupos de enfermeiros também foi relatada por dois sujeitos secundários (E08, E20)

Eu sempre vejo uma relação muito boa, mas assim entre os da USA 03. Tudo muito bem entre os da USA5, tudo muito bem. Eu acho que tem uma dificuldade de relacionamento dessas USA 01 com USA 03, USA1 com USA 05, principalmente USA 01 com as outras da periferia. Porque talvez as que estão na USA, por ser uma questão muito mais tempo, talvez ela se ache mais capacitada, mais necessárias, talvez, na concepção delas. No início, eu notei isso demais. No início, eu via, por exemplo, que a USA 01 tinha auxiliar de enfermagem e a USA 03 não tinha, e eu via essa guerra porque eu achava: ou todas deveriam ter ou nenhuma teria. Por que só em uma teria? Mas os próprios auxiliares de enfermagem da USA 01 não queriam vir para a USA 03. Eu não sei por que. Por localização. (E20)

No que tange à relação dos enfermeiros com as questões hierárquicas, a maioria afirma que as decisões tomadas pelos superiores são bastante verticalizadas (E03, E04, E05, E06, E13, E14) e têm relação com o gerenciamento à distância,

característico desta modalidade de serviço.

Eu acho que isso fica meio distante da gente na rua, né. Na ambulância isso fica meio distante porque a gente recebe muito assim: a ordem já foi mandada e chegou. É para fazer, entendeu? Não entra muito assim a opinião nossa, não pesa muito. Eu acho que vem muito, assim, delegado para a gente. Se mudou alguma coisa e fiquei sabendo: “Ah, mudou isso, isso e isso. Às vezes, tem uma reunião para informar alguma coisa, mas assim a gente tem que acatar, né. Não tem muito assim por falta de reuniões. A gente não tem muita opinião, né, não pode mudar muita coisa.(E06)

Eu não vejo nenhuma atuação. É em amplitude com repercussão dentro do SAMU em prol de melhora. Dessa última gestão não houve nenhum treinamento eficaz para os funcionários do SAMU. A escuta foi péssima. Não houve escuta. E quando houve escuta, houve punição por causa de escuta. Foi obrigado a escutar a pessoa, porque a pessoa estava gritando muito alto. Aí, chama e pune. Ou seja, não tem interesse algum em melhoria de serviço. (E13)

Aqui, para mim, de noite não tem hierarquia, não. Eu me basto. Se tiver algum bilhete para mim, eu olho, que eu olho a lista. Mas aqui eu não tenho chefe, pelo menos no meu exercício. Eu tenho que me virar. Teve noite que tinha viatura sem auxiliar, noite que cara adoeceu. Teve noite aqui do final do ano passado que foram noites difíceis. Eu não tinha ninguém para resolver para mim, não. Então, eu corria para lá e para cá. Se você tiver um tempo, corre o olho nos relatórios que eu fiz. São coisas difíceis. Então, se você vai falar das pelepas que você tem, fica parecendo que você está achando que o seu chefe não tem dificuldades dele. Mas cada um em seu canto chora seu pranto, pranto da hora. Ele é diferente do conjunto, porque eu choro agora. Amanhã, quando eu tiver que chorar, eu já diluí a lágrima, já está diluída. Eu penso de outra forma. Então assim; a presença do chefe existe, mas não faz muita coisa, não... E03

Neste último caso, o enfermeiro reporta à solidão na tomada de decisões, que pode, mais uma vez, ser atribuída ao gerenciamento distante, que se apresenta como uma importante característica deste serviço. Ainda nessa perspectiva, é importante citar que o grupo de enfermeiros e técnicos de enfermagem é coordenado por um enfermeiro cujo cargo lhe é confiado pela gerência do SAMU. Historicamente, os pré-requisitos mínimos para exercer este cargo são: ser integrante do grupo de enfermeiros do SAMU do município estudado e, preferencialmente, ter ingressado na instituição por meio de concurso público.

Ainda em relação às questões hierárquicas, interessante destacar o conteúdo desses depoimentos:

Eu nunca recebi nenhum feedback, nenhum feedback. Todos os cursos que eu fiz quando eu vim para cá, né, ACLS, ATLS, o PHTLS, eu fiz por conta própria.(E04)

É ele quem manda no atendimento. E, mesmo se tiver com outras equipes, polícia, bombeiro ou outras pessoas no local, a palavra soberana é dele. Se ele estiver mandando fazer alguma coisa errada que vai contra a ética, eu não faço. Aí vai ter confusão. (E06)

Quando você trabalha em equipe você é tão importante quanto o outro. O médico é importante? E, mas ele vai conseguir fazer alguma coisa sem a presença do enfermeiro? Não. Muitas vezes a enfermeira está ali inclusive para ajudar a ele até a reconhecer uma coisa que não foi reconhecida, e o enfermeiro hoje está se aperfeiçoando muito e está com um conhecimento muito elevado também. Então, não é por aí. Eu não acho que a diferença salarial deveria ser tão gritante de um para o outro. Existe essa hierarquia profissional! no Brasil? Existe, infelizmente. Ganha mais o médico e menos o enfermeiro. Tudo bem, mas não precisava ser disparada (E11)

Note-se que um dos enfermeiros deixa claro sua insatisfação em relação às discrepâncias salariais em se comparando com a categoria dos médicos. O outro revela que nunca recebeu *feedback* de seus superiores, assim como a pouca disponibilidade de cursos para os trabalhadores.

Muitas dessas situações denotam confrontos e empoderamento nas relações de trabalho que reforçam a busca desses profissionais por uma identidade positiva (SAINSAULIEU, 1977, VIEIRA, 2007) e a quebra do paradigma de pouco reconhecimento social e profissional, historicamente associado à sua profissão (RIZZOTTO, 1999; ARAÚJO-NETTO, RAMOS, 2002; WALDOW, 2001; BRITO, 2004).

Assim, acredita-se que as relações de trabalho escrevem suas trajetórias profissionais e delimitam de alguma forma sua identidade neste contexto de atuação.

O que eu vejo, às vezes é que, né. Tem pessoas que não aceitam mudanças. "Vamos mudar e fazer dessa forma?" "Ah, não, porque não gosto de fazer dessa forma, sabe?" "Já está estabelecido. Eu prefiro assim". Não sei. Eu acho que o que é para mudar? Depois, ter uma avaliação, né, ver que melhorou para o grupo, né, porque eu também não posso visar também só o meu bem-estar, né, o que me agrada, né. Eu preciso estar no grupo! Se não, eu trabalharia sozinho, né, Assim, eu acho que tem que estar aberto mesmo a mudanças. É dinâmico mesmo isso aí, a saúde, né, procedimentos, tecnologia. Tudo isso sempre vai ter alguma mudança chegando perto de você. Então, você tem que estar aberto e procurar dar conta do recado. (E07)

Deste último depoimento emerge a proposição de Bauman (2005) sobre a pouca solidez da identidade, o que justifica a necessidade que alguns indivíduos têm de conciliar as mudanças e os caminhos a serem percorridos em suas trajetórias, como

forma de assegurar o pertencimento. Para Enriquez (1997), o indivíduo acredita que uma adaptação às circunstâncias impostas pela organização pode garantir seu reconhecimento enquanto sujeito e cidadão na sociedade.

Tabela 25 – Relações hierárquicas, do ponto de vista dos enfermeiros

Relações Hierárquicas	Enfermeiros	Total	
		FA	FR
As decisões são tomadas de níveis superiores, verticalizadas.	E03, E04, E05, E06, E13, E14	6	54,54
Consegue lidar tranquilamente.	E07, E11, E13	3	27,27
Acredita que uma discussão que envolva decisões de novas normas para o grupo tem que ser aberta a receber opiniões.	E07	1	9,09
Afirma não existir problemas.	E14	1	9,09
Afirma ser uma questão distante para os profissionais que trabalham em ambulância, pois não opinam. Quando uma ordem chega, é para ser executada.	E06	1	9,09
Tem gente que não está preparado para assumir um cargo de chefia.	E13	1	9,09
Lida muito bem com a hierarquia.	E15	1	9,09
Na rua, não percebe a hierarquia.	E16	1	9,09
Respeita todos os profissionais, independente da posição.	E11	1	9,09
Os superiores não lutam por um bem maior.	E11	1	9,09
Querendo ou não ela existe.	E11	1	9,09
Respeita todos os profissionais, independente da posição.	E11	1	9,09
Possui pouco tempo na unidade. Não conhece ainda. Não tem como falar.	E01	1	9,09

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Partindo dessa perspectiva teórica de que a identidade não é fixa, mas histórica e socialmente determinada, e somando os constantes confrontos relacionados às transformações do mundo globalizado (HALL, 2006; WOODWARD, 2007), perguntou-se aos enfermeiros sobre suas perspectivas de futuro.

4.10 Perspectivas de futuro na visão dos sujeitos nucleares

Como relatado no referencial teórico, a enfermagem vem passando por constantes mudanças desde a sua criação. Para Abreu (2001), é uma profissão em transição, na qual seus agentes buscam conquistar progressivamente novas funções, competências e autonomia, e tentam acompanhar padrões de formação cada vez mais elevados e diferenciados. Nesse sentido, os enfermeiros abordados neste estudo foram questionados sobre suas perspectivas de futuro. Após analisadas, suas respostas foram tabuladas e encontram-se descritas na TAB. 26.

Tabela 26 – Perspectivas de futuro, na visão dos enfermeiros

Perspectivas profissionais dos enfermeiros	Enfermeiros	Total	
		FA	FR
Vê que o mercado de enfermagem está ficando escasso. Houve uma explosão de faculdades de enfermagem e um fácil acesso a elas.	E03, E07, E10, E14	4	36,36
Afirma que com o passar do tempo este serviço cansa muito.	E03, E06, E11	3	27,27
Quer diminuir o ritmo de trabalho, procurando uma coisa mais tranqüila.	E03, E06, E07	3	27,27
Acredita que a oferta de emprego irá cair e que o salário irá reduzir em função da grande quantidade de pessoas formando em enfermagem.	E01, E06, E14	3	27,27
Quer poder aposentar bem, com qualidade de vida e uma remuneração boa.	E10, E11	2	18,18
Não se vê mais como enfermeira. Não vê perspectivas de crescimento dentro desta profissão.	E04, E14	2	18,18
Afirma que os enfermeiros estão cada vez mais buscando capacitação e desenvolvimento de seus conhecimentos para manter-se no mercado.	E11, E13	2	18,18
Afirma que está entrando e continuará entrando muito profissionais desqualificados no mercado de trabalho.	E14	1	9,09
Afirma que vem plantando o seu melhor, para que possa colher bons frutos no futuro.	E15	1	9,09
Espera continuar sendo enfermeira atuante.	E11	1	9,09
Pretende adquirir bastante experiência.	E06	1	9,09
Pretende se aposentar e ir morar num sítio.	E03	1	9,09

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: FA: frequência absoluta de entrevistados; FR: frequência relativa de entrevistados.

Sobre os dados reunidos na TAB. 26, nota-se uma variedade de respostas, algumas mais pessimistas (E04, E07, E10, E14), outras não (E06, E11, E 15).

Muito mercantilismo que eu estou vendo nisso. Quem está avaliando essas escolas? Estou sabendo aí que têm aula virtual e aula presencial. Quando? Curso de saúde feito à noite? Ah, não. Gente, isso é demais para minha

cabeça. É muito complicado. Então, assim, eu estou prevendo um futuro: eu na roça com aquele que falam que é meu marido. Então, assim eu estou prevendo tudo: ele com uma cadeira de balanço e eu tenho um saco de fuxicos... e tem um saco de fuxicos. Vou ter no fim da vida um saco de fuxicos (risos)...(E03)

O pessimismo e o descontentamento manifestados parecem ter relação com as incertezas quanto ao mercado de trabalho, que tem absorvido grande quantidade de enfermeiros do ensino superior em enfermagem, que, na visão dos entrevistados, encontra-se nacionalmente em expansão (E03, E07, E10, E14). Mesmo com a ampliação dos campos de atuação para o enfermeiro, estes sujeitos demonstram insegurança quanto ao futuro da profissão, principalmente no que tange à questão salarial (E01, E06, E14). Essas incertezas implicam para alguns a busca constante por capacitação e aprimoramento (E11, E13).

Agora, assim, tem muito enfermeiro, né. O salário por causa disso só vai caindo. É muito desvalorizado. Então, assim, eu tenho pena de quem se forma agora. Só é bom para quem está dando aula. Para quem está formando é uma luta. Não compensa. Eu, hoje, eu faria outra profissão. Tranquilo, procuraria outra coisa diferente, menos concorrida. (E06)

O salário caiu e está caindo, né. Então, assim, o futuro do enfermeiro ele está um pouco a desejar, né. Então, está difícil para quem está começando, né. Ver isso não está com bons olhos. Eu acho que é complicado. (E14)

Tal como aponta Bauman (2005), o depoimento a seguir sugere que o enfermeiro encontra-se incerto quanto à continuidade de sua identidade profissional, principalmente por se sentir cansado e, até mesmo angustiado pela busca incessante por conhecimento e capacitação, na perspectiva de se sentir reconhecido e pertencente a determinado grupo.

Eu vou te falar sinceramente: eu não me vejo futuramente como enfermeira. Eu pretendo largar essa profissão porque eu não vejo perspectiva e eu não quero ficar frustrada a minha vida inteira, né. Eu não quero viver esse grau de ansiedade, de frustração, porque cada vez mais que eu busco conhecimento, que eu tento aprofundar, a minha ansiedade aumenta. Parece que quanto mais conhecimento você adquire, mais você vive essa angústia, essa ansiedade, essa incerteza, sabe. E hoje em dia isso ocorre entre nós mesmas, não somente com o outro, no contato com outras profissões, mas principalmente em relação à própria enfermagem. (E04)

Uma coisa que chama atenção é que o simples fato de estar no grupo parece não assegurar ao enfermeiro o seu pertencimento.

Eu sou uma das pessoas que chegou por último no grupo. Grande parte do grupo já estava formada, e eu procuro aprender com eles, aprender com dicas com experiências, e tento absorver o máximo deles para poder me capacitar e um dia ficar tão bom quanto eles. (E15)

Outro ponto que merece destaque e que emergiu na fala de alguns enfermeiros veteranos (E03, E06, E11) trata-se da incerteza quanto a poderem continuar a ser enfermeiro do pré-hospitalar, pelas possíveis limitações de adaptação às situações adversas impostas pelas características do serviço quando combinadas à faixa etária de pessoas mais maduras.

Meu futuro já está quase chegando (risos), que eu tenho mais de 15 anos de formada. Como enfermeira mesmo, eu acho que, vai indo, a gente cansa e acaba saindo da parte de que urgência, procurando uma coisa mais tranquila e que assim se satisfaça, né [...] porque não dá para levar isso assim até chegar aposentar não. No sentido mesmo de esforço físico, né, porque mental é tranquilo. Você pode estar a última até 90 anos de idade, mas seu esforço físico mesmo para você se adaptar eu acho que todo mundo tem que fazer um exercício físico para dar conta, não ter tanta dor para todo lado, né, indisposição. Tem plantão que é puxado. Você fica dois dias se recuperando de um plantão e já está na hora de trabalhar de novo, né. Então, eu acho que com a idade isso vai pesando, e a gente tem que saber, né, perceber essas coisas. Você carrega peso, você não fica sentada, você não tem uma posição, né. Não é um serviço ergonômico. Longe disso, né. Você faz as coisas em uma posição ruim. Às vezes, dependendo do que você vai atender dentro de um carro capotado, você fica mais de meia hora em uma posição toda torta lá que nem a vítima, né. Para trabalhar assim, tem de ter muita resistência, exige muito. É imprevisível também. Você não sabe o que é que você vai encontrar. Então, não adianta você tentar programar o atendimento de uma ocorrência. Eu acho que deveria ser mais vigiado isso na questão de saúde, né. A gente sabe que tem muita gente que já quebrou a perna, trincou o pé, teve isso, teve aquilo, né, um monte de problemas. Assim, não quer dizer que poderia ser evitado, mas eu acho que a pessoa poderia estar melhor, né, para, se sofrer algum acidente, ter menos lesão, né. (E06)

Há de se destacar que os questionamentos quanto ao futuro levantaram algumas demandas organizacionais por parte dos enfermeiros. A maioria destes profissionais reconhece que suas reuniões devem ser mais frequentes e de cunho mais científico do que administrativo. Quanto às demais melhorias sugeridas, pontuam-se: apoio psicológico, melhor comunicação, maior integração social e capacitação para os profissionais.

Pelo menos as reuniões que eu participei tinha mais cunho administrativo. Você tinha os focos extremamente administrativos, né. Aquelas de cunho científico, estudo de caso, eu acho que poderia, né, existir realmente! E ter uma frequência, né, assim ser mais frequente! (E07)

Aí, o que eu acho outro complicador é a falta de repasse das informações, né. Você é o último a saber. As coisas mudam, e você fica lá sem saber. Às vezes, você fica batendo na mesma tecla. Você vai ver, aquela rotina não existe mais. Então, assim, não você não é informado, né. Não existe um repasse de informação. O repasse de informação tem que ser melhorado, né. Existe muita falha no repasse de informação. (04)

Por fim, foi recursiva na fala dos entrevistados (E02, E10, E15, E13) a necessidade de maior divulgação quanto aos objetivos do SAMU à população de sua área de abrangência.

A população não sabe quem nós somos, quem está fazendo o quê? E todas as pessoas de qualquer nível social que eu converso, e eu converso com gente de muito alto nível social e de muito baixo nível social, não sabe! Quem é quem no SAMU? Qual que é a ambulância de Suporte Básico? Qual que é de Suporte Avançado? E para que é que serve cada uma? Aliás, eles não sabem nem para que é que serve o SAMU, que dia o SAMU fez uma propaganda de para que é que serve o serviço de atendimento? (E13)

Com o aumento dos carros, do sistema, o SAMU foi criado, aumentou os carros entendeu? Porque nós tínhamos só quatro carros. Hoje em dia, nós temos grande quantidade. Não paramos naquele tempo em que não melhorou muito a população. Então, melhorou muito. Muita coisa que a gente não via hoje em dia você vê. Você atendendo as pessoas. É muito importante isso. Volto a repetir: acho que deveria de ter uma propaganda para realmente explicar para a população, porque tem muitas pessoas que realmente ele não sabe o que o SAMU faz. Então, ele chama inocente, ele chama for chamar. São pessoas leigas e sem informações, entendeu, que deveria ter uma informação para a população por isso, entendeu, para educar a população e explicar o que realmente é o trabalho do SAMU. É um trabalho muito importante, entendeu como é que é? Basta, gente. Isso está na mão do povo. Basta saber usar. (E02)

Diante do exposto, fica explícito que o SAMU apresenta características próprias para seus profissionais. Entretanto, as constantes alterações por que vêm passando, traduzidas na incorporação de novas tecnologias e na tentativa de padronização pelos órgãos competentes, acrescidas da competitividade crescente do mercado de trabalho, podem ser, na visão de Silva e Vergara (2003), responsabilizadas pelas mudanças nas relações desses profissionais não só com esta instituição, mas também com a sociedade e com ele mesmo e contribuem, também, por alterar sua identidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender como vem se configurando a identidade do enfermeiro que trabalha em um SAMU mineiro. Para sua realização, delineou-se uma pesquisa descritiva e analítica, de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso.

Com base nos pressupostos de Dubar (1997), que assinala que a identidade é configurada na percepção de si mesmo (identidade real) e do outro (identidade virtual), os enfermeiros que trabalham nas Unidades de Suporte Avançado constituíram os sujeitos nucleares e os profissionais que trabalham, direta ou indiretamente, com eles, os sujeitos secundários ou relacionais. A coleta de dados se deu por meio de levantamento documental de fontes internas, de questionários sociodemográficos e de entrevistas com roteiros estruturados, as quais foram realizadas com enfermeiros e não-enfermeiros, o que configurou uma triangulação entre dados (JICK, 1979; COLLIS; HUSSEY, 2005).

Quanto à descrição sociodemográfica dos sujeitos, foram entrevistados 20 profissionais, sendo contabilizados 11 sujeitos nucleares (enfermeiros) e 9 secundários (não enfermeiros). A respeito do grupo de enfermeiros estudado, este é majoritariamente do sexo feminino (80%), situados na faixa etária ampla entre 26 e 50 anos de idade e tempo de formação acadêmica que revela a existência de profissionais maduros, com graduação entre 6 a 20 anos de conclusão. Quanto ao vínculo institucional, 10 dos 11 enfermeiros entrevistados entraram nesta organização via concurso público e 4 deles trabalharam já no modelo anterior à criação do SAMU. Apenas 1 dos sujeitos entrevistados não possuía nenhuma experiência com atendimento de urgência antes de ingressar neste serviço. Entretanto, para a totalidade deles tratava-se de um serviço novo, nunca antes transitado.

No que tange ao grupo dos sujeitos relacionais, a maioria dos participantes é do sexo masculino (66,6%), possui entre 31 e 40 anos (62%) e vínculo institucional entre 6 a 10 anos (44%). Os médicos são todos concursados e os motoristas-socorristas são vinculados a uma empresa terceirizada que presta serviços ao

município. Um dos técnicos de enfermagem é concursado e o outro firmou contrato administrativo de prestação de serviço com esta instituição. A totalidade dos sujeitos secundários antes de entrar para este SAMU possuía alguma experiência relacionada à atividade desempenhada. Mas, assim como os enfermeiros, nunca haviam trabalhado em serviço de atendimento pré-hospitalar.

Ficou caracterizado na fala dos sujeitos que o SAMU é uma modalidade de atendimento especializada, com características bem peculiares e que proporciona aos seus pacientes a oportunidade de intervenção aos agravos ameaçadores à vida antes mesmo de serem encaminhados à unidade hospitalar. Dentre as diferenciações e os pré-requisitos atribuídos aos profissionais que trabalham neste serviço salienta-se a necessidade de estarem preparados a todo o momento para atender pacientes de qualquer agravo, em todas as faixas etárias, de qualquer classe social, em qualquer lugar, independente das condições climáticas. Os profissionais do SAMU não têm assegurado um horário certo de terminar um plantão, de fazer suas refeições e nem mesmo de atender suas necessidades de eliminação.

Em detrimento da legislação que rege este serviço, pautada nas diretrizes de integralidade, equidade e universalidade que balizam o SUS, estes profissionais confrontam frequentemente com realidades envoltas de vulnerabilidade social. Portanto, acrescidos dos riscos ocupacionais físicos, químicos e biológicos intrínsecos aos serviços de saúde, ficam expostos às situações de violência interpessoal, tão frequente em seus contextos de atuação.

De modo geral, a expressão de sentimentos positivos na fala dos sujeitos nucleares e secundários traduz satisfação e realização profissional em poder ajudar o próximo e a oportunidade de fazer diferença nas diversas situações adversas encontradas. A convivência com situações imprevisíveis e desafiantes, e a busca constante por capacitação e atualização parecem traduzir-se na identidade organizacional e confundir-se com a identidade das diversas categorias profissionais e ocupacionais presentes.

O percurso da trajetória profissional dos sujeitos nucleares revela que os processos

secundários de socialização profissional iniciaram-se ainda enquanto acadêmicos de enfermagem; basicamente, nos estágios extracurriculares. Os primeiros contatos com a assistência a pacientes graves majoritariamente se deram em centros de terapia intensiva, onde despertou o interesse por este tipo de atuação.

Quando solicitados a falar sobre sua trajetória profissional, 5 dos 11 enfermeiros deixaram claro que a opção pelo curso de enfermagem foi uma alternativa em função de diversas dificuldades em frequentar o curso de sua primeira opção. Dentre as dificuldades, pontuam-se a presunção de uma condição financeira insuficiente e a não aprovação no curso de sua primeira opção. Ainda sobre esta temática, alguns dos entrevistados revelaram que quando entraram na faculdade nem sabiam o que era ser enfermeiro. Todavia, apesar do desconhecimento inicial, da falta de sentido vocacional e até mesmo da reprovação da família pela escolha, uma relação afetiva foi estabelecida já durante o processo de socialização ocorrido ainda na academia.

Quando indagados sobre como aprenderam a ser enfermeiro, os entrevistados confirmaram que a identidade profissional só se constrói na prática, nos contextos que permitem identificação com modelos de conduta e a comparação entre os pares relacionais.

Retornando aos objetivos desta dissertação, o cotidiano de trabalho dos enfermeiros do SAMU caracterizou-se pela realização de procedimentos assistenciais de maior complexidade e pela organização do cenário de cuidar, que engloba o *check-list* da configuração preestabelecida da ambulância de Suporte Avançado, a higienização e desinfecção de materiais permanentes e a reposição dos materiais gastos nas ocorrências, dentre outros. Alguns enfermeiros cuja base encontra-se lotada na Central de Regulação declaram que participam da supervisão indireta dos técnicos de enfermagem escalados nas Unidades de Suporte Básico e que a estas atividades atribuem pontos dificultadores.

Os relatos destes últimos entrevistados desvelam insatisfação e dificuldade para conciliar tal atividade com as da Unidade de Suporte Avançado, principalmente no que concerne à necessidade frequente de remanejamentos de profissionais cujo perfil e experiência não são de conhecimento dos enfermeiros. Sobre este assunto, importa salientar o contexto de mudanças por que vêm passando a instituição

estudada, com a ampliação dos postos de trabalho e a alta rotatividade de algumas categorias profissionais, dentre elas os técnicos de enfermagem.

O fato de executarem um serviço interessante e desafiador motivou a maioria dos sujeitos nucleares a ingressar no SAMU. Em contrapartida, a dificuldade em fazer parte deste grupo e a pouca receptividade de alguns colegas enfermeiros veteranos foram enfatizadas por pelo menos 4 enfermeiros entrevistados. Apesar de se constituir um serviço novo, a experiência profissional é correlacionada a um ato de pertença por seus membros.

Além da experiência profissional e da habilidade técnica, na percepção dos sujeitos nucleares e secundários, para ser enfermeiro do SAMU, o profissional deve gostar de trabalhar com urgência, estar sempre se aperfeiçoando e ter boa vontade e interesse em crescer. Demonstrar dedicação e compromisso com o serviço, revelar agilidade e objetividade na avaliação dos pacientes e na realização de procedimentos, possuir autocontrole e capacidade de adaptação às adversidades nos diferentes locais de atuação do SAMU também foram considerados pré-requisitos para um enfermeiro ideal para o SAMU. Percebe-se que a assistência transcende os procedimentos técnicos e envolve uma visão mais holística e humanizada por parte deste profissional. O processo de cuidar definido por eles engloba não só o doente e sua família, mas também os colegas de trabalho dos enfermeiros.

Desse modo, no que concerne à identidade biográfica configurada pelos atos de pertença descritos pelos sujeitos nucleares, percebe-se que alguns coincidem com os traços de identificação de enfermeiro ideal relatados anteriormente. Assim, a identidade real do enfermeiro do SAMU pode ser caracterizada como um profissional que conhece e participa de forma global das ações desempenhadas no SAMU, gosta do serviço e das atividades que realiza, está sempre correndo atrás de capacitação e aperfeiçoamento profissional, além de se cobrar e se desdobrar por superar e se adaptar às adversidades intrínsecas à atividade. A proximidade com as práticas assistenciais e a oportunidade de não delegar o cuidado aos outros membros da equipe de enfermagem constituem algumas das diferenças deste profissional em comparação com o contexto hospitalar. A possibilidade de dividir

responsabilidades com o médico é correlacionada ao sentimento de pertença e denota, nesse serviço, alteração nas relações de poder historicamente observadas. Alguns enfermeiros expressaram que se consideram pessoas “batalhadoras”, “vaidosas”, “elitizadas”, “solitárias” e, até mesmo, “geladas” e de pouco relacionamento interpessoal. A apropriação de valores do grupo em relação aos processos de identificação e a comparação entre seus membros traduzem a transação subjetiva destes enfermeiros na busca por uma identidade positiva, de pertencimento e reconhecimento profissional.

Em relação aos atos de atribuição reportados pelos sujeitos relacionais que configuram a identidade virtual do enfermeiro deste SAMU, pontuam-se: profissional diferenciado, experiente, que conhece tudo que tem dentro da Unidade, que trabalha e que frequentemente encontra-se envolvido com questões relativas ao aprendizado, capacitação e aperfeiçoamento. Assim como na identidade real, os sujeitos relacionais o definem como um sujeito solitário, de pouco relacionamento tanto com os técnicos de enfermagem quanto com os demais enfermeiros. Diferenças individuais marcadas pelas relações de gênero e de poder foram frisadas pelos sujeitos relacionais. E, assim como a cooperação na superação de dificuldades, a troca de conhecimento com profissionais menos experientes e a busca por reconhecimento recíproco fazem parte da transação objetiva que configura a identidade virtual do enfermeiro deste SAMU.

Os resultados desta pesquisa apontam para um projeto identitário de reconhecimento entre seus membros no qual os enfermeiros frequentemente se veem obrigados a adotar padrões de comportamento direcionados a preencher a expectativa do outro. O reconhecimento recíproco almejado é conciliado no dia a dia de um trabalho prazeroso e, ao mesmo tempo, difícil.

Portanto, esses dados evidenciam que não basta dominar os saberes teóricos adquiridos nos cursos de capacitação e aperfeiçoamento. O contato com a realidade e a aprendizagem construída diariamente no SAMU com a troca de experiências exercem papel fundamental na construção identitária destes enfermeiros. Nota-se que os sujeitos nucleares consideram importante ter um conhecimento mais nivelado, que, muitas vezes, é dividido com profissionais médicos menos

experientes, contribuindo, assim, para uma conduta mais assertiva, com seu processo de aprendizado e também com uma contribuição diferenciada para a construção de um projeto identitário peculiar nesse espaço de trabalho.

Também é interessante registrar que foram encontradas divergências nos depoimentos quanto às questões associadas aos relacionamentos entre os enfermeiros e os demais integrantes do SAMU. Apesar da conotação de tranquilidade e da integração ressaltadas por alguns, outros depoimentos revelaram a existência de conflitos que escrevem as trajetórias destes profissionais e influenciam sobremaneira em seu processo identitário neste contexto de atuação.

Diante do cenário descrito, espera-se que os resultados deste trabalho contribuam para que enfermeiros e outros membros da equipe de saúde reflitam sobre sua prática, principalmente no que concerne às relações de trabalho. Suas falas sinalizam para a necessidade de relações hierárquicas mais horizontalizadas e da realização de reuniões mais frequentes, não apenas de cunho administrativo, mas também científico e de integração.

Como toda pesquisa que traz contribuições, esta também apresenta limitações. Considerando-se que a estratégia de pesquisa utilizada, tratando-se de um estudo de caso, não é possível fazer generalizações.

Portanto, longe de esgotar estas discussões, este trabalho abre novas possibilidades de investigação. Apesar da ampliação de frentes de trabalho, como no caso do SAMU, as perspectivas pessimistas de futuro verbalizadas por alguns enfermeiros em face das constantes transformações pelas quais vêm passando sua profissão, acrescidas das relações de poder reveladas e da luta pela quebra do paradigma de pouca autonomia e valorização profissional, sugere-se que pesquisas que abordem esta temática possam ser desenvolvidas em contextos similares de atuação.

É nesta perspectiva que se finaliza esta dissertação: não basta estar no grupo de enfermeiros deste SAMU para se sentir pertencente ao grupo. Não basta submeter-se a um concurso e integrar uma equipe de Suporte Avançado de Vida. É preciso

construir e reconstruir essa identidade numa trajetória envolta de muito estudo, de ocorrências desafiadoras e de alta complexidade, de alegrias pelas conquistas, de desabafos, de conformidade ou lágrimas por um paciente perdido, de privação do convívio de seus familiares e entes queridos em datas comemorativas, de conflitos entre colegas, de uma gravidez que lhe impossibilita de atuar, mas, enfim, de muito prazer por conseguir fazer a diferença. Encerra-se esta reflexão com um trecho de uma entrevista que bem retrata o que é ser enfermeiro no SAMU abordado:

[...] eu acho que é um enfermeiro assim mais autônomo, que consegue se virar mais sozinho, né. Tem muita criatividade, porque ele precisa conseguir lidar bem com imprevisto, porque nunca um atendimento é igual ao outro. Você pode ter um mesmo acidente, o mesmo local, com o mesmo tipo de veículo. O paciente não vai ser o mesmo. Não vai ter as mesmas lesões, e tal. Então, assim, é lidar mesmo com o imprevisto, é ter criatividade e segurança no que vai fazer, é saber conduzir uma mesma técnica, o mesmo procedimento em várias situações, entendeu, e não há situação ideal. Porque a gente aprende no ideal, mas a gente quase nunca tem a oportunidade de fazer no ideal. Então, assim, eu acho que alguém que tem que ter criatividade, estar bem disposto, né. Você acorda de madrugada e sai para a ocorrência. Então, assim, é acordar rápido, é agir rápido (risos). Mas é bom, ué, para quem gosta, né. E quem gosta não quer sair de jeito nenhum. E por aí vai. É muito bom! Eu gosto demais. Assim me identifiquei e assim agarrei meu lugar. (E06)

REFERÊNCIAS

ABREU, W.C. Identidade, Formação e Trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Estudo Multicasos. Lisboa: Educa, 2001. 328 p.

ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, S.M.M. **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.

ARAÚJO- NETTO, L.F.S.; RAMOS, F.R.S. Enfermeiro: o papel que se define nas relações conflituosas. In: Simpósio Brasileiro Comunicação Enfermagem, 8, 2002, São Paulo. **Anais...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000200058&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 24 Jul. 2009.

ARAÚJO NETTO, L.F.S.; RAMOS, F.R.S. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.50-57, 2004.

AUBERT, N. A Neurose Profissional. **ERA**, São Paulo, v. 31, n.1, p. 84-105, Jan / Fev. 1993.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70 LTDA, 2004. 223 p.

BAUMAN, Z. **Identidade**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros (1925), Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. 109 p. Título original: *Identity: conversations with Benedetto Vecchi*.

BECK, C.L.C. **O sofrimento do trabalhador: da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem**. 2001. Tese (Programa de Pós-graduação em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2001

BERGER, P.L.;LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 20. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1985. 247 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução n.196. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em:<
<http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude>> Acesso em: 5 jun. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2923, de 09 de Junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Disponível em:
 <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude>> Acesso em: 5 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação**. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001a
 Disponível em:<<http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>>
 Acesso em 18 out. 2008

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN Nº. 260/2001b: **Fixa as Especialidades de Enfermagem**. Disponível em:
<http://www.corensp.org.br/resolucoes/Resolucao260.htm> Acesso em 2 dez. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048 de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2. ed. ampl. Brasília: M.S. 2004. p. 51-243. (Série e Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências / Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. Editora do Ministério da saúde. Brasília: 2006 Disponível em:
 <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude>> Acesso em: 5 jun. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Rede Nacional SAMU 192**. Etapas, localidades e cidades atendidas. 2008. Disponível em:
 <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23745&janela=1> Acesso em 30 set. 2008.

BRITO, Maria José Menezes. **O enfermeiro na função gerencial: desafios e perspectivas na sociedade contemporânea**. Belo Horizonte. 1998. 176 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 1998.

BRITO, Maria José Menezes. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados em Belo Horizonte**. 2004. 393 f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 199 p.

CAPPELLE, M.C.A.; MELO, M.C.O.L, GONÇALVES, C.A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Revista Eletrônica de Administração da UFLA**. v.5. n.1. p. 69-85, jan/jun., 2003.
<http://dae2.ufla.br//revista/Revista%20V5%20N1%20jan_jun%202003_6.pdf> acesso em 15 de setembro 2008.

CASTELLS, M. **O poder da identidade: a era da informação- economia, sociedade e cultura**. v. 2. Tradução de Klauss Brasundini Gerhardt. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008, 530 p. Título original: *The Power of identity*.

CINTRA, E.A. *et al.* **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000

CHAMON, E.M.Q.O., MARINHO, R.C., OLIVEIRA, A.L Estresse Ocupacional, Estratégias de Enfrentamento e Síndrome de Burnout: um estudo com a equipe de enfermagem de um Hospital Privado do Estado de São Paulo. In: ENANPAD, 30, 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2006

COELHO, M.J.; FIGUEIREDO, N.M.A.; CARVALHO, V. Tipos de Cuidado em Emergência. In: FIGUEIREDO, N.M.A.de; VIEIRA, A.A.B. **Emergência: atendimento e cuidados de enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006 p. 304

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração**. São Paulo: Bookman, 2005.349 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 1.643/2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Brasília, Distrito Federal, 07 de agosto de 2002. Disponível em: <<http://www.ctsistemas.com.br/documentos/TELEMEDICINA.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2008.

CORTEZ, M.S.M. **A dependência do paciente portador de traumatismo craneoencefálico por acidente automobilístico: um desafio para a família.** 2003. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – E.E., Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

COUTINHO, M. et al. Estudo de 596 casos consecutivos de traumatismo craniano grave em Florianópolis – 1994 – 2001. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.15, n.1, p.19-26, jan/mar. 2003.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** Tradução de Ana Izabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5 ed. ampl. São Paulo: Cortez, 1992. 168 p.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência.** São Paulo: Atlas, 1987. 118p.

DUBAR, C. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais.** 2. ed. São Paulo: Porto Editora LTDA, 1997. 240 p. Título original: *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles.*

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática da enfermagem. **Rev. Esc.Enf. USP**, v. 31, n.2, p. 219-26, ago., 1997.

ENRIQUEZ, E. OS Desafios Éticos nas Organizações Modernas. **Revista de Administração de Empresas.** São Paulo, v.37, n.2, p.6-17, Abr./Jun.,1997.

ESTHER, A.B. **A Construção da Identidade Gerencial dos Gestores da Alta Administração das Universidades Federais em Minas Gerais.** 2007. 276 f. Tese (Doutorado em Administração) - Centro de Pós-graduação e Pesquisas em Administração, UFMG. 2007

FERREIRA, A. B. DE HOLANDA. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2. Ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1986. 1838p.

FLORÊNCIO V.B. et al. Adesão às preocupações padrão entre os profissionais da equipe de resgate pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros

de Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n.1, p.43-48, 2003. Disponível em <<http://fen.ufg.br/revista>> Acesso em 30 de outubro 2008.

FIGUEIREDO, N.M.A. et al. **Fundamentos, Conceitos, Situações e Exercícios**. Série Práticas de Enfermagem. São Caetano do Sul, SP: Difusão Enfermagem, 2003. 398 p.

FIGUEIREDO, N. M. A.; SANTOS, I. Introduzindo a Enfermagem Clínica no Ambiente Terapêutico Hospitalar. In: SANTOS, I. **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar. Realidade. Questões. Soluções**. Série Atualizações em Enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. v.2, 3-20 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 22. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979, 295 p

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

GOMES, A.M.T; OLIVEIRA, D.C. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13 n.6, nov./dez, 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

GOULART, I.B. Subjetividade nas Organizações In: VIEIRA, A.; GOULART, I.B. **Identidade e Subjetividade na Gestão de Pessoas**. Curitiba: Juruá, 2007. 295 p.

HADARA, M.J.C.S. et al. Epidemiologia em crianças hospitalizadas por acidentes. **A Folha Médica**, Rio de Janeiro, v.119, n.4, p.43-47, out/dez, 2000.

HALL, S. **A identidade na pós-modernidade**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006. 102 p. Título original: *The question of cultural identity*.

HORA, C.; SOUZA, E. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 93-98, jan/fev, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE.
Tabela: População residente, por sexo e situação do domicílio, população residente de 10 anos ou mais de idade, total, alfabetizada e taxa de alfabetização, segundo os Municípios. 2000. Disponível em:<
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php>
> Acesso em: 16 set 2007.

ITO, E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

JICK, Todd D. Mixing Qualitative and quantitative methods: triangulation in action. **Administrative Science Quarterly**. v. 24, p.602-611, December, 1979.

KEMMER, L.F; SILVA, M.J.P. A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, mar./abr. 2007.

KUENZER, A.Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Curitiba, v. 2, n.1, p. 239-265, 2004.

LUNARDI-FILHO, W.D; LUNARDI, V.L; SPRICIGO, J. O Trabalho da Enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.9 n.2, mar./abr., 2001.

MACHADO, Hilka Vier. A identidade e o contexto organizacional: perspectiva de análise. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v.7, Edição especial, p.51-73, 2003.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 315 p.

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.

MARTINS, F.J.A. **A Primeira Resposta**: manual do socorro básico de emergência. 5. ed. Belo Horizonte: Fundação Maria Resende Costa, 2001.

MELO, M.C.O.L. **Estratégias do trabalhador informático nas relações de trabalho**. 1991. 411 f. Tese (Concurso Prof. Titular) - FACE, UFMG, Belo Horizonte. 1991.

MELO et al. Em busca de técnicas complementares em pesquisa qualitativa no campo da administração. In: GARCIA, F.C. (coord.). **Administração - Metodologia - Organização - Estratégia**. Fernando C. Garcia, Luiz Carlos Honório (Coords.) 2. ed. Juruá, 2007. 248p.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999, 300p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000. 269 p.

MOREIRA, M.C.N. Imagens no espelho de vênus: mulher enfermagem e modernidade. **Rev. Latino-AM. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.7, n. 1, p.55-65, jan., 1999.

PÁGES, M. et al. **O Poder Das Organizações**. São Paulo: Editora Atlas, 1993.

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

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999

RIZZOTTO, M. L. História da Enfermagem e sua Relação com a Saúde Pública. Goiânia: Editora A/B, 1999.

SAINSAULIEU, R. **Sociologia da empresa**. Organização, cultura e desenvolvimento. Tradução: Armando Pereira da Silva. Lisboa: Instituto Piaget, 1997, 530 p. Título original: *Sociologie de L'enterprise*

SILVA, J.R.G. ; VERGARA, S.C. Sentimentos, subjetividade e supostas resistências à mudança organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.43, n.3, p.10-21, jul.-set., 2003.

SILVA, T.T. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, T. T. (org.) **Identidade e Diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

VARGAS, D. de. Atendimento Pré-Hospitalar: a formação Específica do Enfermeiro na Área e as dificuldades Encontradas no Início da carreira. **Rev. Paul. Enf.**, Ribeirão Preto, v. 25, n.1, p. 38-43, 2006.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2004. 93 p.

VIEIRA, A. Identidade e crise de identidade: reflexões conceituais. In: VIEIRA, A.; GOULART, I.B. (coords). **Identidade e Subjetividade na Gestão de Pessoas**. Curitiba: Juruá, 2007. 295 p.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra, 2001. 202 p.

WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, T. T. (org.) **Identidade e Diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

YIN, R.K. **Estudo de caso**. Planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

ZAPPAROLI, A. S., MARZIALE, M. H. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n.1, p. 41- 46, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico

Data:

Código da entrevista:

<p>1 – Sexo:</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p>2 – Faixa Etária</p> <p>a. <input type="checkbox"/> até 25 anos</p> <p>b. <input type="checkbox"/> de 26 a 30 anos</p> <p>c. <input type="checkbox"/> de 31 a 35 anos</p> <p>d. <input type="checkbox"/> de 36 a 40 anos</p> <p>e. <input type="checkbox"/> de 41 a 45 anos</p> <p>f. <input type="checkbox"/> de 45 a 50 anos</p> <p>g. <input type="checkbox"/> mais de 50 anos</p> <p>3 – Estado Civil:</p> <p>a. <input type="checkbox"/> solteiro</p> <p>b. <input type="checkbox"/> casado</p> <p>c. <input type="checkbox"/> desquitado / divorciado / separado</p> <p>d. <input type="checkbox"/> viúvo</p> <p>e. <input type="checkbox"/> união estável</p> <p>f. <input type="checkbox"/> outro: _____</p> <p>4 – Tem Filhos?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? _____ Idades: _____</p> <p>5 – Escolaridade:</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Ensino médio completo</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Ensino superior completo</p> <p>e. <input type="checkbox"/> Especialização</p> <p>f. <input type="checkbox"/> Mestrado</p> <p>g. <input type="checkbox"/> Doutorado</p> <p>6 – Profissão:</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Enfermeiro</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Motorista</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Médico</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem</p> <p>7 – Cargo no SAMU:</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Enfermeiro</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Motorista</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Médico</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem</p>	<p>8 – Há quanto tempo você atua neste cargo?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> menos de 1 ano</p> <p>b. <input type="checkbox"/> de 1 a 5 anos</p> <p>c. <input type="checkbox"/> de 6 a 10 anos</p> <p>d. <input type="checkbox"/> de 11 a 15 anos</p> <p>e. <input type="checkbox"/> de 16 a 20 anos</p> <p>f. <input type="checkbox"/> mais de 20 anos</p> <p>9 – Há quanto tempo você trabalha no SAMU?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> menos de 1 ano</p> <p>b. <input type="checkbox"/> de 1 a 5 anos</p> <p>c. <input type="checkbox"/> de 6 a 10 anos</p> <p>d. <input type="checkbox"/> de 11 a 15 anos</p> <p>e. <input type="checkbox"/> de 16 a 20 anos</p> <p>f. <input type="checkbox"/> mais de 20 anos</p> <p>10 – Há quanto tempo você se formou?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> menos de 1 ano</p> <p>b. <input type="checkbox"/> de 1 a 5 anos</p> <p>c. <input type="checkbox"/> de 6 a 10 anos</p> <p>d. <input type="checkbox"/> de 11 a 15 anos</p> <p>e. <input type="checkbox"/> de 16 a 20 anos</p> <p>f. <input type="checkbox"/> mais de 20 anos</p> <p>11 – Qual sua jornada semanal no SAMU?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> 20 horas semanais</p> <p>b. <input type="checkbox"/> 24 horas semanais</p> <p>c. <input type="checkbox"/> 40 horas semanais</p> <p>d. <input type="checkbox"/> 44 horas semanais</p> <p>e. <input type="checkbox"/> _____</p> <p>12 – Trabalha em outros locais?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Sim.</p> <p style="margin-left: 20px;">Quantos? _____</p> <p style="margin-left: 20px;">Setor privado? a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p style="margin-left: 20px;">Setor público? a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p style="margin-left: 20px;">Em outros SAMU's? a. <input type="checkbox"/> Não b. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p style="margin-left: 20px;">Jornada de trabalho semanal total: _____</p>
--	--

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista com Enfermeiros

- 1) Quem é você? Apresente-se para mim e conte sua trajetória profissional até chegar aqui, no SAMU.
- 2) O que é ser enfermeiro?
- 3) Como você aprendeu a ser enfermeiro?
- 4) O que é o SAMU para você?
- 5) O que levou você a ingressar neste serviço?
- 6) Que características tem o enfermeiro ideal para o SAMU?
- 7) O que é ser enfermeiro do SAMU, efetivamente?
- 8) O que é necessário para alguém ser enfermeiro do SAMU?
- 9) Como você se sente como enfermeiro do SAMU?
- 10) Como é o seu trabalho no SAMU?
- 11) Como você aprendeu a ser enfermeiro no SAMU?
- 12) Na sua opinião, qual a relação entre a formação acadêmica do enfermeiro e sua atuação no SAMU?
- 13) Do que você mais gosta no exercício de sua função no SAMU?
- 14) Do que você mais detesta?
- 15) O que dificulta sua atuação enquanto enfermeiro do SAMU?
- 16) E o que facilita?
- 17) Quais os desafios da sua função no SAMU?
- 18) Como é sua relação com seus colegas de trabalho?
- 19) Você se sente responsável por alguém ou por algo? Pode dar um exemplo?
- 20) Como você lida com a questão hierárquica no SAMU?
- 21) Como você vê os outros enfermeiros que atuam no SAMU?
- 22) E como se dá sua relação com os seus colegas de profissão?
- 23) Você trabalha em outro lugar?
 - a) Tem diferenças entre este outro lugar e o SAMU? Quais?
- 24) Como você se vê no futuro?
- 25) Você gostaria de acrescentar alguma mais alguma coisa ou fazer alguma pergunta?

OBRIGADO.

APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista com Médicos, Motoristas-Socorristas e Técnicos de Enfermagem

- 1) Quem é você? Apresente-se para mim e conte sua trajetória profissional até chegar aqui, no SAMU.
 - 2) O que é o SAMU para você?
 - 3) O que levou você a ingressar neste serviço?
 - 4) O que é ser um profissional do SAMU?
 - 5) O que é necessário para alguém trabalhar no SAMU?
 - 6) Como você se sente aqui?
 - 7) Como é o seu trabalho no SAMU?
 - 8) Como você aprendeu a ser um profissional do SAMU?
 - 9) Como é seu relacionamento com os demais profissionais do SAMU?
 - 10) Minha pesquisa contempla também os enfermeiros do SAMU e que queria sua opinião a respeito de vários aspectos deste outro profissional:
 - a) Que características tem o enfermeiro ideal para o SAMU?
 - b) Na verdade, quem é o enfermeiro do SAMU?
 - c) Como você percebe a relação entre a formação acadêmica do enfermeiro e sua atuação no SAMU?
 - d) O que é necessário ao enfermeiro aprender para trabalhar no SAMU?
 - e) Qual é o trabalho do enfermeiro do SAMU?
 - f) Na sua opinião, quais são as dificuldades do enfermeiro do SAMU?
 - g) e as facilidades?
 - h) e os desafios do enfermeiro do SAMU?
 - i) Como você percebe a relação do enfermeiro com os demais membros da equipe?
 - j) pelo que ele é responsável?
 - k) como você acha que é a relação deles entre si?
 - 11) Você trabalha em outro lugar?
 - a) Tem diferenças entre os enfermeiros deste outro lugar e o SAMU? Quais?
 - 12) Como você se vê no futuro?
 - 13) como você vê os enfermeiros no futuro?
 - 14) Você gostaria de acrescentar alguma mais alguma coisa ou fazer alguma pergunta?
- OBRIGADO.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Vanessa Luciana Lima Melo de Avelar, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica, sob orientação da Prof^a. Kely César Martins Paiva, para o curso Mestrado em Administração da Faculdade Novos Horizontes, cujo tema é “**A configuração identitária dos enfermeiros de um Serviço de Atendimento Móvel de urgência**” Pretende-se por meio do desenvolvimento desta pesquisa, descrever e analisar como se dá a configuração da identidade do enfermeiro de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Sua participação é de fundamental importância para a realização deste trabalho e seu consentimento em participar deve considerar as seguintes informações:

1. Sua participação é voluntária e você pode desistir a qualquer momento, caso não deseje, sem risco de qualquer natureza;
2. O seu nome será mantido em anonimato, bem como o sigilo de dados confidenciais;
3. Você não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para participação desta pesquisa;
4. Sua entrevista, se concordar, será gravada para não perdermos suas informações. Um CD contendo este material ficará sob a guarda da orientadora em questão e será destruído após a conclusão desta pesquisa.
5. Você poderá entrar em contato com os pesquisadores a qualquer momento que lhe convier ou com o Comitê de Ética da Secretaria municipal de saúde de (CEPSMSA)

Prof^a Dr^a Kely César Martins Paiva
Rua Alvarenga Peixoto, 1270
Santo Agostinho
Tel.: 3293-7000
kely@unihorizontes.br

Vanessa Luciana Lima Melo de Avelar
Rua Santo Ângelo, 155
Boa Vista
Tel.: 3245-9511
vanelucmelo@yahoo.com.br

Eu, _____ afirmo ter conhecimento dos procedimentos e objetivos relacionados à pesquisa intitulada “**A configuração identitária dos enfermeiros de um Serviço de Atendimento Móvel de urgência**”. e declaro para fins de direito, que estou de acordo em participar voluntária e gratuitamente do referido estudo, participando da coleta de dados, podendo retirar este consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade e sem prejuízo para minha pessoa. Estou ciente também de que serão feitas entrevistas e que estas serão registradas em gravador áudio, e que será garantido absoluto sigilo sobre a minha identidade. Um CD contendo este material ficará sob a guarda da orientadora e será destruído depois da conclusão desta pesquisa. Li e entendi as informações precedentes e tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento.

Belo Horizonte, _____ de _____ 2008.

Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO A – Carta de solicitação de autorização da pesquisa à gerência do SAMU



Faculdade Novos Horizontes
Instituto Novos Horizontes de Ensino Superior e Pesquisa Ltda.

AO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Prezada Senhora,

A Faculdade Novos Horizontes foi instituída por um grupo de professores provenientes da UFMG e pretende consolidar em Belo Horizonte uma das melhores Instituições de Ensino Superior na área de gestão. No momento estamos desenvolvendo cinco cursos superiores, sendo um na área de Administração com sete ênfases, de Ciências Contábeis, de Direito e dois de Tecnólogo em Gestão. No 2º Semestre de 2005, foi recomendado pela CAPES o Curso de Mestrado Acadêmico em Administração, com duas linhas de pesquisa e área de concentração em Organização e Estratégia.

Apresentamos-lhe a aluna **Vanessa Luciana Lima Melo de Avelar** do Curso de Mestrado Acadêmico em Administração que está desenvolvendo sua Dissertação sobre o tema: **"PROCESSO DE TRABALHO E IDENTIDADE PROFISSIONAL: O CASO DOS ENFERMEIROS DE UNIDADE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA"** e solicitamos acolhida à aluna cujo objetivo é fazer entrevista de cunho científico, visando a conclusão de sua dissertação.

Informamos-lhe que será mantido todo o sigilo acadêmico em relação aos entrevistados e à Instituição onde V.Sª atua, bem como a Dissertação Final estará a sua disposição para *download*.

Acreditamos que a oportunidade cedida por essa conceituada Instituição será de grande valia para o desenvolvimento do tema escolhido pela mestranda.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer informações complementares. Neste ensejo apresentamos-lhes nossos agradecimentos antecipados e convidamos-lhe para uma visita à Faculdade.

Atenciosamente,


Profª Talita Ribeiro da Luz
Sub-Coordenadora do Programa de Mestrado Acadêmico em Administração

*Assinado
TL*

Rua Alvarenga Peixoto, 1270 – Santo Agostinho – CEP: 30.180-121
Av. Sinfônio Brochado, nº 1281 - Barreiro de Baixo – CEP: 30640-000
Telefone: (31)3293-7000 – Site: <http://www.unihorizontes.br>
Belo Horizonte- MG

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE

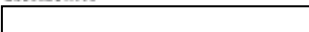


Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 052/2008

Projeto: “Processo de Trabalho e Identidade: O caso dos enfermeiros de unidades pré hospitalar móvel de urgência”

Pesquisador responsável: Kely César Martins Paiva -Orientadora
Vanessa Luciana Lima Melo de Avelar- Orientanda

Instituição responsável: Faculdade Novos Horizontes

Instituição onde se realizará a pesquisa: 

Objetivo

Essa pesquisa pretende descrever e analisar como se relacionam o processo de trabalho do enfermeiro no SAMU e sua configuração identitária.

Sumário do Projeto

A presente pesquisa tem como efeito a conclusão do curso de mestrado. Trata-se de um estudo qualitativo que tem por objetivo apreender como os enfermeiros do SAMU se relacionam com seu processo de trabalho. A coleta de dados será realizada com os enfermeiros através de entrevista semi-estruturada e análise documental. Os profissionais serão selecionados por critérios de acessibilidade. Buscar-se-á através das falas dos enfermeiros desvelar suas percepções acerca de sua identidade, suas condições de trabalho, relações interpessoais e processos de identificação. A análise dos dados será feita como propõe a pesquisa qualitativa.

O estudo apresenta relevância, pertinência e atualidade. A metodologia é adequada. O orçamento é adequado e o cronograma apresentado está factível.

Parecer:

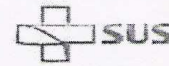
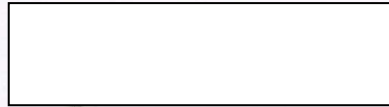
O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.



26 de dezembro de 2008.

ANEXO C – Adendo ao projeto para o Comitê de Ética e Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE

[Redacted]

Avaliação de adendo a projeto de pesquisa – Protocolo 052/2008

Projeto original: “Processo de Trabalho e Identidade: O caso dos enfermeiros de unidades pré-hospitalar móvel de urgência”

Pesquisador responsável: Kely César Martins Paiva -Orientadora

Vanessa Luciana Lima Melo de Avelar- Orientanda

Instituição responsável: Faculdade Novos Horizontes

Instituição onde se realizará a pesquisa [Redacted]

Justificativa do adendo ao projeto: A pesquisadora solicita adendo ao projeto 052.2008 anteriormente aprovado por esse CEP atendendo à sugestão da sua banca de qualificação do projeto.

Mantém o referencial teórico de Dubar agregando, porém, a discussão que ele faz sobre a “identidade social virtual (identidade para o outro)”.

Foram solicitadas as alterações abaixo discriminadas:

Título: A configuração identitária dos enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência

Objetivos:

Objetivo Geral: Descrever e analisar como se dá a configuração identitária do enfermeiro de um SAMU

Objetivos Específicos:

- Identificar e analisar o grupo de enfermeiros integrantes da instituição estudada quanto aos dados demográficos
- Descrever e analisar o trabalho do enfermeiro de um SAMU, a partir de sua própria perspectiva e de outros atores de seu grupo social relacional
- Descrever e analisar a identidade real dos enfermeiros de um SAMU
- Descrever e analisar a identidade virtual dos enfermeiros de um SAMU na percepção de outros integrantes de sua equipe.

ANEXO C - Adendo ao projeto para o Comitê de Ética e Pesquisa (continua)

Sujeitos da pesquisa: Amplia para demais componentes da equipe do SAMU, chamando-os de sujeitos secundários. Afirma que *“Serão considerados sujeitos secundários, quaisquer profissionais que de alguma forma trabalham com o enfermeiro”*

A pesquisadora apresenta roteiro de entrevista com médicos, motoristas, socorristas e técnicos de enfermagem – sujeitos secundários e TCLE reformulado.

A solicitação de adendo foi avaliada na reunião do CEP, no dia 06/07/2009, julgada pertinente, tendo sido aprovada.

[Redacted]

[Redacted] 07 de julho de 2009.

ANEXO D – Impresso Check-List USA

Check-List-USA Data: / / () Plantão Diurno () Plantão noturno

Compartimentos Internos		QT	Condições	Materiais de Punção Venosa e Medicamentos
Ambu adulto	1	() completo () incompleto () limpo () sujo	OBS:	
Aspirador de secreção	1	() completo () incompleto () limpo () sujo		
Bandeja PI adulto	1	() Ok Vai: () validade vencida		
Bandeja de PI Infantil	1	() Ok Vai: () validade vencida		
Bolsa V. Aéreas Reserva	1	() completo () incompleto () limpo () sujo	Bolsa de Procedimentos Pediátrica	
Capa de chuva	3	() completo () incompleto () limpo () sujo	() Lacrada () Sem lacre	
Cobertor	2	() completo () incompleto () limpo () sujo	Número do lacre:	
Colar cervical	8	() 2PP () 2M () 2G () 2neo	Data da última conferência:	
Imobilizador pediátrico	1	() completo () incompleto () limpo () sujo	Nome do profissional que conferiu:	
KED	1	() completo () incompleto () limpo () sujo	Materiais Reserva de Medicamentos e Punção Venosa	
Máscara O2 c/ reserv.	2	() completo () incompleto () limpo () sujo	() Lacrada () Sem lacre	
Monitor cardíaco	1	() completo () incompleto () carga ok	Número do lacre:	
Oculos de Proteção	3	() completo () incompleto () limpo () sujo	Data da última conferência:	
Pá MPT	2	() 1adulto () 1pediátrico	Nome do profissional que conferiu:	
Prancha longa c/ bashal	2	() completo () incompleto () limpo () sujo	Aparência Interna	
Saturímetro	1	() completo () incompleto () carga ok	Lixo:	
Tractionador de fêmur	1	() completo () incompleto () limpo () sujo	Pérfuro cortante:	
Bolsa Procedimentos Adulto			Lixo:	
Material		QT	Condições	OBS:
Ambu adulto de silicone	1	() completo () incompleto () limpo () sujo		
Cânulas de guedel	4	() completo () incompleto () limpo () sujo		
Cabo de laringoscópio	1	() pilhas ok () limpo () sujo		
Esfignomanômetro	1	() completo () incompleto () calibrado		
Estetoscópio	1	() completo () incompleto () limpo () sujo		
Glicosímetro	1	() completo () incompleto () limpo () sujo		
Tesoura	1	() completo () incompleto () limpo () sujo		
Lâminas de laringoscópio	4	() completo () incompleto () limpo () sujo		Enfermeiro responsável: