UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**RISCOS OCUPACIONAIS, ACIDENTES DO
TRABALHO E MORBIDADE ENTRE MOTORISTAS
DE UMA CENTRAL DE AMBULÂNCIA DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Elisabete Takeda

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para concorrer ao Título de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental-
Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Ribeirão Preto/SP

2002

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**RISCOS OCUPACIONAIS, ACIDENTES DO
TRABALHO E MORBIDADE ENTRE MOTORISTAS
DE UMA CENTRAL DE AMBULÂNCIA DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Elisabete Takeda

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para
concorrer ao Título de Doutor,
pelo Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem Fundamental-
Linha de Pesquisa: Saúde do
Trabalhador.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Ribeirão Preto/SP

2002

FICHA CATALOGRÁFICA

Takeda, Elisabete

Riscos ocupacionais, acidentes do trabalho e morbidade entre motoristas de uma central de ambulância do Estado de São Paulo.

177p. : il.; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Robazzi, Maria Lúcia do Carmo Cruz.

1. Riscos ocupacionais. 2. Motoristas de Ambulância. 3. Acidentes e Doenças do Trabalho.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Data da Defesa: 07/ 11/ 2002

Banca Examinadora

Profª Drª Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Profª Drª Maria Cecília Cardoso Benatti

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Profª Drª Maria Helena Palucci Marziale

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Profª Drª Maria Yvone Chaves Mauro

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Profª Drª Tokico Murakawa Moriya

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Este trabalho contou com a colaboração do
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
e Tecnológico (CNPQ), através de bolsa de
produtividade, ao qual apresentamos o nosso
agradecimento.

RESUMO

Takeda, E. Riscos ocupacionais, acidentes do trabalho e morbidade entre motoristas de uma central de ambulância do estado de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002. 177p. tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

O presente estudo teve como objetivo geral investigar os riscos ocupacionais, os acidentes de trabalho e doenças que acometem motoristas de uma central de ambulância de Marília (São Paulo). Para o alcance do objetivo, utilizou-se como metodologia o estudo de caso, sendo a coleta de dados realizada por entrevista estruturada, com o auxílio de um formulário. Constituíram-se sujeitos do estudo 22 motoristas socorristas. Obteve-se a categorização dos dados direcionados pela literatura sobre riscos, acidentes de trabalho e doenças relatadas pelos motoristas socorristas. Todos os entrevistados eram do sexo masculino; 81,82% eram casados; 40,90% dos trabalhadores não concluíram o primeiro grau; 54,54% exerciam outra ocupação remunerada e 81,81% referiram ter o hábito de ingerir bebidas alcoólicas toda a semana em quantidades variadas. Os riscos encontrados foram os ergonômicos e suas subcategorias fisiológicas, psicológicas e organizacionais, riscos de acidentes, riscos biológicos e riscos físicos. Constatou-se que 13 (59,09%) dos motoristas relataram ter sofrido 19 acidentes de trabalho (AT). Dentre estes destacaram-se aqueles ocorridos em decorrência do excesso de exercícios e movimentos vigorosos e repetitivos, agressão, impacto, quedas e penetração de corpo estranho no olho. Dos 19 AT, 15 (78,94%) referem-se a traumatismos, 10,53% a dorsalgias inespecíficas, 5,26% a fratura de ossos do metatarso e 5,26% à presença de corpo estranho no olho. Quatro motoristas referiram ter adoecido, sendo que dois apresentaram traumatismos não especificados do abdome, dorso e pelve; um relatou transtorno de disco intervertebral e outro, afecção ocular devida ao vírus do herpes. No contexto estudado, pôde-se observar que se trata de profissionais que estão expostos a outros riscos alheios a sua categoria, além daqueles próprios por executarem trabalho de atendimento aos pacientes, não específico daquele prescrito para a referida profissão. Estratégias foram propostas no sentido de minimizar os riscos ocupacionais, os acidentes de trabalho e as doenças encontradas entre estes trabalhadores.

Palavras Chave: Riscos Ocupacionais, Motoristas de Ambulância, Acidentes e Doenças do Trabalho

SUMMARY

Takeda, E. Occupation risks, accidents of occupation and morbidity among professionally qualified first aid drivers of an ambulance center of the State of São Paulo, Ribeirão Preto, 2002. 177 pages. Thesis (Doctor's Degree) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

The present study has the general goal of investigating the occupational risks, accidents and diseases which drivers of an ambulance center in Marília (São Paulo) suffer from. To achieve the goal, it was used the study of case methodology, being the data collection done by structured interview, with the support of a form. Twenty-two professionally qualified first aid drivers took part of the study. It was obtained the categorization of the data directed by the literature about risks, occupation accidents and diseases related by professionally qualified first aid drivers. All drivers interviewed were male; 81.82% were married; 40.90% did not finish elementary school; 54.54% used to have another paid occupation and 81.81% said to have the habit of having alcoholic drinks all the week in various amount. The risks found were the ergonomics and their physiological, psychological e organizational subcategories, risks of accidents, biological risks and physical risks. It was found out that thirteen (59.09%) of the drivers said to have had nineteen occupation accidents (AT). Among them, it was emphasized the ones occurred because of the excess of physical exercises and tough and repetitive movements, aggression, impact, falling downs and penetration of strange body into the eye. From 19 AT, 15 (78.94%) were about traumatisms, 10.53% about non-specific backaches, 5.26% about bone breakage of metatarsus and 5.26% about presence of strange body in the eye. Four drivers said to have came down, being that two showed non-specific traumatisms of abdomen, dorsum and pelvis; one related problem of intervertebral disc and another, ocular affection due to herpes virus. In the context studied, it was showed that it's about professionals who are exposed to other risks out of their category, beside the ones by attending the patients, not specific of the one prescribed to the referred occupation. Strategies were proposed to minimize the occupational risks, accidents and diseases found among these workers.

Key words: Occupation Risks, Ambulance Drivers, Occupation Accident and Diseases

RESUMEN

Takeda, E. Riesgos ocupacionales, accidentes laborales y morbilidad entre conductores socorristas de una central de ambulancia del estado de São Paulo, Ribeirao Preto, 2002. 177p. tesis (Doctorado) – Escuela de enfermaje de Ribeirao Preto, Universidad de São Paulo.

Para atinir el objetivo, fue utilizada como metodología el estudio de caso, siendo la compilación de datos realizada a través de entrevista estructurada, con la ayuda de un formulario. Los sujetos en estudio se constituyen en 22 conductores socorristas. Fue obtenida la categorización de los datos direccionados por la literatura sobre riesgos, accidentes laborales y enfermedades relatadas por los conductores socorristas. Todos los entrevistados eran del sexo masculino; 81,82% eran casados; 40,90% de los trabajadores no habían concluido la escuela primaria; 54,54% ejercían otra ocupación remunerada y el 81,81% dijeron poseer la costumbre de ingerir bebidas alcohólicas toda la semana en cantidades variadas. Los riesgos encontrados fueron los ergonómicos y sus subcategorías fisiológicas, psicológicas y organizacionales, riesgos de accidentes, riesgos biológicos y riesgos físicos. Se constató que 13 (59,09%) de los conductores relataron haber sufrido 19 accidentes laborales (AL). Entre estos se destacaron aquellos provocados por el exceso de ejercicios y movimientos rigurosos y repetitivos, agresión impacto, caídas y penetración de un cuerpo ajeno en los ojos. De los 19 accidentes laborales (AT), 15 (78,94%) se refieren a traumatismos, 10,53% a dorsalgias inespecíficas, 5,26% a ruptura de huesos del metatarso y 5,26% a la presencia de un cuerpo ajeno en los ojos. Cuatro conductores dijeron estar enfermos, puesto que dos presentaron traumatismo no especificados en el abdomen, torso y pelve; uno relató trastorno de disco intervertebral y otro, afección por el virus del herpes. En el contexto estudiado, fue posible observar que trata se de profesionales que están expuestos a otros riesgos ajenos a su categoría, además de aquéllos propios por ejecutaren trabajo de atención a los pacientes, no específico de aquél prescrito para dicha profesión. Estrategias fueron propuestas para minimizar los riesgos ocupacionales, los accidentes laborales, y las enfermedades encontradas entre estos trabajadores.

Palabras Clave: Riesgos Ocupacionales, Conductores de Ambulancia, accidentes y Enfermedades de Trabajo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 Perambulando pela história.....	16
2.2 Atendimento Pré-Hospitalar	22
2.3 Riscos Ocupacionais entre Motoristas	36
2.4 Acidentes de Trabalho entre Motoristas	44
2.5 Enfermidades Relacionadas ao Trabalho de Motoristas.....	52
3 OBJETIVOS.....	65
4 PERCURSO METODOLÓGICO	67
4.1 Natureza do estudo.....	68
4.2 Sujeitos do Estudo.....	68
4.3 Local do estudo	68
4.4 Procedimentos Éticos.....	69
4.5 Coleta de Dados	70
4.6 Tratamento dos Dados	71
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
5.1 Características Sócio-Demográficas	73
5.2 Hábitos	76
5.3 Riscos ocupacionais vivenciados pelos motoristas socorristas.....	81
5.4 Tipos e Características dos Acidentes de Trabalho sofridos pelos motoristas socorristas.....	106
5.5 Providências adotadas pelos trabalhadores e pela Instituição em casos de Acidentes de Trabalho	120
5.6 Tipos e características das doenças mais comuns relatadas pelos motoristas socorristas.....	125
5.7 Providências adotadas pelos motoristas e pela Instituição em casos de adoecimento dos trabalhadores.....	130
5.8 Estratégias para minimizar os riscos ocupacionais, os acidentes de trabalho e as doenças entre os motoristas socorristas	131
6 CONCLUSÕES	151
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	158
8 APÊNDICES	169
9 ANEXOS.....	173

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição de motoristas socorristas da central de ambulâncias segundo à quantidade de bebida alcoólica ingerida em ml e em unidades de álcool por semana. Marília-SP, 2002.....	77
TABELA 2 – Distribuição dos acidentes de trabalho, sofridos por motoristas socorristas da central de ambulância, Marília-SP, 2002.....	109
TABELA 3 – Distribuição dos acidentes de trabalho, sofridos por motoristas socorristas da central de ambulânciam segundo os diagnósticos médicos de AT. Marília-SP, 2002	113
TABELA 4 - Distribuição de acidentes de trabalho, sofridos por motoristas socorristas da central de ambulância, segundo as partes do corpo lesadas. Marília-SP, 2002.....	119

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A nossa prática profissional como docente permitiu-nos aproximação com o trabalho executado pelos motoristas socorristas* de uma central de ambulâncias (CA). Observamos que esses trabalhadores se encontram expostos a vários fatores de risco ocupacional, entre os quais se destaca os biológicos, ocasionados pela manipulação de sangue e fluidos corpóreos; os de acidentes, decorrentes da manipulação de objetos cortantes ou penetrantes, quedas que geram contusões, traumatismos e fraturas; anti-ergonômicos decorrentes do carregamento de peso e da adoção de postura corporal inadequada; os físicos, devidos à temperatura ambiental e mudanças climáticas; os químicos, devidos à manipulação de substâncias químicas utilizadas na desinfecção do veículo e os psicossociais, em decorrência da necessidade de cumprir ordens/escalas de trabalho e do enfrentamento rotineiro diante de situações estressantes.

Um grande número das atividades da CA refere-se ao atendimento aos pacientes psiquiátricos, em crise, que, nesta situação, tornam-se violentos, a alcoolistas e usuários de outras substâncias químicas, os quais também podem apresentar agressividade. O atendimento é feito ainda a pessoas com crise

* Neste estudo, os termos motoristas de ambulância, motoristas socorristas, condutor, referem-se aos motoristas que dirigem veículos do tipo ambulâncias a fim de transportar pacientes para serviços de saúde.

hipertensiva, com febre e a gestantes em trabalho de parto. A CA também é utilizada como meio de transporte para pacientes com variados graus de dependência e gravidade do estado de saúde, inclusive pacientes entubados e/ou utilizando respiradores.

O motorista da CA atua junto a uma equipe multiprofissional formada por motoristas, auxiliares de enfermagem e telefonistas. Suas atividades encontram-se sob a responsabilidade de um supervisor que também é motorista. Embora sua tarefa prescrita seja conduzir veículos automotores, as efetivamente realizadas diferem da prescrita uma vez que, devido a circunstâncias inesperadas, este trabalhador acaba se envolvendo também na assistência à clientela (alguns motoristas referem ter efetuado partos dentro da ambulância).

Muitos problemas desse setor poderiam ser minimizados, caso houvesse enfermeiros especializados em atendimentos de urgência/emergência pré-hospitalar, bem como a pacientes com problemas psiquiátricos e necessitados de atenção especial.

Algumas cidades do país já têm o sistema de atendimento pré-hospitalar estruturado, conforme preconiza o modelo francês, conhecido como Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Nesse sistema, médicos e enfermeiros podem prestar atendimento mais complexo, pelo suporte avançado de vida, que implica a necessidade de ambulâncias equipadas com instrumental utilizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), denominada UTI móvel, para a estabilização e remoção dos acidentados para hospitais de referência. Em casos mais simples, os

motoristas e auxiliares de enfermagem realizam os atendimentos em uma ambulância menos equipada e conseqüentemente, menos onerosa que uma UTI móvel.

Diante da situação descrita, o presente estudo vislumbra compreender as condições laborais dos trabalhadores da CA da cidade de Marília (SP) a fim de obter uma análise mais aprofundada da sua realidade. Para direcionar esta investigação, formularam-se os seguintes questionamentos:

- Quais os riscos ocupacionais a que estão expostos os motoristas socorristas no cotidiano de trabalho?
- Há ocorrência de acidentes de trabalho entre esta categoria de trabalhadores?
- Quais os tipos e características destes acidentes?
- Os trabalhadores motoristas socorristas referem adoecer em decorrência do trabalho?
- Quais as providências adotadas pelos trabalhadores e pela instituição em caso de acidente de trabalho e doenças mais comuns relatadas?

2. *REVISÃO DA LITERATURA*

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. *Perambulando pela história*

As ambulâncias, enquanto veículos automotores, fazem parte do cenário brasileiro desde 1907, quando chegaram ao Rio de Janeiro, então Distrito Federal, encomendadas pelo Prefeito Pereira Passos.

Os veículos vindos da França não foram aceitos de imediato pela população, que confiava em quem tinha acesso, isto é, nos farmacêuticos e boticários quando frente a uma urgência/emergência. Para aceitação da novidade, foi usado um estratagema a fim de sensibilizar e mudar o comportamento da população carioca. Atores de teatro foram contratados para simular “estarem passando mal”, em pontos estratégicos da cidade e, quando solidários transeuntes se ofereciam para encaminhá-los à farmácia mais próxima, os atores pediam para “chamar a ambulância”. Assim foram sendo incorporadas à “paisagem”, primeiro do Rio de Janeiro e, hoje, do Brasil inteiro, não só na forma de veículos automotores mas como barcos, aeronaves, motocicletas e helicópteros (Luz, 1982).

O termo ambulância vem do francês “Ambulance”, criado pelo Barão Dominique Larrey, cirurgião chefe das tropas napoleônicas, em 1792, com sentido de “hospital que segue as tropas”, as primeiras “ambulâncias volantes” (Conseil de L’Europe, 1990, p 22).

A ambulância correspondia, até então, a uma relativa estrutura de hospital de campanha. Com suas “ambulâncias volantes”, Dominique Larrey ia até os feridos, bem próximo do fogo inimigo e, no local, dava-lhes os primeiros cuidados, antes de transferir para os hospitais.

A Guerra da Criméia (1853-1856), que serve de pretexto a um conflito entre monges católicos e ortodoxos pelos lugares santos de Jerusalém, aumenta o poder da Turquia, país apoiado pela Inglaterra do século XIX contra o Príncipe russo Meshinkov, que defendia e protegia os ortodoxos (Kinder & Hilgemann, 1990).

Nesta época, contratada pelo governo inglês, surge Florence Nightingale, que se destaca na batalha de Solferino, em 1859, na Guerra da Áustria contra o Piemonte (Itália) e França, da qual participa o suíço Henri Dunant que, por ações diplomáticas, em 1864 a criar a Cruz Vermelha, onde se reafirma um princípio existente desde a antiguidade: “os feridos ou doentes serão recolhidos e cuidados em qualquer nação onde se encontrem”.

As guerras de motivação política e expansionista e as de motivação religiosa, não só no século XVIII e XIX, contribuíram para o estabelecimento da prática de socorrer feridos ou doentes do campo de batalha, em hospitais de campanha ou transportá-los para hospitais de retaguarda.

A questão religiosa pela guarda dos lugares santos de Jerusalém foi pano de fundo para outras experiências importantes de socorro a feridos, desde a Idade Média aos tempos modernos, em que teve início a enfermagem científica, proposta por Florence Nightingale.

No ocidente, ao lado das guerras religiosas, o Cristianismo tornou-se referência importante na história do cuidar e prestar socorro, fato destacado em algumas parábolas bíblicas e sermões proferidos por Cristo (Mesgravis, 1976).

Em Roma, ao redor das igrejas dedicadas a São Cosme e Damião, protetores dos médicos, existia desde o século X, uma rede de assistência às urgências prestada por membros da ordem religiosa (Conseil de L'Europe, 1990).

No século XI, época das primeiras Cruzadas à Terra Santa, a ordem religiosa de São João de Jerusalém tinha como missão socorrer os peregrinos. Os cavaleiros de São João prestavam socorro aos feridos dos dois lados do campo de batalha. Estes cavaleiros tinham a melhor formação da época, pois seus conhecimentos provinham de médicos gregos e árabes (Conseil de L'Europe, 1990).

No século XII, François I, rei da França, criou o “Grand Bureau des Pouvres” para socorrer os doentes graves no domicílio e levá-los ao hospital (Conseil de L'Europe, 1990).

Milão, no ano de 1393, criou uma estrutura de socorro às urgências para os trabalhadores da construção de sua catedral. Esta estrutura, sempre chefiada por médicos, durou 150 anos (Conseil de L'Europe, 1990).

Ao final do século XIX, os Estados Unidos, durante a Guerra da Secessão (1861-1865), montou uma organização moderna de saúde militar, com médicos e enfermeiros preparados para este fim. Paris, pela mesma época (1884), criou o serviço de ambulâncias municipais, as quais tinham, como base, o secular hospital Hotel-Dieu, ao lado da Catedral de Notre-Dame. Estas ambulâncias contavam com

médicos do hospital. Na Holanda, o serviço de ambulâncias foi implantado em 1908, ligado ao Corpo de Bombeiros (Conseil de L'Europe, 1990).

Em se tratando de Brasil, a aprovação, em 1975, do Sistema Nacional de Saúde, Lei 6229, pode ser considerada marco para os serviços de urgência com o uso de ambulâncias que, de maneira importante, refletem na maneira de pensar e organizar o transporte de pacientes.

A referida Lei 6229/75 estabelece as competências dos ministérios componentes do Sistema Nacional de Saúde, ou seja, Saúde, Previdência e Assistência Social, Educação, Interior, Trabalho e, também a dos Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios. Em seu artigo VI, inciso b, são definidas as responsabilidades da municipalidade, em que se destaca “manter os serviços de interesse da população local, especialmente os de pronto socorro” (Brasil, 2001c).

A maior parte dos municípios brasileiros, em tal época, não dispunha de serviços de saúde municipais, exceto os grandes centros, onde as unidades estaduais e/ou federais não davam respostas minimamente suficientes. Municípios de grande médio porte instalaram unidades próprias de pronto-socorro, ou conveniaram com instituições privadas ou filantrópicas. A imensa maioria dos municípios brasileiros implementou, a partir de então, a ambulância, que transferia para os pronto-socorros das cidades maiores suas urgências.

Os gastos dos pequenos municípios em saúde eram referentes a: combustível, oficinas mecânicas, pneus e, como recurso humano, ao motorista de ambulância. Por outro lado, havia interesse dos serviços privados contratados pela Previdência Social, em receber pacientes em função, dentre outras razões, da implantação do “Plano de

Pronta Ação” (PPA), de setembro de 1974. Este plano “visava dar acesso, aos previdenciários à consulta médico-ambulatorial através da rede privada contratada e conveniada, universalizando o atendimento de urgência” (Cohn & Elias, 1996, p.7).

Neste período há um crescimento da assistência ambulatorial, acoplado à “expansão da realização de serviços complementares de diagnóstico e tratamento”, passando, portanto, a ocupar um lugar de destaque no “processo de acumulação de capital” (Braga, 1981, p.99 a 101).

A associação do PPA, que permitia o atendimento do não previdenciário pelos serviços de urgência contratados e conveniados da Previdência Social, a valorização e a maior utilização de equipamentos diagnósticos, favorecendo o lucro, estimula um imenso “trânsito” de pacientes para os pronto-socorros. A ambulância e seu motorista são incorporados pela imensa maioria dos municípios, sem ter a função exclusiva de “transportar urgências”, mas de alimentar o sistema contratado e conveniado, gerando lucratividade e aumento dos gastos previdenciários com o atendimento ambulatorial, anteriormente primazia do hospital.

As ambulâncias tornam-se *out-doors* volantes, divulgando o nome do governante federal, estadual ou municipal que adquiriu e/ou doou o veículo. Estes veículos possuíam uma riqueza de “informações” sobre o “doador”, que era inversamente proporcional aos equipamentos em seu interior, limitando-se à maca, que, na maior parte das vezes, servia como banco para vários pacientes. Como recurso humano, existia apenas o motorista, que fazia várias viagens às unidades de “pronto-socorro” e de quem não era exigido nenhum conhecimento específico,

apenas “velocidade”, garantida pela sirene e o conhecimento de endereços das “portas de acesso” ao então lucrativo pronto-socorro (Dellatorre, s/d).

Estes veículos não foram incorporados como tecnologia de apoio no sistema de saúde, ou mesmo no conceito de atenção pré-hospitalar em que se busca diminuir o intervalo terapêutico no atendimento ao paciente grave, incorporando tecnologias de diagnóstico e terapia, visto que tal incorporação, obrigatoriamente, deveria pressupor a presença de recursos humanos capacitados para sua operação e manutenção.

Exercendo a função de um “táxi”, com caminho liberado por sua cor branca, sirenes e inscrições em sua lataria que “pressupunham” urgência, as ambulâncias não necessitavam de “técnicos especializados” para operá-las. Na cidade de Marília (SP), por exemplo, dos motoristas socorristas exigia-se a aprovação nas provas específicas e credenciamento com validade de socorrista, expedido pelo SAMU-SP, além de carteira de habilitação do tipo profissional.

O processo de decisão para a incorporação da ambulância baseou-se, na “racionalidade econômica e política”. A primeira tende a justificar a incorporação de determinada tecnologia por esta ser de menor custo ou ser a única de possível aquisição com os recursos disponíveis. A racionalidade política acontece quando prevalece o interesse de determinados grupos, sem qualquer consideração sobre os impactos para a redução dos problemas de saúde coletiva (Brasil, s/d).

A aquisição de tecnologia precisa, necessariamente, cumprir etapas e, dentre elas está o treinamento de operadores e equipe de saúde, a preparação de estrutura física e o planejamento da manutenção preventiva e corretiva (Brasil, s/d).

2.2. Atendimento Pré-Hospitalar

A Resolução 1.529/98 considera Atendimento Pré-Hospitalar (APH), na área de urgência/emergência, o que procura chegar até a vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde, problema esse que pode levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Conselho Federal de Medicina, 2001). É aquele especializado, oferecido a uma pessoa no local da ocorrência do evento, antes da chegada ao hospital (Brasil, 2001b).

Pode ser constituído por uma ou mais unidades dependendo da população a ser atendida. Por unidade, entende-se uma ambulância dotada de equipamentos, materiais e medicamentos, guarnecida de pelo menos dois profissionais, treinados em suporte básico de vida sob supervisão e condições de funcionamento pré-hospitalar (Conselho Federal de Medicina, 2001).

É um serviço especializado, oferecido a uma pessoa no local da ocorrência do evento, antes da chegada ao hospital (Brasil, 2001b). Trata-se de um serviço cuja regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada unicamente por médico. Embora o sistema de APH seja um serviço cuja regulação e supervisão, direta e à distância, devem ser efetuadas unicamente por médicos, em situação de urgência/emergência, principalmente na área de trauma, deve haver ação integrada com outros profissionais da área de saúde, treinados para atuarem nesse atendimento.

Em vista disso, o sistema deve contemplar uma central de regulação, de fácil acesso ao público, de onde o médico coordenador encaminhará para o atendimento de urgência/emergência a unidade mais próxima, colhendo informações adicionais que poderão indicar a presença ou não do médico no local. Deverá ser possível também repassar maiores informações, através de rádio ou outro meio, à equipe da ambulância. É importante existir uma rede de comunicação entre a central e os hospitais conveniados, para equacionar o encaminhamento do paciente (Brasil, 2001b).

Este atendimento deve também ser entendido como uma atribuição da área de saúde, sendo constituído de uma central reguladora, com equipe e frota de veículos compatível com as necessidades de saúde da população de uma região (podendo, portanto, extrapolar os limites municipais), previamente estabelecida como referência, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. Deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional (Brasil, 2001a).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (2001) faz-se necessário que os trabalhadores que atuam em APH tenham um perfil profissional próprio e funções definidas.

Vários profissionais são necessários ao trabalho em urgências/emergências pré-hospitalares, como o telefonista, o rádio operador, o condutor (motorista), o socorrista (não oriundos da área de saúde), o médico, o enfermeiro, os auxiliares e

técnicos de enfermagem. O socorrista, que é um indivíduo leigo, capacitado para prestar atendimento pré-hospitalar, é credenciado para integrar as ambulâncias destes serviços. O condutor (motorista) é um profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de emergência e auxiliar a equipe de atendimento, quando necessário. Sua atuação no manejo do paciente é supervisionada, diretamente, pelos profissionais da equipe de APH (Conselho Federal de Medicina, 2001).

Estes trabalhadores devem possuir algumas competências para o exercício das atividades. Em se tratando do condutor sabe-se que, no SAMU do Vale do Ribeira, por exemplo, todos os motoristas são, concomitantemente, auxiliares de enfermagem.

Na categoria de condutores incluem-se pilotos de aeronave ou condutores de outros tipos de veículos de emergência (lanchas, embarcações, etc.) destinados a transportar pacientes. Estas pessoas devem ter idade acima de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito); capacidade de trabalhar em equipe e escolaridade de primeiro grau completo. Devem ter competências para trabalhar em regime de plantão, operando veículos destinados ao atendimento e transporte de pacientes; conhecer integralmente o veículo, tanto no que se refere à parte mecânica quanto aos equipamentos; realizar manutenção básica do mesmo; auxiliar a equipe de atendimento no manejo do paciente, quando solicitado; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de comunicação (regulação médica) e seguir suas orientações; conhecer a

malha viária local e a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema pré-hospitalar local (Conselho Federal de Medicina, 2001).

O socorrista é um indivíduo leigo habilitado para prestar atendimento pré-hospitalar e credenciado para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de APH. Faz intervenção conservadora (não invasiva) no atendimento pré-hospitalar, sob supervisão médica direta ou à distância, utilizando-se de materiais e equipamentos especializados. Sua competência deve ser comparável à dos profissionais da equipe de enfermagem e o médico deve avaliar a sua qualidade profissional, bem como a dos técnicos em emergências médicas (Conselho Federal de Medicina, 2001).

O socorrista é então, um leigo treinado para o APH, que está sob responsabilidade médica e, segundo entendimento do Conselho Federal de Medicina (CFM), deve executar as mesmas atividades dos trabalhadores que compõem a equipe de enfermagem. O referido Conselho empenhou-se em estabelecer esta categoria profissional; no entanto esse fato causa estranheza e preocupação quanto ao desempenho de um profissional desta natureza no que se refere à segurança dos pacientes por eles atendidos. Tanto é verdade que o Conselho Regional de Enfermagem (COREn), inclusive já indicou Portaria do Ministério da Saúde (nº 814, publicada no Diário Oficial da União (D.O.U.) no dia 04/06/2001) vetando o exercício do socorrista (Porto, 2001).

Como o (COREn-SP), durante os últimos três anos, constatou graves distorções ético-legais e profissionais nas atividades de APH, esse órgão decidiu normatizar o exercício profissional nesta área de atuação. Pela observação do

crescimento rápido desta atividade, com utilização e incorporação de tecnologia trazidas de países desenvolvidos em termos de suporte básico e avançado de vida, dessa forma começam a surgir cursos que prepara pessoas para o APH, tanto no que se refere ao suporte básico como avançado de vida. Em consequência, também surgiram empresas prestadoras de serviço na área de APH, tanto nas cidades como nas rodovias (Porto, 2001).

Para o COREn-SP essa situação poderia ser um grande avanço, em se tratando da segurança dos usuários, se não fossem constatados alguns problemas como ambulâncias que embora externamente transmitissem segurança, internamente se encontravam desprovidas de recursos mínimos necessários ao atendimento que apregoavam; empresas criadas para este tipo de atividade, funcionando sem qualquer critério, em postos de gasolina e edículas residenciais; tripulantes das ambulâncias, leigos, sem qualquer qualificação profissional na área de medicina ou de enfermagem que, em razão de cursos feitos (que os denominavam socorristas ou técnicos de emergências médicas), passavam a fazer parte desses veículos, indiscriminadamente, executando todo e qualquer tipo de procedimento. Também foram observadas ambulâncias, utilizadas em remoções e pronto atendimento, sendo conduzidas por motoristas, que faziam papel de socorristas (Porto, 2001).

Toda esta situação, envolvendo, inequivocamente, a contratação de pessoas desqualificadas e a utilização de veículos sem recursos essenciais necessários à realização dos atendimentos, acabou sendo decorrente, entre outros fatores, do posicionamento do CFM, que, pela resolução 1529/98, criou o profissional “socorrista” ou técnico de emergências médicas, distorcendo todos os mandamentos

legais existentes em termos das profissões de medicina e de enfermagem, sob supervisão de médicos à distância e outras distorções (Porto, 2001). Estas pessoas passaram a submeter ao risco de vida e à perda da integridade física as vítimas de acidentes dos mais variados, domésticos ou não. Pela forma como este processo de intervenção foi conduzido passaram a compor a tripulação de ambulâncias de todos os tipos, urbanas ou não, em plena substituição aos profissionais de saúde regulamentados em lei.

Atendendo às reivindicações ético-profissionais do COREn-SP, o Ministério da Saúde publicou em 04/06/2001, a Portaria nº 814, que normatiza o APH no Brasil, estabelecendo que o médico, o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem são os profissionais que têm efetiva competência para trabalhar na área; regulamentando o trabalho do bombeiro (enquanto militar) e dos demais profissionais da área de segurança (militares, policial rodoviário) e eliminando o “socorrista” ou técnico de emergências médicas” enquanto leigos (Porto, 2001; São Paulo, 2001). O COREn-SP entende que há além da necessidade, a obrigatoriedade legal e ética de se assegurar uma assistência de enfermagem isenta de riscos de vida e integridade à vida das vítimas/pacientes/clientes que são assistidos em situações de urgência/emergência (São Paulo, 2001).

A Portaria nº 814 vetou, em decisão conclusiva, a Resolução n. 1529/98, determinando a ilegalidade da criação de outros profissionais por uma outra categoria de trabalhadores (no caso dos médicos), pois somente ao Congresso Nacional compete a regulamentação de uma profissão. Além disso há constatação de conflitos com a legislação já existente (Porto, 2001; São Paulo, 2001).

A equipe de saúde é composta por coordenador do serviço da área de saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de APH às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas; médico responsável técnico pelas atividades médicas do serviço; enfermeiro responsável técnico pelas atividades de enfermagem; médicos reguladores que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes contactam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente; médicos intervencionistas, responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte; auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros assistenciais (Brasil, 2001a).

Em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas (ocorrências relacionais ou acidentais e circunstâncias ambientais como causas de lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos) ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada com a equipe de saúde, complementar e integrada por outros profissionais não oriundos da saúde, como bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio,

materiais energizados, produtos perigosos) obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida (Brasil, 2001a).

Todos os profissionais do APH devem ser capacitados e certificados nos núcleos ou centrais de educação em urgências (Brasil, 2001a).

As centrais de regulação, nas urgências, devem ter fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito, em que o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada. O atendimento local é monitorado, por rádio, pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso. Deve existir uma rede de comunicação entre a central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes (Brasil, 2001a).

O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade e todos os pedidos de socorro que derem entrada por meio de outras centrais (Polícia Militar, Corpo de Bombeiros e quaisquer outras existentes) devem ser, imediatamente, retransmitidos à central de regulação das urgências, por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos (Brasil, 2001a).

A Portaria nº 814 também explicita o perfil profissional e as competências dos trabalhadores deste sistema. O condutor de veículo de urgência deve ter, como requisito geral, ser maior de vinte e um anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito); capacidade de trabalhar em equipe; noções de biossegurança; capacitação em direção defensiva;

além de ter como escolaridade o Ensino Fundamental. Este trabalhador deve ter, como competências, conduzir o veículo de urgência destinadas ao atendimento e transporte de pacientes; conhecê-lo integralmente, bem como os seus equipamentos; realizar a manutenção básica do veículo; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; conhecer a malha viária local e a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local (Brasil, 2001a).

Outra preocupação do COREn-SP é o fato de ainda persistirem, nos chamados “Centros Reguladores” ou “Centrais de Regulação”, leigos definindo e decidindo sobre que tipo de ocorrência se trata e que tipo de suporte deve ser liberado. O resultado oriundo deste fato tem sido a ocorrência de situações com graves consequências ao cidadão que, muitas vezes, não tem seus direitos legais respeitados (Porto, 2001).

O COREN-SP ressalta que compete ao enfermeiro a responsabilidade pela coordenação e supervisão das ações da assistência de enfermagem; é-lhe vetado, terminantemente, assumir supervisão e delegação à distância, é obrigatória a sua presença nas ambulâncias UTI; é de sua competência ao enfermeiro delegar e decidir a assistência, sendo obrigatória, a sua presença na Base. Nenhum outro profissional tem competência legal para determinar e/ou delegar a assistência de enfermagem (Porto, 2001).

A assistência de enfermagem em unidades móveis de UTI e suporte avançado de vida (terrestre, aéreo ou aquático), deverá ser prestada pelo enfermeiro, de acordo com o determinado na Lei 7498/86 e pelo Decreto-Lei 94406/87; ao auxiliar de

enfermagem será permitida somente a assistência básica, não complexa, de acordo com os termos da lei vigente. Havendo risco iminente ou complexidade na assistência, esta deverá ser prestada somente pelo enfermeiro; admite-se aos militantes das Forças Armadas, Bombeiros e Policiais Militares das Forças Auxiliares (enquanto investidos na função de militar junto à guarnição e, desde que treinados para atuar em situações de resgate) a execução de quaisquer procedimentos essenciais ao suporte básico de vida, à preservação da vida e integridade das vítimas/pacientes/clientes, em situações de urgência/emergência, até que seja possível o acesso pelo profissional de saúde (São Paulo, 2001).

Percebe-se então que novas perspectivas abrem-se para a Enfermagem, onde vários de seus profissionais vivem a rotina do APH e dedicam-se a realização de manobras que têm, como meta, a manutenção da vida (Serviço 192 de APH..., 2001).

É necessário que os profissionais que trabalham com APH tenham um perfil adequado como: equilíbrio emocional, pois diante de situações de emergência este quesito é fundamental para o profissional de atendimento pré-hospitalar; boa saúde física que é um dos itens fundamentais, pois todos os atendimentos exigem muito esforço. Profissionais com condições físicas limitadas, problemas sérios de coluna e deficiência funcional não são aptos a fazerem parte da equipe; fobia ou enjôos ao andar de carro também a pessoa que pretende prestar atendimento pré-hospitalar; é necessário também possuir habilidades para trabalho com equipe interdisciplinar (Serviço 192 de APH..., 2001).

O resgate brasileiro ou SAMU é de responsabilidade do Estado. Na cidade de São Paulo, ele é realizado em conjunto pela Secretaria da Saúde, Prefeitura, Corpo de

Bombeiros e Grupamento de Radiopatrulha Aérea da Polícia Militar. O pedido de socorro é atendido pelo telefone do Corpo de Bombeiros e encaminhado a uma triagem no COBOM (Centro de Operações do Corpo de Bombeiros). A partir daí, o pedido é solicitado ao quartel mais próximo da ocorrência. De acordo com a gravidade do acidente, uma equipe de oficiais e médicos da Secretaria da Saúde decide o tipo de ambulância que fará o resgate ou uma UR (Unidade de Resgate) dotada de equipamentos básicos de primeiros socorros, ou se uma USA (Unidade de Suporte Avançado), equipada com desfibrilador, ventilador, oxímetro e demais materiais para estabilização da(s) vítima(s). A USA deve sair com uma equipe composta por médico, enfermeiro e bombeiro, e servir de apoio à UR (Emergência Médica....2001).

O socorro de emergência evolui no Brasil a passos largos, não apenas no que se relaciona ao resgate, mas também em termos de remoção. Quando um enfermo que inspira cuidados e precisa ser transportado por ar ou terra, a tecnologia está cada vez mais apurada. Ela é uma das grandes aliadas no dia a dia desses profissionais, em sua batalha contra o tempo (Resgate Médico..., 2001).

No entanto, ressalta-se que o SAMU não está implantado em todas as cidades do país. Em vista disso, se um acidente ocorrer em um lugar onde existe esse sistema de Resgate, como o Vale do Ribeira ou em algumas capitais brasileiras, a possibilidade de o acidentado sobreviver, provavelmente, é maior.

O Ministro de Estado da Saúde considera baixa a cobertura populacional e oferta insuficiente de APH móvel, constituída em sua maioria por serviços não

medicalizados e não regulados destinados ao atendimento ao trauma e localizados, a maior parte, em capitais e grandes cidades (Brasil, 2001a).

A atuação dos profissionais de saúde no atendimento às urgências/emergências pré-hospitalares exige treinamento adequado a fim de desencadear ações embasadas em conhecimento científico, segurança profissional para uma avaliação correta do paciente e atuação em tempo hábil para reverter as situações na própria cena do acidente ou no local do caso clínico, pois, segundo estudos já realizados, a atuação precoce aumenta muito as chances de sobrevivência do paciente. A atuação rápida nas primeiras horas do acontecimento é chamada no trauma de *golden hour* (Dellatorre et al, 1996).

O atendimento ao politraumatizado requer um acesso rápido às lesões e a instalação imediata de medidas de suporte de vida. Como o tempo é essencial nesse tipo de atendimento, essa abordagem deve ser sistematizada de modo que possa ser aplicada com segurança, evitando iatrogenia. O socorrista deve ater-se ao mecanismo de lesão, sempre com alto grau de suspeitas, com o intuito de assegurar que nenhuma lesão passe despercebida e venha a deteriorar o estado da vítima ou provocar iatrogenia (Cazarim et al, 1997).

Segundo os mesmos autores, entende-se ainda que mecanismo de lesão é o nome que se dá às lesões ou aos danos ocorridos no corpo por ação de agentes externos, como, por exemplo, a desaceleração brusca de um veículo projetando o corpo para frente o que faz com que o tórax bata contra o volante e o joelho no painel ou, ainda, uma queda.

Conhecer o mecanismo de lesão é extremamente importante quando se trata de acidentes de trânsito. Quando uma barra de direção mostra-se torta ou quebrada, isto nos traz a certeza de que o motorista sofreu uma lesão na caixa torácica, com possíveis danos aos pulmões e, quem sabe, um dano cardíaco ou dos grandes vasos. Um pára-brisas estilhaçado com manchas de sangue, indica lesões na testa ou couro cabeludo e possível trauma craniano, de coluna ou facial grave. Quando o paciente é recebido na unidade de emergência do hospital, cujo médico não visualizou a cena do acidente, a equipe de resgate tem de informar-lhe todos esses mecanismos com detalhes. Caso não tenha sido resgatado por equipe especializada, cabe ao médico tentar colher esses dados dos parentes ou curiosos que transportaram à vítima (Cazarim et al, 1997).

A oportunidade que o socorrista tem de prestar serviço ao seu semelhante é muito maior no trauma do que em outro tipo de atendimento, pois as chances de sobrevivência do doente traumatizado, que teve atendimento inicial adequado, são maiores do que as de qualquer outro doente. O socorrista pode aumentar a expectativa de vida do traumatizado e a sociedade beneficia-se pelo ganho de anos produtivos (Passanezi, 2000).

A atuação do socorrista pode muitas vezes significar a diferença entre a vida e a morte, ou entre uma seqüela mínima, temporária e outra, grave e permanente.

Os serviços de emergências devem ter um tempo médio estimado de chegada até o local do acidente de 6 a 8 minutos. Como o transporte até o hospital consome, geralmente, mais 8 ou 10 minutos, são gastos de 15 a 20 minutos da *golden hour* só para isso. Se os socorristas não forem bem treinados e organizados, podem até gastar

de 30 a 40 minutos no local. Uma de suas responsabilidades mais importantes é gastar, no local, o menor tempo possível para avaliar o doente, realizar manobras indispensáveis para manter-lhe a vida e prepará-lo para ser transportado para o hospital apropriado, pois o fator mais crítico para a sobrevivência do doente é o tempo decorrido entre o incidente e o início do tratamento definitivo (Passanezi, 2000).

O APH visa a melhorar suas médias: a estimativa ideal seria chegar em seis minutos até a vítima, atendê-la em oito e deixá-la no hospital em cinco. Em outros países, o tempo de socorro pode ser menor, pois cada ambulância atende apenas um raio de cinco quilômetros de abrangência, enquanto que na cidade de São Paulo, por exemplo, essas distâncias são maiores (Serviço 192 de APH..., 2001).

Há três princípios básicos a serem seguidos: chegar até a vítima o mais rápido possível; estabilizá-la no local, proporcionando de forma rápida e eficiente o restabelecimento de sua ventilação e oxigenação (funções vitais) e transportá-la rapidamente ao hospital. A chegada rápida até a vítima depende de um sistema de serviços de emergências que permita acesso rápido ao sistema, um bom esquema de comunicação e despacho das unidades e socorristas bem preparados e treinados. O atendimento eficiente na cena do acidente exige socorristas bem treinados na rápida identificação das condições das vítimas, controle das vias aéreas, procedimentos de imobilização adequada e tratamento do choque. O socorrista deve priorizar os procedimentos que devem ser realizados no local também como executá-los de forma eficiente e determinar o que deve ser feito a caminho do hospital (Passanezi, 2000).

Uma das maiores dificuldades encontradas para se conseguir uma melhoria no sistema de resgate está relacionada aos poucos recursos que os órgãos da área recebem do governo. O sistema hospitalar, embora deficitário, é ainda o que mais conta com verbas. O APH necessita não apenas de recursos, mas de uma estrutura organizacional de leis e obediência a elas, de normatizações e regulamentações, em que cada profissional envolvido tenha a sua função e trabalhe dentro dela. Para a qualificação desses trabalhadores é fundamental o treinamento em todas as áreas o que exige recursos (Lo Bello, 2001).

Grande parte da clientela atendida pelo APH são pessoas que sofreram traumas devido a acidentes ou à violência.

2.3. Riscos Ocupacionais entre Motoristas

A palavra risco origina-se do latim *risicus*, do verbo *resecare*-cortar; significa perigo, inconveniente, dano ou fatalidade eventual, provável, às vezes até previsível. No ambiente de trabalho, podem ser ocultos, quando o trabalhador não suspeita de sua existência; latentes, quando causam danos em situação de emergência; reais, quando conhecidos por todos, mas com pouca possibilidade de controle, quer pelos elevados custos exigidos, quer pela ausência de vontade política para solucioná-los (Bulhões, 1994).

Ao estudar-se a história da humanidade, percebe-se que o ambiente de trabalho tem sido causa de mortes, doenças e incapacidades para um grande número de pessoas. Entendido como o conjunto de todas as condições de vida no local de

trabalho, engloba tanto as características do próprio local (dimensões, iluminação, ventilação, ruído, presença de poeiras, gases ou vapores e fumaças), como os elementos conexos à atividade em si (tipo de trabalho, posição do trabalhador, ritmo de trabalho, ocupação do tempo, jornada laboral diária, turnos, horário semanal, alienação e não valorização do patrimônio intelectual e profissional) (Oddone et al, 1986).

As várias situações presentes no ambiente laboral podem tornar-se nocivas, dependendo da sua intensidade e também do tempo de contato dos indivíduos às mesmas. Os trabalhadores, sem escolha, submetem-se às relações, organizações, condições e aos ambientes de trabalho, expondo-se fisicamente a poeira, vapores, gases, calor, barulho, acidentes e jornadas de trabalho, situações sobre as quais não têm controle algum (Lopes et al, 1996).

Riscos à saúde dos trabalhadores são todos os fatores ambientais que podem causar lesão, doença ou inaptidão ou afetar o seu bem estar e o da comunidade (Burguess, 1997).

Este conjunto de fatores, também conhecido como riscos ocupacionais (Bulhões, 1994; Marziale, 1995; Lopes et al, 1996), favorece o acontecimento de acidentes, sofrimentos e doenças prejudicando a saúde dos trabalhadores pela exposição ocupacional aos agentes que lhe são prejudiciais (Bulhões, 1994; Lopes et al, 1996).

São vários os riscos ocupacionais existentes e, entre eles, estão os riscos biológicos que são propiciadores de infecções agudas e crônicas causadas por vírus, fungos e bactérias; têm sido responsáveis pelo aparecimento de doenças e acidentes

do trabalho, os principais geradores de insalubridade e periculosidade aos mesmos. Os riscos físicos encontram-se representados pelos ruídos, vibrações, temperatura ambiental, iluminação e eletricidade. Os psicossociais relacionam-se, principalmente, ao contato dos trabalhadores com a chefia, pacientes e com a comunidade; os químicos reportam-se ao uso de numerosos compostos, que podem levar os trabalhadores a apresentar várias reações; os agentes anti-ergonômicos, de natureza biopsicossocial, podem produzir desequilíbrio no processo de adaptação do homem ao trabalho e encontram-se associados a movimentação e transporte de pacientes, manuseio de equipamentos e materiais, posturas prolongadas e inadequadas e flexões freqüentes da coluna. Portanto, a falta de segurança que os trabalhadores vivenciam é evidente (Soares & Peixoto, 1987; Tan, 1991; Bulhões, 1994; Marziale, 1995; Lopes et al, 1996).

A Norma Regulamentadora - 9 considera como:

“(...) agentes biológicos as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros (...)”
(Brasil, 1997, p. 94)

A transmissão desses agentes, tanto em ambiente hospitalar como não hospitalar, acontece através do contato direto ou indireto entre pacientes e profissionais que os atendem. Podem ser transmitidos por das vias respiratórias, beijo, relações sexuais, ou, diretamente, pela pele. No ambiente pré-hospitalar ou hospitalar, podem ser transmitidos pelas mãos no cuidado prestado ao doente sem a sua lavagem adequada antes e após os procedimentos ou pela utilização de materiais não limpos, desinfetados ou esterilizados dependendo da sua classificação (material não crítico, semi-crítico ou crítico). O contágio indireto ocorre por contato com

objetos contaminados do paciente (fômites) ou por intermédio do ar, no caso das poeiras ou aerodispersóides.

A via respiratória constitui uma porta de entrada para várias doenças transmitidas através do ar e dos perdigotos, como a varicela e a tuberculose. Na experiência profissional da pesquisadora, a mesma pôde observar casos de transmissão de infecção de varicela em enfermarias de pediatria, quando uma criança internou com esta doença em seu período de incubação (infecção comunitária) e, após alguns dias, surgiram vários casos da mesma adquiridos dentro do hospital, com transmissão ocupacional a uma funcionária do setor. Foram constatados também quatro casos de transmissão de tuberculose, considerados ocupacionais, em profissionais da equipe de enfermagem em um hospital escola de Ribeirão Preto, São Paulo, em 1996 (Takeda, 1996).

Pode haver, também a transmissão ocupacional de hepatite B e C e a transmissão de conjuntivite em profissionais que assistem pacientes. A via ocular é a mais rara, podendo ser uma via de penetração para o vírus do tracoma (Bulhões, 1994).

A Norma Regulamentadora - 9 considera como

“(...) agentes físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como infra-som e ultra-som (...)” (Brasil, 1997, p. 94).

A mesma legislação ainda considera agentes químicos

“(...) as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter

contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão (...)” (Brasil, 1997, p. 94).

Tais agentes possuem determinadas substâncias denominadas tóxicas por produzirem ação nociva ao organismo quando absorvidas pelo mesmo (Marziale, 1995). A toxicologia estuda a ação nociva das substâncias químicas sobre os tecidos biológicos (Bauk, 1985).

Estes agentes penetram no organismo através de várias portas de entrada e, após sua absorção, exercem sua ação da mesma forma em que penetraram, ou nos derivados em que se transformaram. O mecanismo pelo qual exercem ação no organismo humano varia de acordo com a natureza do agente. O organismo, por sua vez, por meio de reações metabólicas, procura abolir ou reduzir a ação do tóxico. As vias habituais de penetração desses agentes no organismo são as seguintes: via cutâneas, digestivas e respiratórias. Em decorrência dessas vias de penetração dos agentes, o controle da patogenia das doenças profissionais faz-se, no meio ambiente, pela verificação no limite de tolerância nas tabelas que fornecem as concentrações máximas permissíveis. Os fumos e poeiras metálicas que penetram pela via respiratória, passando através das paredes alveolares entram na corrente sangüínea e são absorvidos. Os tóxicos que penetram no organismo pela via digestiva encontram uma barreira na função antitóxica do fígado e, quando a cota é elevada e constante, aquela função torna-se insuficiente para deter o tóxico que penetra na circulação geral (Bauk, 1985).

Os gases asfixiantes químicos agem como tóxicos sangüíneos, impedindo o transporte de oxigênio através da corrente sangüínea para os tecidos, sendo a

letalidade pode acontecer em função da concentração do gás e do tempo de exposição (Bauk, 1985).

Os motoristas de ambulâncias lidam regularmente com o hipoclorito de sódio ao efetuarem a desinfecção concorrente desse veículo e, além disso, inalam os agentes químicos provenientes da combustão dos automóveis, o que lhes pode ocasionar problemas de saúde.

Freqüentemente os motoristas de ambulância estão expostos aos agentes anti-ergonômicos, provenientes de freqüente levantamento de peso para movimentação e transporte de pacientes e equipamentos; posturas prolongadas e inadequadas; flexões da coluna vertebral em atividades de organização e assistência. Além disso, realizam rodízios de turnos e trabalho noturno. Essas ações podem causar problemas posturais, fadiga, hérnias, fraturas, torções, contusões, lombalgias e varizes (Silva & Bianchi, 1992).

Dentre os vários problemas que podem ocorrer em decorrência de atividades em posições inadequadas, há o cansaço e a fadiga resultantes do alto custo calórico das atividades. Pode também ser verificado o desgaste dos discos vertebrais que são responsáveis por hérnia, lombalgia, cifose e escoliose, e ainda, no aparelho locomotor, ocasionar miosites, bursites, artroses entre outros tipos de doenças viscerais, de órgãos genitais, do sistema circulatório e pressão arterial (Bulhões, 1994).

Tendo-se em vista que a saúde dos trabalhadores pode ser alterada de acordo com a maneira como o trabalho está organizado, a (des)organização parece ser uma esfera das mais preponderantes de determinação de agravos psíquicos relacionados

ao trabalho e tem sido estudada por diferentes especialistas e em diversas abordagens, de tal sorte que é amplamente reconhecido o fato de que as tensões, fadigas, tristezas, medos ou apatias podem ser “fabricados” ou estimulados a partir de determinadas situações laborais (Seligmann-Silva, 1995).

É provável que não exista uma solução ideal relacionada à maneira de se organizar o trabalho; no entanto, há que se pensar sobre os tipos de homens que a sociedade fabrica, por meio desta organização. O problema não é criar novos homens, mas encontrar soluções que permitirão acabar com a desestruturação de um certo número deles, em decorrência do trabalho (Dejours, 1998).

Devido ao grande número de fatores que influenciam o desencadeamento do estresse, dentre eles agentes químicos, físicos, biológicos e psicológicos, os conflitos interpessoais constituem os estressores mais comuns e que mais afetam o equilíbrio interno do indivíduo. Os fatores provenientes do meio externo, como moradia, salários, condições de vida, políticas, econômicas, assim como a vulnerabilidade do próprio indivíduo relacionada ao seu tipo de personalidade e ao modo como reage à vida, são também agentes desencadeantes desse processo (Bauk, 1985).

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações, os motoristas de ambulância estão enquadrados sob o código: CBO: 9-85.90 dentro de outros condutores de automóveis, ônibus, caminhões e veículos similares (Brasil, 2001d).

A estratégia de transporte do traumatizado varia de acordo com a situação enfrentada pela equipe de resgate. A presença de perigos no local, o número de socorristas disponíveis, o diagnóstico, a gravidade do paciente e a cena do resgate influenciam o tipo de transporte. Quando se utilizam técnicas incorretas, o paciente

pode sofrer um segundo trauma (iatrogênico) e o próprio socorrista pode sofrer lesão muscular ou de coluna vertebral, queimaduras ou choque elétrico (Figueiredo et al, 1996).

Ainda segundo os mesmos autores, o socorrista deve ter noções de mecânica corporal a fim de evitar acidente de trabalho. Os músculos das coxas são os mais fortes do corpo humano estes devem ser usados quando se deseja elevar um objeto pesado. É importante dobrar os joelhos antes de se elevar um peso, mantendo a coluna ereta. Não se devem utilizar os músculos dorsais, pois são fracos e mais propensos a lesões. Ao elevar um paciente do solo, deve-se ficar de cócoras bem próximo ele. Os movimentos devem ser sincronizados com os do outro socorrista e o peso a ser erguido não deve exceder aos seus limites físicos. Os serviços de resgate devem manter um programa de treinamento físico e de exercícios regulares para esses trabalhadores.

Em situações de risco iminente para o socorrista ou para a vítima, é necessário remover o paciente do local rapidamente, porém, se possível, fazer a sua estabilização antes de seu transporte. São exemplos dessas situações os locais de incêndio, de explosão, de desabamento e de vazamento de substâncias tóxicas ou radioativas (Figueiredo et al, 1996).

A abordagem pré-hospitalar ao paciente traumatizado divide-se em três principais fases: avaliação do local de atendimento, medidas de proteção aos socorristas e exame/tratamento do paciente. A avaliação da cena do acidente tem o objetivo de preservar a segurança da equipe de socorro e auxiliar o diagnóstico. O local deve ser avaliado quanto à presença de situações de risco antes de os socorristas

se aproximarem da vítima, tais como possibilidades de atropelamento, de colisão de veículos, de problemas com produtos tóxicos, de violência, incêndio e agressões (Figueiredo et al, 1996).

Para esses autores, a primeira medida de segurança consiste em estacionar a ambulância, em segurança, próxima do local de atendimento. Um dos socorristas deve cuidar da sinalização e do isolamento da área para prevenir acidentes secundários, solicitar auxílio da polícia para controlar o trânsito e para isolar a área de curiosos. Medidas devem ser tomadas para evitar lesões corporais ao socorrista e sua contaminação por agentes biológicos e substâncias tóxicas presentes na vítima, utilizando-se luvas, óculos especiais e máscaras.

A primeira responsabilidade da equipe de resgate é, portanto, garantir sua própria segurança, avaliando o local, determinando riscos potenciais, e a segurança de populares que estejam acercando o local (Cazarim et al, 1997).

2.4. Acidentes de Trabalho entre Motoristas

Acidente de trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária (Brasil, 1992).

Para a empresa, um acidente de trabalho, em geral, representa uma interrupção do processo de produção, ocasionando um custo imediato; já para o

trabalhador, o acidente mostra-se como um evento traumático, que pode conduzi-lo à morte ou ao afastamento, de forma definitiva do trabalho (Augusto et al., 1986).

O conceito de acidente de trabalho remete a aspectos relativos a azar, erro rudimentar, acontecimentos que ocorrem por obra do acaso ou por causas não conhecidas. Assim, nem sempre se consegue perceber as dificuldades relacionadas a construção de uma definição adequada para a questão do acidente e tampouco as conseqüências práticas que as diferentes concepções adotadas têm em relação ao estabelecimento de estratégias e medidas técnicas voltadas à sua prevenção (Carmo et al., 1995).

O processo de segurança e prevenção de acidentes de trabalho deve ser entendido, dentro da empresa moderna, uma necessidade de qualquer sistema produtivo e como um direito de todo ser humano que se dedica ao trabalho (Dela Coleta, 1991).

Devido à deficiência de estatísticas mundiais e nacionais torna-se pouco importante tentar comparar o quadro estatístico brasileiro com o de outros países (Schubert, 1999).

Quanto aos acidentes de trabalho ocorridos entre os motoristas de ambulâncias, escassos são os trabalhos científicos que os abordam.

Saito et al (1999) realizaram um trabalho integrado entre a Polícia Rodoviária Federal, o Departamento Nacional de Estradas e Rodagens e a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro em que observaram as condições de segurança em veículos que trafegavam em rodovias próximas ao município de Uberaba-MG. Entre 260 motoristas submetidos a exame clínico, 27,3% (71) não usavam cinto de

segurança. Constatou-se que os motoristas profissionais não faziam uso do cinto de segurança em quase o dobro das vezes em que foram examinados, quando comparados com outros condutores; 19,7% (dos veículos) não apresentavam faroletes, faróis e lanternas em condições adequadas; 14,1% não usavam luz de freio e 9,8% não tinham, em seus veículos, o funcionamento de setas. Destes 260, todos tinham idade superior a 21 anos e eram do sexo masculino; 30 eram motoristas profissionais habilitados, em exercício de sua função.

Estudos como este comprovam que tais profissionais, por falta de condições dos veículos, acabam correndo um risco maior de sofrer acidentes de trânsito e podem estar incluídos dentro dos acidentes de trabalho, bem como também envolver terceiros devido a sua imprudência.

Hijar-Medina et al (1999) avaliaram o efeito das intervenções em uma rodovia, na ocorrência e gravidade de ferimentos por acidente. Foi feita uma análise comparativa de dois estudos transversais em 1994 e 1996. Em 1994, a taxa foi de 7,96 acidentes/100.000 veículos e em 1996, 8,49/100.000 veículos. O índice de motoristas feridos em 1994 foi de 2,10/100.000 veículos e de 1,35/100.000 veículos em 1996. A notificação espontânea do uso de cinto de segurança (63,46% contra 76,6 %), o número de veículos de pequeno porte acidentados (7,9% contra 37,7%), o trânsito em horário noturno (23,7%) e a direção no sentido México-Cuernavaca (45% contra 66,7%) foram maiores em 1996.

A investigação de Pinsky & Laranjeira (1998) apontou a importância do tema dirigir alcoolizado no Brasil e no mundo, por meio de uma revisão epidemiológica sobre este assunto. Além disso, apresentou ações preventivas e coibitivas (melhoria

das ruas e estradas, aplicações do bafômetro, prisão e apreensão da carteira de motorista para infratores, aumento legal para o consumo de álcool) levadas a cabo internacionalmente, assim como alguns aspectos da legislação nacional e internacional sobre o beber e dirigir. Entre os vários problemas resultantes do uso inadequado/abuso de bebidas alcoólicas, os acidentes automobilísticos ocupam um posto proeminente. Costuma-se considerar, internacionalmente, que entre a metade e um quarto dos acidentes com vítimas fatais, esses estão associados ao uso do álcool por algum dos responsáveis pela ocorrência.

O Brasil praticamente não possui dados epidemiológicos da ocorrência de acidentes de trânsito relacionados ao uso de álcool. Esse fato, no entanto, não significa que a questão seja de menor importância. Ao contrário, evidencia-se que estimam uma associação freqüente do uso do álcool com acidentes de carro. Constatou-se, em estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica realizado em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, que o alcoolismo configura-se como principal problema de saúde mental para o gênero masculino, com níveis de prevalência em torno de 15% nas amostras colhidas em de cada uma das cidades. Um motorista adulto, com 0,5 e 0,9 g/l (portanto dentro do limite permitido em muitos países) corre risco nove vezes maior de vir a morrer em um acidente de carro. Atualmente no Brasil, a taxa de álcool no sangue, legalmente permitida, é de 0,8 g/l. Essa medida corresponde, aproximadamente, a três latas de cerveja ou três doses-padrão de destilado, consumidas por um indivíduo de cerca de 60 Kg. Para comprovar se o motorista está embriagado, as autoridades de trânsito utilizam o “bafômetro”. Há, porém, alguns empecilhos para o efetivo cumprimento desta resolução: não existem

equipamentos disponíveis, em número suficiente, para os policiais de trânsito; não há lei que obrigue o indivíduo a se submeter a este teste; ou seja, o motorista, pode se recusar a usar o aparelho. A partir da reflexão sobre esses dados, é possível pensar em caminhos que já se mostraram eficientes em outros países e o que pode ser feito nesta área no Brasil. Entre as medidas de prevenção, inclui-se a melhoria dos sistemas de segurança dos carros, das estradas e do sistema de atendimento aos acidentes automobilísticos (Pinsky & Laranjeira, 1998).

Ainda que os motoristas profissionais constituam uma das mais importantes categorias de trabalhadores responsáveis diretamente pelo desenvolvimento do país; governo não vem reconhecendo a importância desses trabalhadores, em especial os caminhoneiros. Além de deixarem as famílias sozinhas por semanas, são obrigados a conviver diariamente com a insegurança das estradas, sem poder ter a certeza de que vão voltar para casa. A insegurança não se deve apenas à precariedade e ao abandono das estradas brasileiras; está também relacionada ao alto índice de criminalidade. Nas estradas, são obrigados a conviver com o roubo de cargas e dos próprios veículos. Nas cidades, os taxistas, por exemplo, também enfrentam ruas esburacadas, mal sinalizadas e um trânsito perigoso, sem falar nos riscos de assalto (O drama dos..., 2001).

Chaves et al (1989), a partir de uma casuística de 811 pacientes acidentados de trânsito, avaliaram a alcoolemia de 593, com idade igual ou superior a 13 (treze) anos, atendidos na sala de politraumatizados do hospital e pronto socorro de Porto Alegre, no período de 21 de março a 28 de junho de 1988, perfazendo-se um total de 100 dias de coleta de dados. Foi observado que 24,5% dos pacientes encontravam-se

alcoolizados, com incidência maior nos do sexo masculino. Os motoristas e pedestres encontravam-se alcoolizados em 23,3% e 30,3% dos casos, respectivamente. A maior parte de acidentes com pacientes alcoolizados ocorreu de sexta a domingo. Houve um número significativamente maior de óbitos em pessoas alcoolizadas.

Fatores como os já relatados possivelmente aumentam, em muito, os acidentes de trânsito, sendo que alguns deles podem ser considerados acidentes de trabalho.

Mediante coleta das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) com óbitos, realizada em 28 agências da Previdência Social de Santa Catarina, puderam ser analisadas 206 mortes ocorridas por acidentes de trabalho no Estado em 1981, considerando-se idade, profissão, tipo de empresa, agente causador, descrição do acidente, diagnóstico, “causa mortis”, meio da ocorrência, se rural, urbano, de trajeto, rodoviário, em via pública, aérea ou marítima. Importantes focos de acidentes fatais localizavam-se no meio rural. Foi elevada a morbidade entre menores (29); elevado o número de acidentes rodoviários ou em via pública (77); o motorista foi a profissão especificamente mais vitimada (33); as serrarias e as madeireiras contribuíram com alto índice de morte (32), bem como os acidentes por eletricidade (23); quedas de alturas (17) e tratores (15). Como agentes mais freqüentes após os acidentes rodoviários, estão os traumatismos cranioencefálicos, que figuram em 50% dos diagnósticos e “causa mortis” e constituem alguns aspectos destacados para análise e proposições. O elevado número de mortes nas transportadoras resultou da violência do trânsito no nosso país: 28 motoristas morreram por trauma cranioencefálico, o que seria uma boa razão para tornar-se obrigatório ou, pelo

menos, recomendar-se aos motoristas profissionais o uso de capacetes. Se os acidentes graves dentro da fábrica têm diminuído, as causas de acidente de trabalho de trajeto, na via pública e nas rodovias, devem ser examinadas e atacadas. Estes não dependem mais da atuação das equipes de segurança: médico do trabalho, engenheiro do trabalho, auxiliar de enfermagem do trabalho e inspetor de higiene e segurança, e sim da Patrulha Rodoviária, do DNER, da Polícia Militar e de campanhas educativas e preventivas para segurança do trânsito urbano e rodoviário (Teixeira, 1982).

O risco de acidentes devido à sonolência dos trabalhadores é bastante conhecido. Um exemplo famoso foi um acidente de trem ocorrido em 1986 no Canadá, matando 23 pessoas e causando um prejuízo estimado de trinta milhões de dólares, foi atribuído a uma falha humana, ou seja, causado pelo maquinista do trem. Estudos sobre o acidente revelaram que o maquinista havia dormido apenas três horas e meia na noite anterior ao trabalho (Folkard, 1996), o que provavelmente reduziu seu nível de alerta durante o trabalho (Moreno et al, 2001).

Mais de 11% dos que trabalhavam em turnos irregulares admitiram sentir sonolência excessiva, chegando a adormecer durante o trabalho. A mesma porcentagem de motoristas, em horário irregular de trabalho, admitiu ter sofrido acidentes com veículos devido à sonolência (Moreno et al, 2001).

Entre estes trabalhadores, pode-se dizer que a sonolência e os baixos níveis de alerta estão entre as principais causas de acidentes de trabalho (Horne & Reyner apud Moreno et al, 2001).

A sonolência é uma causa comum de acidentes de trânsito, os quais tendem a se concentrar em um pico nas primeiras horas da madrugada e outro no meio da tarde, seguindo a tendência de adormecer, controlada pelos nossos relógios biológicos internos (Reimão, 2001).

Um dos motivos desta sonolência excessiva deve-se a síndrome de apnéia do sono tipo obstrutivo (SASO), que ocorre por fechamento das vias aéreas superiores ao dormir, comprometendo a qualidade do sono noturno. Predomina no sexo masculino na proporção de oito homens para uma mulher; acomete cerca de 1,3% dos homens adultos. Surge principalmente após os 40 anos de idade, havendo obesidade em 2/3 dos casos. Acomete uma faixa etária produtiva com elevada proporção de indivíduos que dirigem. A SASO é constatada, principalmente, em situações monótonas como ler, assistir a televisão e dirigir, levando a déficit no trabalho e acidentes de trânsito. Vem, em geral, acompanhada de hipertensão arterial em 40 a 60% dos casos e pode ser diagnosticada em consultórios de clínica médica, hipertensão, obesidade, otorrinolaringologia e neurologia (Reimão, 2001).

Nos EUA, a Comissão Nacional de Pesquisa em Distúrbios do Sono estima que a fadiga contribua com, aproximadamente, 36% de todos os acidentes rodoviários fatais e que o total de prejuízo causado pelos acidentes relacionados à fadiga do motorista seja calculado entre 29 e 38 bilhões de dólares por ano (Leger, 1994).

A sonolência pode servir como um sinal para o motorista fazer uma parada para descansar ou até cochilar para minimizar os débitos de sono. Porém, a tendência

é de continuar a viagem, principalmente para os que têm horário a cumprir (Summala et al, 1999).

2.5. Enfermidades Relacionadas ao Trabalho de Motoristas

Há pouca literatura disponível sobre enfermidades que acometem a categoria motoristas profissionais quase nada relativo aos motoristas de ambulância.

Foram analisados 392 motoristas de transporte coletivo de Recife-PE, cuja a principal queixa foi a baixa acuidade visual para perto; 25,7% foram considerados reprovados, segundo o Conselho Nacional de Trânsito. Dentre os reprovados na acuidade visual, 54 tiveram história de acidente de trânsito, sendo o índice estatisticamente significativo (Lima et al, 2000).

Foram examinados 151 motoristas e entre eles, 103 (73,54%) não usavam correção visual. 40 (37,7%) apresentavam alterações visuais no olho direito e 41 (41,22%) no olho esquerdo. Entre os que usavam correção visual, 43,9%, estavam com correção inadequada. Entre os 30 motoristas profissionais, 27 (90%) não usavam correção visual; dentre estes, 11 (44,7%) apresentavam visão alterada no olho direito e 12 (44,5%) no olho esquerdo. Dentre os três que usavam correção visual, todos apresentavam alteração visual no olho esquerdo e um no direito, e todos necessitavam atualizar o exame oftalmológico e o uso de óculos. Os autores consideram os achados extremamente preocupantes, reveladores do estágio precário do desenvolvimento educacional desses profissionais como cidadãos e indicam o

muito que há pela frente para obtenção de melhor qualidade de vida (Saito et al, 1999).

Outro estudo demonstrou a relação direta entre a baixa acuidade visual e os acidentes de trânsito. Considerando-se que a visão corresponde a 95% do ato de dirigir, realizou-se um levantamento em rodovia federal de grande circulação, onde foram sorteados e analisados 400 motoristas de veículos pesados. Deste total, 204 (51%) tinham um intervalo para renovação da Carteira Nacional de Habilitação (C.N.H.) maior que cinco anos e 51,5% referiram nunca terem se submetido a exames oftalmológicos, que não os exigidos pela legislação e estes nem sempre estavam completos. 51 motoristas (14,25%) apresentavam deficiência de acuidade visual, entre os quais, 17 (29,82%) portavam uma visão aquém do mínimo exigido pela lei, sendo que quatro motoristas apresentaram cegueira de um dos olhos (Brandão et al, 1995).

Em outro estudo, 18,02 % dos motoristas de ônibus entrevistados em Belo Horizonte (MG) apresentavam queixas de irritação nos olhos, o que provavelmente poderia estar relacionado à poluição ambiental ou à exaustão de gases ou fumos resultantes do motor do veículo (Santos Júnior & Mendes, 1999).

Quanto aos agravos relacionados à esfera cardio-vascular, algumas investigações foram encontradas, como se segue.

Estudaram-se 25 motoristas de ônibus de uma empresa de transportes coletivos da região de Campinas (SP) e todos tinham exames médicos pré-admissionais normais. A hipertensão arterial foi detectada em 8 (32%) e as alterações de ritmo cardíaco foram encontradas 23 (92%) dos trabalhadores, sendo: 23 (92%)

com taquicardia sinusal, 5 (20%) com alterações no segmento ST-T, 1 (4%) com períodos de braditaquicardia, 1 (4%) com bloqueio de ramo direito intermitente, 2 (8%) com extra-sístoles ventriculares, 1 (4%) com arritmia sinusal (pausa sinusal) e 2 (8%) com alterações morfológicas do QRS. Os autores discutem o papel da atividade profissional na gênese das alterações encontradas (Pinho et al, 1991).

Estudo realizado na Dinamarca identificou motoristas de ônibus como categoria profissional de alto risco de mortalidade por doenças arteriais coronarianas. Dados epidemiológicos suecos, em 1981, revelaram que os motoristas apresentaram um índice de mortalidade devido à doença arterial coronariana cinco vezes mais elevado do que o pessoal empregado em ocupações técnicas, científicas ou educacionais (Duffy & McGoldrick, 1990).

Estudos concluíram que os motoristas são expostos a altos níveis de temperatura (24 e 36°C) e ruído (55 e 78 dB), nas condições mais desfavoráveis e também manifestaram aumento do batimento cardíaco e das pressões sistólica e diastólica, como também desconforto e fadiga (Câmara, 1999).

Os achados relacionando exposição ao ruído e pressão arterial são ainda controversos, embora já se possa identificar uma tendência à identificação de associação profissional ao ruído e prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Já está bem estabelecido o aumento da pressão sistólica como efeito da exposição aguda à elevada pressão sonora (Andren et al apud Cordeiro et al, 1993b).

Na Índia, em 1991, realizaram-se testes audiométricos em motoristas expostos ao ruído e compararam-se os resultados com um grupo controle. Para os motoristas, as exposições ao ruído foram medidas entre 89 e 106 dB e entre 50 e 62

dB para o grupo controle. Observou-se que os motoristas tinham audiogramas alterados em 89% dos casos, contra 19% do grupo controle. Os motoristas indianos estão expostos aos níveis de, no máximo, 106 dB; em se tratando dos motoristas de ônibus urbanos da cidade de São Paulo, a exposição aos níveis de ruído acima de 94 dB não é comum (Kwitko, 2001).

As doenças do aparelho músculo-esquelético têm constituído a principal causa de morbidade e de afastamento do trabalho entre motoristas urbanos, os quais apresentam níveis pressóricos considerados elevados durante a jornada de trabalho. Este achado vem ao encontro do que a literatura brasileira e estrangeira têm demonstrado sobre os motoristas profissionais, em especial, os motoristas de ônibus urbanos: o fato de apresentarem um adoecer e um morrer diferente da população em geral. Estes profissionais são mais acometidos por doenças do aparelho cardiovascular (hipertensão arterial, doença cardíaca isquêmica, infarto do miocárdio e outras doenças cardiovasculares), doenças gastrointestinais e problemas músculo-esqueléticos, hérnia de parede abdominal e hérnia de disco intervertebral lombar. A média de tempo de trabalho como motoristas de ônibus urbanos pode ser considerada baixa, quando comparada com a média de idade. Este fato deve ser destacado porque já se demonstrou associação positiva entre doenças (hipertensão arterial e surdez ocupacional) e somatória de tempo de trabalho (Santos Júnior & Mendes, 1999).

Outros autores encontraram, entre motoristas profissionais, a úlcera péptica como a principal causa de internação clínica ou cirúrgica, doença que tem sido relacionada aos motoristas por fatores psicossociais ou ao estresse, ao tabagismo, às irregularidades alimentares e à vibração de baixa frequência. A queixa de cefaléia

freqüente ocorreu em 42 (47,7%) dos entrevistados e o nervosismo/depressão em 32 (36,4%). O relato de hipertensão arterial em 13 (14,8%) motoristas pode estar relacionado às características da profissão, considerada altamente estressante. A queixa de irritação nos olhos em 16 (18,2%) dos entrevistados provavelmente está relacionada à poluição ambiental ou à exaustão de gases ou fumos provenientes do motor do veículo. Outro sintoma relatado por eles, e que os autores consideram importante, é a diminuição da audição, queixa de 12 (13,6%) dos entrevistados. Mostram também que 42 (50%) dos 84 motoristas examinados apresentavam níveis de pressão diastólica (PAD) considerados elevados e que 46 (54,8%) apresentavam níveis de pressão arterial sistólica (PAS) elevados, ou seja, PAD maior que 90 mmHg e PAS maior que 140 mmHg. Examinaram um motorista de 32 anos que desconhecia ser hipertenso e apresentava pressão arterial de 212/140 mmHg (Santos júnior & Mendes, 1999).

A prevalência aumentada da HAS entre certos grupos de trabalhadores é entendida como resultante da interação de eventos e características, tais como o tabagismo, a satisfação com o trabalho, a possibilidade de tomar decisões próprias no trabalho, o estresse, a alimentação, a exposição ao ruído, o trabalho em turnos (Cordeiro et al, 1993a).

Existem poucas referências bibliográficas sobre os efeitos da vibração de baixa freqüência na saúde do homem. Encontraram-se afirmações pouco conclusivas em relação a alterações relacionadas com este agente físico e, entre as relatadas estão as gastrointestinais (anorexia, dificuldade digestiva, estado de hipertonía gastroduodenal, algumas vezes chegando até úlcera gástrica), neuropsíquicas (mal-

estar, cefaléia, exaustão, vertigem, irritabilidade) e visuais (nistagmo e ilusões ópticas), por ressonância do globo ocular. Há ainda síndromes dolorosas de coluna vertebral, inclusive com manifestações de espondiloartrose e dano renal, com possibilidade de proteinúria, hematúria e maior incidência de cálculo renal (Buschinelli & Moro, 1985).

Os autores anteriormente citados estudaram um grupo de trabalhadores (motoristas de caminhão, tratoristas e operadores de colhedadeiras de cana) de uma usina de açúcar e álcool. Todos os motoristas estavam expostos à vibração e todos tinham horários irregulares de alimentação durante a safra. De 102 motoristas, 36 apresentavam sintomas gástricos, equivalendo a uma incidência de 35,29, enquanto que no grupo controle (de um total de 260), somente 29 tinham queixas gástricas; de um total de trabalhadores de 294 expostos à vibração, 85 deles manifestavam queixa de lombalgia, enquanto que no grupo controle (não exposto à vibração), de um total de 260, 38 tinham queixa de lombalgia e 222 não apresentavam esta queixa; de 102 motoristas (grupo exposto à vibração), 17 manifestavam queixa de lombalgia equivalendo a uma incidência de 16,67, enquanto que dos 260 trabalhadores do grupo controle, 38 tinham queixa de lombalgia correspondendo a uma incidência de 14,61. Conclui-se, então, que é significativo o aumento do risco relativo de queixas de epigastralgia em queimação entre o grupo exposto à vibração e o grupo controle; é significativo o aumento do risco relativo de queixa de lombalgia entre o grupo exposto e o grupo controle, mas a diferença não se mantém entre os motoristas, cujo grupo não possui diferença significativa em relação ao controle (Buschinelli & Moro, 1985).

Foram entrevistados 311 caminhoneiros, no período de 10 a 14 de abril de 2000. Do total, 3,5% eram hipertensos e, destes, 45,4% usavam anfetamina associada. Estima-se que 19.200 caminhoneiros em uso de drogas anti-hipertensivas associadas à anfetamina trafegam por mês no trecho analisado, aumentando consideravelmente o risco de acidentes naquela rodovia (Faria, 2001).

A maior parte dos profissionais da área médica reconhece que a fadiga ao volante é determinada por outros fatores além de simplesmente o tempo que se está dirigindo. Os três principais fatores da fadiga são a duração da jornada de trabalho; a duração do tempo de descanso e horas de sono; a relação entre jornada de trabalho, período de descanso e horas de sono dentro de um ciclo de 24 horas. Esses fatores, no cenário brasileiro, podem explicar alguns acidentes envolvendo motoristas profissionais, já que, na medida em que a carga horária é elevada, o motorista, que em geral mora longe e, dessa forma, tem pouco tempo para o descanso entre uma jornada e outra, quando recomeça a trabalhar, no dia seguinte, já tem cansaço acumulado. Outra prática bastante comum é a dobradinha, ou seja, turno duplo de trabalho e também troca de férias por um mês extra de salário. Todas estas práticas o predispõem a sofrer um acidente sério (O ato de dirigir..., 1999).

Estudaram-se as profissões de pessoas internadas com diagnóstico de tuberculose em um hospital-escola e observou-se que 38 pacientes (3,01%), do total de 1263 internados, correspondiam à sétima ocupação mais relacionada à do transporte. O transporte foi considerado tanto de cargas quanto de pessoas, abrangendo motoristas de condução coletiva urbana e os que viajam pelas numerosas estradas, levando cargas diversificadas. Esses indivíduos estão expostos ao estresse,

promiscuidade, má alimentação, sono e descanso irregular. Em geral, possuem baixo nível sócio-econômico e apresentam maior probabilidade de adquirirem SIDA/AIDS. O fato de dirigir ônibus urbano, por exemplo, significa, provavelmente, ter que permanecer em ambientes pequenos com grande número de pessoas (passageiros), os quais aumentam nos horários considerados de “pico”. Obviamente, entre eles, se houver com os bacilos de Koch, o contágio pode ocorrer, inclusive entre motoristas dos coletivos. Todos esses fatores encontram-se, intimamente relacionados à presença de muitas dessas doenças contagiosas, entre elas a tuberculose (Takeda, 1996).

Outros fatores que também são considerados de risco são motoristas que sofrem de desordens do sono não tratadas ou não diagnosticadas; perda de sono; horários e pausas em momentos inapropriados e consumo de álcool. No Brasil, o álcool é a substância psicoativa mais usada segundo Scivoletto & Malbergier (1996), e o seu consumo é considerado um dos fatores de risco para a ocorrência de acidentes nas estradas. O álcool prejudica o tempo de reação dos indivíduos (Moreno et al, 2001).

Em 1994, realizou-se uma pesquisa exploratória com 36 motoristas de ônibus do Rio de Janeiro para investigar a relação entre estresse, condições de trabalho e envolvimento em acidentes. As doenças mais comuns entre eles eram fadiga (53%); dor nas costas (48%); dor nas pernas (42%); problemas auditivos, comuns, entre motoristas mais velhos, (36%); problemas de visão (também mais comum entre os mais velhos); outras menos citadas, mas não menos importantes, como dor de cabeça (14%); pressão alta (17%); dificuldade em dormir (17%); hemorróidas (14%); 90%

dos motoristas acreditavam que suas doenças eram relacionadas ou agravadas pelo fato de serem motoristas de ônibus (Câmara, 1999).

Atenção também deve ser dada ao se iniciar o tratamento de qualquer doença, principalmente cardiopatias, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, particularmente durante a fase de adaptação do medicamento e até se estabelecer a dosagem adequada a cada paciente e, também, por interferir na homeostase que está adaptada para uma situação patológica. O paciente deve ser orientado a não dirigir veículo, pois estará correndo maior risco de acidentes (Taha, 1999).

Foi pesquisada a prevalência de sorologia positiva para a doença de chagas em 152 motoristas de táxi de Uberlândia-MG. Houve 21 indivíduos (23,8%) com diagnóstico sorológico de infecção pelo *Trypanosoma cruzi*. Destes, 16 casos foram clinicamente avaliados, pelo eletrocardiograma (ECG) convencional e pelo estudo radiológico do tórax. Todos eram assintomáticos, nove tinham arritmias cardíacas “benignas” pelo ECG (dois dos quais, com área cardíaca aumentada), sete mostraram ECG e radiografias do tórax normais (Silva et al, 1984).

Analisaram-se 16.436 fichas de internação de um hospital, no período de três meses. Dentre elas, 194 (1,18%) diziam respeito a motoristas propriamente ditos e sete tratoristas. Havia 42 internações de ordem clínica, sendo as principais devidas a úlcera péptica, por sete vezes; pneumonia, por seis vezes; insuficiência cardíaca congestiva, seis vezes; crise epiléptica, três vezes; etilismo agudo, uma vez. Ocorreram 65 internações de ordem cirúrgica, sendo as principais por úlcera péptica com ou sem complicações, 16 vezes; hérnias de parede, 10 vezes (uma bilateral); varizes, três vezes; varicocele, uma vez; hemorroidas externas, uma vez. Foram 80

internações de ordem traumática, incluindo acidentes de trânsito/trabalho, acidentes no lar, durante o lazer, ferimento por armas, fratura de crânio com crise convulsiva. Foram encontrados, ao todo, quatro casos de epilepsia (Campana,1980).

Foi de grande importância o aparecimento da úlcera péptica, com ou sem complicações, nos motoristas profissionais, pois se tratam de uma doença das condições de trabalho, devido principalmente à excessiva tensão ou estresse, aos altos níveis de ruído ambiental bem como do próprio veículo, ao tabagismo e ao cafeinismo, às irregularidades alimentares a que estão expostos e a outros fatores próprios da atividade (Campana,1980).

As fontes de estresse podem ser, por exemplo, barulho, sinalização confusa, pedestres, trânsito lento, mudanças na vida profissional/afetiva, dívidas, desentendimentos e até baixa auto-estima. Evitar que esses fatores contribuam para os acidentes depende de como o motorista lida com tudo isso e de como descarrega a tensão. De acordo com pesquisadores, o fator humano ainda é o maior responsável pelos acidentes de trânsito. Comentam que, enquanto carros e estradas tornam-se mais seguros, os motoristas ficam cada vez mais estressados (Trânsito..., 1997).

Os motoristas de caminhão e ônibus apresentaram níveis de estresse significativamente mais elevados, assim como diminuição de percepção auditiva e visual (Câmara, 1999).

Motoristas estressados tiveram uma probabilidade cinco vezes maior de causar acidentes fatais do que os que não estavam sob estado de estresse. O impacto de estresse em motoristas na indústria de transporte rodoviário é inestimável. Motoristas profissionais como de táxi, entregadores, de ambulância, corpo de

bombeiros e polícia, assim como motoristas de caminhões e ônibus são especialmente vulneráveis (Dorn apud Câmara, 1999).

A tarefa de dirigir é altamente estressante, especialmente entre motoristas profissionais. Motoristas de ônibus e de caminhão estão sujeitos a grande estresse, que pode, a longo prazo, afetar sua saúde mental, nível de concentração e assim aumentar a probabilidade ou o risco de acidentes. Deve-se considerar também que, no Brasil, as práticas e condições atuais de trabalho são totalmente adversas: carga horária alta e irregular, baixos salários, altos níveis de ruído dos veículos e ruído externo devido aos níveis intensos de tráfego, altas temperaturas e também fatores exteriores como congestionamentos, o trato com o público/passageiros e falta de segurança pessoal devido a assaltos (CET apud Câmara, 1999).

As condições de trabalho ruins afetam a motivação dos empregados e, no caso dos motoristas de ônibus, comprometem a habilidade da classe em oferecer um serviço de qualidade aos passageiros, podendo também contribuir para problemas de saúde (Câmara, 1999).

Estudo europeu demonstrou que o absenteísmo, a alta rotatividade e os índices de incapacidade física também tendem a ser mais altos entre motoristas de ônibus da Holanda. Motoristas que tiveram de se afastar da profissão por motivo de saúde o fizeram mais cedo, ou seja, numa idade inferior à de outros grupos de funcionários públicos. As principais causas que levaram a incapacidade física eram relacionadas a problemas nas juntas e tendões da região dorso-lombar (35%), desordens mentais (35%) e doenças cardiovasculares (12%). Doenças de ordem mental apresentaram um índice duas vezes maior que a média nacional, enquanto

doenças oftalmológicas, otorrinolaringológicas e neurológicas apresentaram um índice 2,7 vezes maior. O mesmo estudo também mostrou que o absenteísmo ao longo do tempo é um forte precursor de futura incapacidade física (Kompier et al apud Câmara, 1999).

Outra pesquisa revelou que 23% dos condutores de empregados do trabalho admitiram sentir tonturas ou sonolência quando dirigiam, enquanto 18% sentiam-se estressados ao ponto de isso afetar seu desempenho ao volante e pôr em risco sua segurança e a de outros usuários (TargetZero apud Câmara, 1999).

Tais exemplos sugerem que os motoristas profissionais estão sujeitos a um ambiente de trabalho bastante hostil, especialmente se comparados com os de outras categorias profissionais, apresentando maior risco de doenças cardiovasculares, assim como de doenças devido à exposição constante ao estresse. (Câmara, 1999).

O prejuízo cognitivo, principalmente causado por uma doença que traga uma condição de demência, foi associado às maiores taxas de colisão com veículos motorizados, em indivíduos mais velhos. As funções cognitivas relacionadas à direção veicular incluem a memória e atenção, a avaliação sistemática do ambiente e outras habilidades visuoespaciais, verbais e de processamento de informações, tomada de decisões e resolução de problemas (Pirito, 1999).

As patologias que afetam a direção veicular são aquelas que alteram o nível de consciência ou do controle corporal sendo, portanto, usadas como previsão de um comportamento inseguro ao volante. As condições mais comuns em pessoas idosas relacionadas com acidentes de trânsito são doenças pulmonares e cardiovasculares, doença cardíaca isquêmica, arritmias, apnéia do sono, diabetes mellitus, doenças

neurológicas, acidente vascular cerebral, Alzheimer, Parkinson, neuropatias, convulsões, artrites e uso de álcool (Pirito, 1999).

Estes estudos demonstram os riscos a que os profissionais motoristas estão expostos em seu cotidiano, bem como também aqueles que são transportados por eles ou até os pedestres, que podem ser feridos em decorrência de tais circunstâncias.

3. OBJETIVOS

3. **OBJETIVOS**

Geral: Estudar os motoristas socorristas no cotidiano de suas atividades no contexto da sua exposição aos Riscos Ocupacionais, Acidentes de Trabalho e Doenças.

Específicos:

- identificar os Riscos Ocupacionais a que estão expostos os motoristas socorristas;
- identificar o tipo e características dos Acidentes de Trabalho sofridos por estes motoristas;
- verificar as providências adotadas pelos trabalhadores e pela instituição em caso de Acidente de Trabalho;
- identificar os tipos e as características das doenças mais comuns relatadas pelos motoristas;
- verificar as providências adotadas pelos motoristas e pela instituição em casos de adoecimento dos trabalhadores;
- propor estratégias para minimizar os riscos ocupacionais, os acidentes de trabalho e doenças entre os motoristas socorristas.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Natureza do estudo

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem de análise quanti-qualitativa, tendo como caso em estudo, os motoristas socorristas de uma central de ambulância (CA), no que se concerne aos riscos ocupacionais, acidentes e doenças, no cotidiano de suas atividades profissionais.

4.2. Sujeitos do Estudo

A CA conta com um total de 26 motoristas socorristas dos quais, quatro fizeram parte do treinamento da entrevista da pesquisadora; assim, 22 constituíram-se sujeitos deste estudo.

4.3. Local do estudo

O estudo foi realizado em uma central de ambulâncias (CA) na cidade de Marília, Estado de São Paulo, a qual faz o transporte de pacientes e atende aos que estejam sem recursos para se locomoverem até o serviço de saúde desejado. Esses

atendimentos são realizados por viaturas simples, não equipadas. A CA realiza também o transporte social* de pacientes crônicos com dificuldades de locomoção, como os engessados, com paralisias e aqueles que necessitam de fisioterapia ou atendimento hospitalar.

A CA conta com 26 motoristas, sendo que 23 destes fazem escala de 12 por 36 horas e três realizam 8 horas em plantão diurno e permanecem, somente, com o transporte social. Trabalham também na CA quatro auxiliares de enfermagem e quatro telefonistas num esquema de 12 por 36 horas.

4.4. Procedimentos Éticos

Atendendo à resolução 196/96 (Brasil, 1998), encaminharam-se exemplares do projeto de pesquisa deste estudo para análise ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina e da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília (SMHSM), tendo-se obtido aprovação para a realização da mesma. Ainda em atendimento às exigências da referida portaria, todos os trabalhadores foram informados sobre a natureza do estudo, seus objetivos, métodos e benefícios previstos, potenciais riscos e possíveis incômodos. Elaborou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que o trabalhador manifestou sua participação voluntária na pesquisa (Brasil, 1998) obtendo-se o consentimento de todos os sujeitos do estudo.

* Transporte Social: transporte de pacientes sem recursos para se locomoverem até o serviço de saúde desejado (Fisioterapia, hemodiálise, retornos ao INSS ou outros serviços de saúde, altas hospitalares e transferências inter-hospitalar) (Jacquemot, 2001).

4.5. *Coleta de Dados*

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada, com auxílio de um formulário, cujo roteiro foi constituiu-se de duas partes, ou seja, na primeira, os dados relativos às características pessoais, sócio-econômicas, hábitos, atividades profissionais e na segunda, os dados relativos aos riscos ocupacionais, acidentes de trabalho e doenças mais comuns relacionadas ao trabalho.

- Treinamento da entrevista

Foram realizados treinamentos com quatro motoristas recém-admitidos, ocasião em que se verificou a necessidade de ajustes da linguagem para a formulação das questões.

- Procedimento de Coleta de Dados

As entrevistas foram agendadas previamente com o chefe do serviço e de acordo com a escala mensal.

Obtido o Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes do estudo, as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora na CA, no próprio ambiente de trabalho dos motoristas, em uma sala onde a privacidade e sigilo foram mantidos, exceto a de um motorista que se encontrava de férias. Ainda assim, sua entrevista foi feita, em sua casa, preservando-se a privacidade e sigilo.

As falas foram gravadas com consentimento de cada um dos motoristas e, em seguida, transcritas e digitadas por uma pessoa treinada. Depois desta etapa, foram novamente ouvidas e as transcrições corrigidas pela pesquisadora.

A coleta de dados foi efetuada na primeira quinzena de Janeiro de 2002.

4.6. Tratamento dos Dados

Para análise quantitativa dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e para a qualitativa, seguiram-se os procedimentos preconizados por Lüdke & André (1986).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Características Sócio-Demográficas

Dos dados referentes às características sócio-demográficas encontram-se apresentados na Figura 1.

Características					
Mais Freqüentes	f	%	Complementares	f	%
Sexo Masculino	22	100	Feminino	0	0
Faixa etária 36-40	9	40,90	30-35	1	4,55
			41-45	6	27,29
			46-50	3	13,63
			51-55	3	13,63
Estado civil Casado	18	81,82	Solteiro	4	18,18
Grau de Escolaridade Primeiro grau incompleto	9	40,90	Primeiro grau completo	7	31,82
			Segundo grau completo	6	27,28
Renda Individual (em salários mínimos) 2-4	20	90,90	5-7	1	4,55
			> 7	1	4,55
Renda Familiar (em salários mínimos) 2-4	12	54,55	5-7	7	31,82
			> 7	3	13,63
Outra Ocupação Não possui	10	45,45	Encanador/eletricista/ Pedreiro/Pintor	5	22,72
			Empresário	2	9,09
			Motorista	2	9,09
			Montador de móveis	1	4,55
			Motorista particular/ Pedreiro/Faz manutenção	1	4,55
			Fabricante de peças de moto	1	4,55

FIGURA 1 - Características sócio-demográficas dos motoristas socorristas da central de ambulância. Marília-SP, 2002

Observa-se, que quanto à idade dos motoristas socorristas da CA de Marília, a maior frequência se encontrava na faixa etária entre 36 a 40 anos de idade (40,90%), seguida de 41 a 45 anos com seis (27,29%). Esses dados mostram que os sujeitos desse estudo não são tão jovens e encontram-se em plena fase produtiva.

Todos os vinte e dois entrevistados pertencem ao sexo masculino, sendo a maioria casada (81,82%) e os demais (18,18%), solteiros.

A maior parte dos trabalhadores não concluiu o primeiro grau (40,90%); 31,82% terminaram o segundo grau e 27,28%, o primeiro grau.

Embora todos os condutores de veículo do serviço de APH, conforme a Portaria 814 (Brasil, 2001a), devam ter primeiro grau completo e capacitação em direção defensiva, isso não acontece na central de ambulância de Marília, pois somente 31,82% possuem esta escolaridade e dois (9,09%) informaram possuir capacitação em direção defensiva.

A Portaria 814 (BRASIL, 2001a) preconiza que o condutor deve ser maior de vinte e um anos e ter disposição geral para a atividade. Pela entrevista realizada, todos informaram ter disposição para a atividade e gostar do serviço que realizam, até reclamando quando são escalados para o transporte social. Quanto às noções de biossegurança, percebe-se que lhes falta conhecimento a respeito de doenças transmissíveis e meios de proteção laboral; obviamente vão necessitar de um treinamento maior a fim de que consigam capacitar-se melhor.

Quanto às competências mencionadas na Portaria 814 (BRASIL, 2001a), ou seja, conduzir o veículo de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes, conhecer integralmente o veículo e seus equipamentos, realizar

manutenção básica do mesmo, estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações, conhecer a malha viária local e todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema de assistência local, acredita-se, pelas entrevistas realizadas, que as condições sejam satisfatórias.

Em relação à renda mensal dos trabalhadores, tomando-se por base o valor do salário mínimo atual de duzentos reais (R\$200,00), observa-se que renda individual da maior parte deles (90,90%) recebe entre dois e quatro salários mínimos; um (4,55%) recebe entre cinco e sete salários; e outro (4,55%) recebe mais que sete salários mínimos vigentes.

O Sindicato dos Trabalhadores de Transporte Rodoviários e Urbanos da cidade de cidade de Marília recomenda um piso salarial de quatrocentos e noventa e cinco reais (R\$ 495,00 reais) para tais trabalhadores, ou seja, 2,5 salários mínimos, enquadrados dentro do item “motoristas outros”, em que estão incluídos todos os tipos de motoristas*.

A renda líquida mensal familiar é proveniente do salário mensal do trabalhador, acrescido de outras rendas que ele mesmo e/ou outro(s) membro(s) de sua família percebem. Em salários mínimos, esta renda apresenta-se como se segue: a maior parte das famílias recebe entre dois e quatro salários mínimos (54,55%), 31,82% recebem entre cinco e sete e três (13,63%), acima de sete salários mínimos.

Quando questionados sobre a outra ocupação remunerada que exercem, 10 (45,45%) referiram não possuir tal atividade; cinco (22,72%) exercem a função de encanador/eletricista/pedreiro/pintor; dois (9,09%) podem ser considerados

* Informação dada à pesquisadora pelo Sindicato dos Trabalhadores de Transporte Rodoviários e Urbanos de Marília, por telefone, no mês de março de 2002. Takeda, E, 2002.

empresários porque um possui uma microempresa de caminhão e o outro, um mini-restaurante; dois (9,09%) são motoristas em outros serviços; um (4,55%) é montador de móveis; um (4,55%) é motorista particular/pedreiro ou faz manutenção de pequenos serviços e um (4,55%) é operário na fabricação de peças de moto.

5.2. Hábitos

Quanto aos hábitos de vida, a maioria, 15 (68,18%) referiu não apresentar o hábito de fumar, enquanto os demais sete (31,82%) referiram tê-lo.

Dos sete fumantes, três (42,85%) possuem esse hábito há quinze anos; dois (28,57%) há vinte anos; um (14,28%) há treze e outro (14,28%) há dez anos, respectivamente.

Quanto ao número de cigarros consumidos, cinco (71,42%) dos sete informaram fumar vinte cigarros/dia; um (14,28%), trinta e o outro (14,28%), dez cigarros /dia.

Para a elaboração da tabela 1, referente ao consumo de bebida alcoólica, considerou-se a quantidade ingerida em mililitros (ml): uma lata de cerveja corresponde a 350 ml e uma garrafa da mesma bebida a 600 ml. Cada 350 ml de cerveja corresponde a 1,5 Unidades de Álcool (UA) (Laranjeira & Pinsky, 2000)

Quanto à ingestão de bebida alcoólica a maioria dos motoristas, ou seja, dezoito (81,82%) relataram o consumo de cerveja e os restantes, quatro (18,18%) informaram não consumir esse tipo de bebida, nem socialmente.

Na Tabela 1 encontram-se os dados referentes à quantidade de bebida alcoólica semanal ingerida pelos 18 motoristas.

TABELA 1 - Distribuição de motoristas socorristas da central de ambulâncias segundo à quantidade de bebida alcoólica ingerida em ml e em unidades de álcool por semana. Marília-SP, 2002

QUANTIDADE (ML)/SEMANA	QUANTIDADE INGERIDA (UA)/SEMANA	MOTORISTA	
		f	%
12600	54,0	01	5,6
7200	30,8	01	5,6
3600	15,4	01	5,6
1800	7,7	01	5,6
1400	6,0	02	11
1200	5,1	04	22
700	3,0	01	5,6
350	1,5	01	5,6
350/cada 2	0,75	01	5,6
350/cada 3	0,50	01	5,6
Não quantificada*	-	04	22,2
Total		18	100

* Bebedores ocasionais (em festas e com amigos)

Pode-se observar, na Tabela 1 que a UA ingerida variou de 0,50 a 54,0.

Se qualquer consumo de álcool for entendido como alcoolismo, mais de 80% da população adulta do mundo seria considerada alcoolista, pois somente 20% das pessoas são completamente abstinências (Laranjeira & Pinsky, 2000). No estudo em questão, encontraram resultados semelhantes, ou seja, 18,18% são abstinências. O hábito de ingerir bebidas alcoólicas é incompatível para quem exerce a função de motorista, em decorrência do fato, evidentemente, de elevarem-se, com a bebida, as possibilidades de acidentes. Nenhum deles alegou beber em serviço e todos que informaram ingerir bebida alcoólica relataram tomá-la depois do serviço ou na folga.

Existem níveis de consumo de álcool considerados seguros, apesar de variarem de acordo com o peso e estatura do indivíduo, sexo, tipo de bebida, etc.. Há estudos que indicam que um adulto que ingere uma pequena dose de bebida alcoólica por dia está mais protegido contra as doenças cardíacas. A grande questão está na quantidade que se pode tomar sem que seja prejudicial à saúde (Laranjeira & Pinsky, 2000).

Um conceito importante para entender a organização dessas pesquisas é o de unidade de álcool (UA). Uma UA equivale a 10-12 g de álcool puro. No Brasil, uma lata de cerveja, normalmente, contém cerca de 350 ml e a concentração de álcool da maioria das cervejas nacionais fica em torno de 5%; portanto, essa lata tem aproximadamente 17 g de álcool, correspondentes a 1,5 UA (Laranjeira & Pinsky, 2000).

Dessa forma um homem, poderia tomar até duas latas de cerveja por dia, ou uma dose de cachaça, principalmente às refeições, sem causar grande prejuízo à saúde. Um consumo maior não seria indicado (Laranjeira & Pinsky, 2000).

De acordo com esses autores, um consumo de 21 UA por semana para homens e menos de 14 UA por semana para mulheres, teria um baixo risco à saúde; um consumo de 22 a 50 UA por semana para homens e de 15 a 35 UA por semana para mulheres, teria um risco à saúde moderado e um consumo maior de 51 UA por semana para homens e maior de 36 UA por semana para mulheres, teria um risco à saúde alto.

Seguindo esse raciocínio observa-se que nos entrevistados em questão um indivíduo que ingere 15,4 UA, ou seja, 3600 ml de álcool por semana está

enquadrado dentro do baixo risco à saúde, porém ingere essa quantidade de álcool somente no final de semana e segundo Laranjeira & Pinsky (2000), se uma pessoa ingere a quantidade semanal em um único dia, estaria causando mais danos à sua saúde do que se consumisse uma quantidade de UA um pouco maior, mas divididas durante toda a semana; se um homem ingerisse a sua cota semanal de 21 unidades de álcool (meia garrafa de bebida destilada) em um único dia, apresentaria várias alterações físicas decorrentes desse nível agudo de consumo; sendo assim esse motorista está correndo mais riscos à saúde do que os outros dois que ingerem quatro vezes por semana e diariamente. O outro motorista que merece destaque quanto ao consumo de bebida alcoólica é o que ingere 30,8 UA, ou seja, 7200 ml de álcool por semana, porém divididas em quatro dias da semana, trata-se, portanto de um risco à saúde moderado; o outro está enquadrado dentro do alto risco à saúde, pois ingere 53,9 UA de álcool por semana, este porém bebe 7,7 UA por dia, ou seja 1800 ml de cerveja por dia.

O termo alcoolismo foi substituído em 1976 por Síndrome de Dependência do Álcool, atualmente apresentada pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), com as seguintes definições: Uso como qualquer uso de substâncias (experimental, esporádico ou episódico); Uso nocivo, como sendo um consumo de substância que está associado a algum tipo de prejuízo (quer em termos biológicos, psicológicos ou sociais) e por fim, a dependência sem controle, geralmente associado, a problemas sérios para o usuário. Dando uma idéia de continuum, com uma evolução progressiva entre estes três níveis de consumo: os indivíduos passariam inicialmente por uma fase de uso, alguns deles evoluíram posteriormente

para o estágio de abuso e finalmente, alguns para a dependência (Laranjeira et al, 1996).

Foi lhes perguntado sobre as atividades para descansar que realizam fora do horário de trabalho na CA. Constatou-se que oito (36,36%) dos vinte e dois motoristas socorristas costumam pescar como atividade de lazer; seis pessoas (27,27%) assistem televisão e ouvem música; 13,64% executam atividades relacionadas à família, vizinhos e demais parentes; 9,09% fazem caminhadas, andam de bicicleta e passeiam com o cachorro. Um motorista (4,55%) informou não realizar tais atividades porque “(...) *a rotina da vida não deixa (...)*” (E04). Dois outros, (9,09%) trabalham em chácaras de sua propriedade, percebendo estas atividades como de relaxamento e lazer.

Dos vinte e dois motoristas, 40,90% referem dormir oito horas por noite; 27,27 % dormem 10 horas; 18,18%, seis horas; 4,55%, doze horas; 4,55%, sete horas e 4,55% refere não estar dormindo direito devido a problema de coluna, não informando também, corretamente, sobre o número de horas dormidas. Percebe-se assim que a maior parte dessas pessoas dorme de modo adequado.

Observa-se que 10 (45,46%) dos vinte e dois motoristas socorristas entrevistados trabalham de seis a dez anos como motoristas de ambulância, seguidos de quatro (18,18%) que trabalham há menos de um ano e outros quatro (18,18%) que trabalham de 11 a 15 anos. Quanto aos restantes, dois (9,09%), trabalham de um a cinco anos e outros dois (9,09%) em tempo maior que quinze anos.

Quanto ao tempo de trabalho como motorista socorrista, a maior parte dos entrevistados ocupa esta função entre seis a dez anos (59,08%), seguida de

13,64% que possuem tal função há menos de um ano, 13,64% entre um e cinco anos e 13,64% entre 11 a 15 anos, respectivamente.

5.3. Riscos ocupacionais vivenciados pelos motoristas socorristas

Os motoristas executam tarefas pertinentes ao Atendimento Pré-Hospitalar (APH) aos pacientes traumatizados, infartados ou em outras situações clínicas, às gestantes, crianças e idosos. Pelos dados revelados por suas falas e agrupados pela pesquisadora, compreende-se que se encontram expostos a vários tipos de riscos ocupacionais.

Através das falas dos motoristas emergiram as seguintes categorias de risco: riscos ergonômicos, riscos de acidentes, riscos biológicos e riscos físicos.

Embora o Risco químico não tenha sido citado pelos entrevistados, sabe-se que eles têm contato com os componentes do cloro, como o hipoclorito de sódio, que manipulam na desinfecção da ambulância. Também estão expostos aos gases, como o monóxido de carbono, liberados pelos diversos veículos no trânsito.

Na categoria **Risco Ergonômico** detectaram-se as seguintes subcategorias de risco: **Fisiológica, Psicológica e Organizacional**.

Na subcategoria **Fisiológica** estão incluídas as falas relacionadas ao carregamento de peso por transportar/prestar atendimento ao cliente obeso, gestantes, forte, engessado, que não anda, que faz fisioterapia, com seqüela de acidente vascular cerebral, idoso, traumatizado, em cadeira de rodas, desmaiado, louco e na maca; bem como sobre os riscos decorrentes da inadequação de postura devido a contenção de paciente na maca/lutar/amarrar/conter/derrubar o paciente; mudança

brusca da posição do corpo e inadequada manipulação deste cliente por trabalhar sozinho.

Na subcategoria **Psicológica**, foram incluídas as falas referentes ao medo sentido pelo trabalhador que o paciente venha a falecer durante o transporte, de ser acusado pela sua morte, de morrer e deixar a família desamparada, de sensação de risco de vida, da situação “insegura” dos carros, de ter lesão física, de estar ficando louco, de desarmar o paciente, de que sua roupa transporte algum vírus, de procurar atendimento médico, de ser visto como mau motorista, de acompanhantes alcoolizados/agressivos, da possibilidade de ser ferido por arma branca e de fogo, balaústre, chave de fenda e caco de vidro; dos objetos jogados pelo paciente (pau, pedra e garrafa). Foram incluídas também as falas relativas à sensação de insatisfação quanto à questão salarial, aos adicionais de insalubridade e periculosidade, ao salário inadequado; realização de críticas em relação a si mesmo e aos outros profissionais, sensação de que o setor em que trabalha é esquecido e não assumido pelo hospital, percepção de que o trabalhador é maltratado/elogiado pela população, percepção de desvalorização em relação a si mesmo e ao trabalho, sensação de idealismo em relação à profissão; percepção de desgaste mental por possuir outro serviço, por ter contato com o sofrimento do paciente, por apresentar “pane psíquica”, entendimento de que “a razão é sempre do paciente”; cansaço por permanecer muito tempo sem se alimentar executando o trabalho, por realizar esforço excessivo com os braços, por trabalhar com um colega novo “que quer mostrar serviço”; necessidade de atenção/alerta (apresentar necessidade de atenção simultânea no trânsito e no paciente a ser transportado).

As falas dos motoristas relacionadas à subcategoria **Organizacional** referiram-se à ausência de treinamento/informação, de preparação adequada para lidar com o público, falta de conhecimento prático do colega novo, acreditar que seja normal trabalhar com risco e por considerar o trabalho sem risco; desconhecimento sobre o paciente a ser atendido; ausência de recursos humanos; falta de apoio da Polícia Militar, do Corpo de Bombeiros e da população para realizar o atendimento; incompreensão da chefia e dos dirigentes, ausência de providências em relação as reclamações; a inadequação quanto à função (realizar parto, confortar, dar orientações, socorrer pacientes e sugerir modificações para a vida dos mesmos); quanto ao uso de equipamentos sujos, quanto à burocracia para resolução de problemas; quanto ao trabalho (ausência de pausas, organização deficiente, não se diferencia emergência do atendimento social; horário excessivo; ritmo rápido e excesso de exigências) e quanto às providências tomadas após as chamadas para as ocorrências.

Na categoria **Riscos de Acidentes** foram incluídos: o transporte de paciente em lençol; a inadequação do veículo quanto ao pequeno espaço interno (excesso de pessoas em decorrência disso; a manutenção precária, ao fato de permitir contato quase que direto com o paciente e acompanhantes; ao tamanho desproporcional da maca em relação à porta das casas dos pacientes; à pouca manutenção/revisão da ambulância, que é utilizada em situação ruim/precária/"remendada"/adaptada/sem pneu bom/sem freio, com problemas de câmbio, de embreagem, com necessidade de ligação direta, com amortecedor ruim; sem alinhamento de pneus, apresentando maçaneta com defeito, pneu estourado/furado/liso/careca/descalibrado, suspensão

ruim; com falta de estabilidade, com pastilha de freio usada, com parte elétrica precária; com a maca desarmada, assento desvivelado e com bandeja de sustentação da roda sem manutenção. Também se incluíram as falas referentes ao fato de o motorista trafegar com sinal proibido, enfrentar riscos no trânsito/percurso; ausência no veículo de equipamentos de proteção individual (EPI); não ter local apropriado para realizar as necessidades fisiológicas; trafegar por ruas sem pavimentação (com esgoto a céu aberto); andar em locais molhados/escorregadios para atender pacientes, escadas/barrancos para subir/descer e lugares de difícil acesso/difícultoso e problemas da maca para rodar em piso de chão e de pedra.

No que se refere às categorias **Riscos Biológicos** apreenderam-se os seguintes fatos: o contato com fluídos e secreções corpóreas; carro sujo de secreção do paciente; paciente com câncer em fase terminal, com secreções, acamados, esfaqueados, com sangramentos, com hemorragias, com manchas pelo corpo; unhando, cuspiendo, espirrando sangue e “babando”; manipulação de sangue/fezes/vômito/roupa suja, ambulância sem desinfecção/suja; mordedura de paciente; risco de contaminação para o hospital e para o paciente; contato com gotículas e aerossóis de pacientes com enfermidades diversas (transmissíveis, do tipo hepatite, HIV/AIDS, tuberculose e meningite); mordedura de animais como cachorro.

Em relação à categoria **Riscos Físicos**, encontraram-se apenas os relacionados à ventilação inadequada, pois o motorista respira o mesmo ar que o paciente. Não foram encontradas falas referentes a temperatura, vibração, ruídos e iluminação.

As falas seguintes são algumas das que exemplificam a subcategoria **fisiológica**, da categoria **Riscos Ergonômicos**:

“(...) inclusive tem uma paciente aí que ela pesa 160 quilo (...) quando vai, vai sempre em 4 ou 5 motorista prá ajudá porque sozinho num pega (...)” (E01)

“(...) Porque o paciente não anda. As vez é um paciente engessado, que não tem como andar, as vez é um paciente paralítico que não anda, ou mesmo um enfartado, acamado, tem vários paciente que a gente busca desse jeito (...)” (E09)

“(...) a gente fez a contenção porque tinha dois aluno da medicina com nós atrás (na ambulância) e eles me ajudaram a contê o paciente (...)” (E17)

“(...) É prática (a maca) num ponto (...) tem que tê duas pessoas porque um pega e o outro ergue e aí não pesa (...) Precisa segurá o paciente e levanta aquele pezinho (da maca) (...)” (E19)

Referente à subcategoria **Psicológica**, encontraram-se, conforme foi relatado anteriormente, vários depoimentos e, entre eles, os que se seguem:

“(...) espero que um dia não sobra prá nós isso (...) fala que o paciente veio em óbito dentro da ambulância ou acabou com a ambulância na pista (...) colocando em risco outras pessoas, que não sobra prá nós dizendo: “que pô, cê num viu o carro não tinha condições, porque você foi trabalhá com ele? (...)” (E02)

“(...) (sobre a morte de algum motorista) depois quem vai (...) cuidá da família dele? Juiz num vai, Promotor num vai, Delegado num vai e muito menos a Diretoria (...)” (E03)

“(...) gostaria que a gente tivesse pelo menos um pouquinho de reconhecimento (...) mais de consideração por parte dos responsável, que a gente só trabalha, valor mesmo a gente não tem (...)” (E03)

“(...) tanto você tá dirigindo como tá lá atrás com o paciente, mas aqui você tem que fazê de tudo sozinho.” (E05)

São muitos os relatos dos motoristas socorristas que se referem ao medo em relação a alguma coisa, incluindo-se o medo do paciente ou do acompanhante agressivo e do risco do desconhecido; pode-se resumir essas sensações como medo da violência e da violência no trânsito, ao qual estão frequentemente expostos. Um outro medo desses trabalhadores é o de represália. Na época em que se realizou a coleta de dados, o telefone da CA estava monitorado pela SMHSM, pois havia ocorrido denúncia de que a população era maltratada quando solicitava socorro.

Muitos referem medo das condições de manutenção dos carros e três entrevistados citaram que a roda do veículo chegou a cair com o mesmo em movimento, porém sem prejuízos ao paciente ou ao condutor. Estranha-se o comentário que a roda caiu com outro colega, pois o motorista que sofreu tal problema não mencionou esse fato, talvez por temor de ser facilmente identificado ou porque não relacionou o ocorrido como risco para sofrer um acidente de trabalho.

Os motoristas socorristas sentem-se responsáveis pelos pacientes que transportam e também sofrem com o ruído do trânsito e longas jornadas de trabalho. Quando estão no trânsito, realizando transporte em situação de emergência, ainda sofrem com os outros motoristas que não lhes dão passagem facilmente como acontece com os do Resgate.

Jacquemot (2001) em sua tese de pós-doutorado, realizado em Marília (SP), através de observação participante junto à CA, e ao Resgate, relatou as diferenças de tratamento no trânsito quando se trata de veículo da CA e do Resgate. Os carros do último são privilegiados na abertura de caminhos no trânsito em relação aos veículos da CA. A autora discute o poder, a cor vermelha do carro, a farda dos militares e o

fato de os outros motoristas sentirem-se obrigados a dar passagem somente quando a solicitação vem de uma categoria militar.

Os motoristas socorristas têm a sensação de que seu trabalho não é reconhecido no seu justo valor, fato que não causa estranheza, pois, na realidade, parecem não ser reconhecidos nem pela população, que tende a valorizar os bombeiros, nem pela Prefeitura Municipal ou mesmo pelo Hospital de Clínicas.

A prova mais concreta desse fato apresentado é o descaso em que se encontra a CA, os poucos recursos que lhe são destinados e a conseqüente precariedade material com que o seu pessoal tem que trabalhar. Os motoristas referiram trabalhar durante anos sem rádio dentro das ambulâncias, não conseguindo comunicar-se com a CA, a não ser fazendo um telefonema na rua, de um telefone público. A obtenção dos rádios foi conseguida por doações de algumas empresas da cidade. As ambulâncias estão sempre no conserto (Jacquemot, 2001).

Em relação aos motoristas socorristas, percebe-se que muitos de seus problemas são decorrência do trabalho que realizam já que possuem contato com o sofrimento, a dor e a morte.

Estas situações ocasionam sobrecarga psíquica aos motoristas. Desta forma, sugere-se reduzir seus efeitos negativos para que os trabalhadores possam desenvolver suas atividades de maneira que seu estado de saúde não seja desequilibrado com ajuda de grupos de apoio, terapia em grupo ou dinâmicas que possam minimizar a carga psíquica do trabalho (Marziale, 1990).

O contexto social e econômico que compõe o espaço urbano somado às características da organização e das condições de trabalho inter-relacionam-se

dinamicamente no cotidiano dos trabalhadores e interferem, não só na produtividade e na qualidade de seu fazer, como também, e principalmente, na saúde e na qualidade de vida dos mesmos (Lima et al, s/d).

Como o trabalho dos motoristas é rigidamente planejado (trajeto, horários e normas de conduta) e fiscalizado pelas empresas, poder público e usuários, o poder de interferência dos trabalhadores nas situações geradoras de incômodo e sofrimento é restrito e, em alguns casos, inexistente. Resta-lhes lançar mão de estratégias defensivas conscientes ou inconscientes para lidar com o sofrimento (Lima et al, s/d).

Mesmo Lima et al (sd) tenham realizado sua investigação com motoristas e cobradores de ônibus, observa-se que as considerações feitas para a mesma podem ser aplicadas ao estudo dos motoristas socorristas da CA, que também têm muita rigidez no trabalho e são cobrados pela produção de serviços, tanto pela chefia como pela população em geral, que lhes exigem agilidade e velocidade no atendimento. Exemplo disso está na fala do entrevistado de número 17, quando este relata o ocorrido em um Natal, em que quase apanhou dos familiares embriagados de um paciente, os quais alegavam que o atendimento à solicitação havia demorado.

“(...) já chegô um caso de eu quase apanhá, cheganô na residência (...) um Natal, o paciente tinha ingerido muita bebida alcoólica e passou mal (...) cheguei lá e não demorô a ambulância, quando a pessoa tá naquele desespero (...) acha que qualquer cinco minuto é uma hora (...) inclusive me deram (...) o número da casa errado. Eu tava batendo numa casa e era mais um meio quarteirão prá frente e aí eu percebi aquele movimento lá, o cara gesticulando e gritando e sem camisa, de toalha: “ oh, essa ambulância demorô demais se meu irmão morrê vou matá cês tudo, vou lá na central, vô matá todo mundo, isso aí é uma falta de (...) educação, tem que tê mais amor ao próximo”. Não sei o que começô a bater boca e eu falei: “ oh moço, não posso

fazê nada, a cidade é grande, a ambulância é pouca e a gente faz o que pode”. “ Ah! Isso tá tudo errado, vô lá na rádio e acabá com o prefeito”. E queria batê ni mim. Aí o pessoal logo segurô: “ não rapaz, deixa disso, tá trabalhando. É festa e foi um vizinho que socorreu ele, era caso de álcool, mas tava todo mundo embriagado. Encostei no muro lá e falei: “ se quizé me batê, vô tê que apanhá, vô corrê de que jeito?”. Não dava mais tempo, mas a minha sorte foi que seguraram o rapaz (...)” (E17)

Praticamente não existe triagem dos casos em que se solicita a CA. Atende-se a todas as solicitações, exceto as incompletas em que a pessoa não sabe informar corretamente o endereço. Já no Corpo de Bombeiros isso não acontece, há uma triagem realizada com rigor e as saídas dos veículos são menos numerosas do que as da CA. Assim as solicitações aos bombeiros são atendidas prontamente e mais rápidas que as da CA. A triagem nas centrais de chamada de urgência de Marília (CA e bombeiros) é realizada por profissionais não médicos (Jacquemot, 2001).

Nem sempre os mecanismos de defesa utilizados promovem saúde e bem estar. Ao contrário, o absenteísmo, a negação do sofrimento e das situações de riscos, a agressividade deslocada para o espaço afetivo-relacional e social, o desenvolvimento de distúrbios orgânicos, psico-orgânicos e psicológicos, são indicativos da fragilidade destes mecanismos, bem como da ultrapassagem dos limites subjetivos (Lima et al, s/d).

No presente estudo, muitos motoristas negam a existência de riscos, acham que trabalhar com risco é normal ou até os desconhecem, talvez porque já se acostumaram com o trabalho e acham que tudo é normal e faz parte da sua rotina.

Muitas vezes, o motorista desconhece a doença ou até outros detalhes sobre o paciente, pois pode acontecer de ser um vizinho ou desconhecido que liga para a CA

pedindo carro para transportar pessoas, não sabendo informar nem o nome e nem endereço da pessoa que está necessitando do socorro. Pior ainda acontece quando as pessoas ligam da rua para tentar auxiliar uma outra que elas desconhecem. É o caso, muito freqüente, dos solicitantes telefonarem pedindo uma ambulância para uma pessoa “deitada”, “desmaiada”, “caída” na rua. As chamadas são numerosas e o solicitante não tem informação nenhuma, nem sobre a pessoa nem sobre o que lhe está acontecendo (Jacquemot, 2001).

Dessa forma, os motoristas socorristas acabam sofrendo riscos ocupacionais por atenderem os pacientes, anteriormente ao estabelecimento do diagnóstico médico.

Rotineiramente, acontece o fato de o motorista e o chefe do setor irem sozinhos buscar os pacientes em situação de violência, ou seja, pessoas alcoolizadas, drogadas, psiquiátricas e agressivas. A intervenção da polícia só acontece em um segundo momento, se o motorista julgar necessário. Esta situação foi observada por Jacquemot (2001).

No presente estudo, alguns relatos demonstram este fato:

“(...) porque a família fala que o paciente tá calmo e chega na hora num tá, o paciente vem prá cima, cê tem que segurá ele sozinho até chegá um vizinho ou chegá a polícia (...)” (E02)

“Falta de ajudante (...) cê chega na ocorrência e não tem ninguém prá ajudá (...) você não vai deixá o paciente na residência passando mal. Tem muitas vezes que num tem ninguém prá ajudá (...)” (E11)

Na subcategoria **Organizacional**, apreendeu-se a questão da dificuldade de os motoristas sentirem-se apoiados pelas instituições militares e outras instâncias

existentes na cidade, quando precisam de auxílio para realizar algum esforço físico, por exemplo, para carregar um paciente acamado ou pesado, ou transportar pacientes psiquiátricos de suas casas até um hospital para tratamento de urgência.

As falas que explicitam esta subcategoria são as seguintes:

“(...) nós vai sozinho mesmo (...) a ajuda que tive, ou quem tá passando. Já houve caso de eu precisá chamá o resgate prá poder tirar paciente de dentro da residência (...)” (E09)

“(...) tentá reanimá paciente, pegá acidente, eu fui buscá um menino esses tempo atrás aí numa fazenda e aí ele tinha caído do trator; eu vi que ele não mexia os braço, não mexia as perna, eu peguei fiz um serviço bonito, coloquei prancha longa, coloquei colar, trouxe ele amarrado prá ele não mexê, hoje ele tá andando, mas teve uma lesão na coluna, um negócio muito sério e o médico deu graças a Deus à mim, ele falou se não fosse a maneira que eu conduzi o paciente, hoje ele não ia andá. E tá andando o rapaz (...)” (E15)

“(...) até fazê um parto na residência (...)” (E15)

“(...) tem pessoa que sabe que é doente e mora nos lugar mais difícil. Podia facilitar (...) tudo bem, tem gente que não tem condição, mas tem gente que tem condição de mudá, vendê, ir prá um lugar mais fácil, mas, fica mais difícil parece (...)” (E19)

Os motoristas da CA de Marília, bem como de outras cidades que não possuem o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) acabam exercendo um desvio de função, ou seja, incorporam a função de profissionais de saúde, que deveriam compor a equipe das ambulâncias, fato preocupante, já que muitas vezes não possuem sequer qualquer curso voltado à área de saúde.

Nos SAMUs franceses, o motorista que faz parte da equipe de APH, tem sua função bem definida: dirige os veículos, carrega as macas e ajuda nos cuidados médicos imediatos (Jacquemot, 2001).

No SAMU de Pariquera-Açu-SP, no Vale do Ribeira, os motoristas possuem o curso de auxiliar de enfermagem a fim de ajudarem a equipe com mais conhecimento e presteza. Sua função é de auxiliar no transporte de materiais médico-hospitalares da ambulância até a equipe, às vezes sem a solicitação de tal material, por observarem o trabalho da equipe e anteverem a necessidade de tal material de acordo com a necessidade *.

Os cargos de motoristas socorristas declarados na CA não indicam a função real que desempenham, nem a verdadeira responsabilidade que possuem. Apesar de terem o cargo oficial de motoristas, são muito mais do que simples condutores. Não só dirigem, mas entram nas casas dos pacientes, cuidam deles até sua chegada ao pronto-socorro, negociam com os pacientes a sua ida para o hospital (muitas vezes o familiar chama a ambulância para o paciente que freqüentemente se recusa a ser transportado), acalmam a violência, o desespero e a angústia das pessoas, chegando até a fazer partos, pois não é raro bebês nascerem nas ambulâncias. Pelo salário como pelo cargo declarado que têm, não recebem reconhecimento pelo verdadeiro trabalho que exercem, exceto no caso dos partos, objeto de artigos na imprensa local e às vezes de votos de congratulações da Câmara Municipal. Portanto, sem esses motoristas polivalentes, que mereceriam a denominação mais adequada de “motoristas-atendentes-paramédicos-psicólogos-parteiros”, a CA não funcionaria (Jacquemot, 2001).

* Informações verbais dadas a pesquisadora pela Docente e Médica Sanitarista, Profª Maria Cecília Cordeiro Dellatorre, que formou os profissionais médicos deste setor na residência médica Takeda, E., 2002.

Esses trabalhadores mereceram até mesmo noticiário especial na rede de televisão local, a TV Comunitária, que apresentou um programa em homenagem a um dos motoristas campeão na realização de partos, em 2001.

A CA só atende a população na medida em que todos os seus profissionais usam de competências não declaradas (mas reconhecidas), competências que eles adquiriram na experiência das funções reais que desempenham (Jacquemot, 2001).

A CA atende vários casos que não têm relação com a sua função declarada que é de prestar socorro, por meio das suas ambulâncias. Dessa forma, tais ambulâncias da central têm servido, para o transporte de muitas pessoas que, se sua situação financeira permitisse, não recorreriam a CA. Da mesma forma se as várias instituições de saúde como postos de saúde, serviço social e hospitais públicos cumprissem com maior eficiência o seu papel, muitos dos pedidos que a CA atualmente recebe, não lhes seriam destinados. Os pacientes percebem, que indo ao pronto-socorro, recebem um atendimento gratuito e, talvez, imediato, o que não costuma acontecer na rede básica ou no ambulatório hospitalar ou implica sacrifícios maiores do que aqueles a que se submetem no pronto-socorro. A população tem procurado o pronto-socorro por problemas reconhecidamente menos graves ou urgentes (Jacquemot, 2001).

Os bombeiros muitas vezes repassam alguns chamados para a CA, quando julgam que se trata de casos clínicos, pois atuam, sobretudo em acidentes; dessa forma, a CA acaba atendendo às solicitações da população na sua esfera mais ampla de saúde e do social (Jacquemot, 2001).

A CA apresenta-se, então, como prestadora de um vasto serviço social, pois oferece à população 24 horas diárias de atendimento e acaba preenchendo os existentes na área social, ou vazios deixados por outros atores e instituições que atuam no domínio social. Como já mencionado anteriormente no presente estudo, Jacquemot (2001) também observou que as ambulâncias da CA fazem retornos médicos, transferências inter-hospitalares, transportes de paciente e acompanhantes ao domicílio, de andarilhos para albergues e de pacientes do posto de saúde ao pronto-socorro. De acordo com a autora anteriormente citada, a CA é o espelho, juntamente com o pronto-socorro do Hospital de Clínicas da carência de recursos e amparo na qual se encontra a população com baixo poder aquisitivo, sendo na CA que muitas das necessidades não são atendidas acabam se manifestando. Assim a autora relata que:

*“(...) (a CA) é o espelho do infortúnio social e individual, cujos problemas de saúde, entendidos no seu sentido mais estrito, só representam uma faceta.”
(Jacquemot, 2001, p.190).*

Outros depoimentos dos motoristas socorristas quanto à subcategoria organizacional são apresentados a seguir:

“(...) a gente precisava de sempre batê na mesma tecla, separa a urgência/emergência do social (transporte), que antes a gente fazia as emergências, hoje, a verdadeira emergência foi passada pro Bombeiro (...) UR (Unidade de Resgate, carro do Corpo de Bombeiros para remover às vítimas) e nós estamos mais no social (...) támo fazendo a função que não é nossa e eles tão pegando a função que não é deles, porque no social não nos deixa fazê a urgência/emergência como que precisa. Muitos casos de urgência/emergência, mas também tem muitos casos de social que a gente tem que atendê...muitas vezes a gente passa aquela emergência pro Bombeiro prá fazê um social e na verdade não seria a nossa função. A Central de Ambulâncias hoje, assumiu

o social só que eu acho que tinha que ser diferenciado. Precisa de mais viaturas porque como está hoje não tem condições (...) teria que tá colocando mais viaturas, deixa aí quatro prá emergência e o resto pro social, que seria mais umas quatro ou cinco (...)" (E16)

"(...) na perua, as vezes tem 5, 6 pacientes prá pegar ao mesmo tempo, que esses pacientes tem horário, horário de fisioterapia, hemodiálise e você tem que agilizar, tem que fazer o seu roteiro (...) e é complicado prá cumprir o horário e tudo e é, tem que gostar senão não faz o trabalho não (...)" (E13)

"(...) saí da Central era 10 horas da manhã (...) eu vim voltá prá Central era 19:10 mais ou menos sem pará e o pessoal nesse intervalo não falô: "se você qué voltá prá tomá uma água, se você precisa voltá prá ir no banheiro, se você almoçou"(...) é muito puxado(...) nesse caso aí desgasta (...)" (E11)

Quanto à categoria do **Risco de Acidente**, seguindo o mesmo raciocínio anterior, seguem-se os depoimentos:

"(...) até mais fácil, pega no lençol, mais fácil de trazê, tem que juntá um monte de gente. Se eu vejo que não dá eu falo: "oh, pode chamá alguém aí que não dá", fazê o que, eu não posso fazê milagre (...) eu peço ajuda, mando a pessoa se virá tamém (...) chamar alguém. Como eu vou fazer? Eu vou ficá se matando? Aí eu salvo ele e estoro eu?" (E19)

"(...) eu tava com doze pessoas dentro da perua (...) a perua tava completamente sem freio, tava pegando como a gente costuma dizer, ferro com ferro, fazendo aquele barulho ali e eu com doze dentro da perua (...)" (E13)

"(...) a viatura chegou no local, aí ele entrou na Kombi numa boa, eu falei prá ele entrar no banco traseiro prá ele não ficar muito perto de mim e ele foi numa boa, foi atendido (...) tava de Kombi. E não era a Kombi, era que sê outro carro (...) mas fala Kombi e a gente não pode falá não. Tem que í pegá e fui (...) só me informaram lá no hospital que o paciente que fosse alcoolizado ou agressivo tinha que tê uma ambulância, não poderia sê a perua (...)" (E08)

De acordo com os depoimentos dos entrevistados, pode-se observar que, apesar das precárias condições de manutenção dos veículos, em geral (mecânica, parte elétrica, suspensão, pneus e assentos desnivelados) e também as condições deficitárias das macas nas quais os pacientes são transportados, nenhum deles relatou ter acontecido algum acidente grave com motoristas ou pacientes.

Pelas condições de trabalho dos motoristas e do transporte de pacientes, acredita-se na possibilidade de ocorrência de muitos acidentes graves, tanto de trânsito, quanto de transporte, assim como iatrogenia no transporte e no cuidado ao paciente, por trabalharem primordialmente sozinhos, tendo que carregar pacientes, subir e descer escadas, em chão liso e/ou escorregadio, pavimentado ou não, o que lhes pode proporcionar problemas de saúde, incluindo-se os de coluna vertebral.

Em geral, todos os motoristas queixaram-se das precárias condições de manutenção dos carros durante a gravação das entrevistas e também após as mesmas. Muitos desses trabalhadores, conduzindo a pesquisadora até o carro, mostravam-lhe o que estava quebrado, ou sem manutenção, como o pneu “careca”, o orifício no disco do freio, inclusive fazendo-a sentir o peso exagerado da maca, mostrando a forma e o movimento que precisam fazer com o corpo para colocá-la na ambulância, entre outras situações.

Alguns motoristas, já estando o gravador desligado, continuavam a relatar suas experiências de trabalho, outros, confidenciavam sobre a sua vida pessoal ou profissional, relatando acontecimentos negativos, ou conduziam a entrevistadora até as ambulâncias a fim de mostrar e comprovar a situação das mesmas. O conteúdo dessas conversas não se pode revelar devido ao contrato feito com os mesmos.

Essas atitudes dos entrevistados decorreram de uma relação de confiança, determinada pela assinatura em comum (do motorista e da pesquisadora) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a autorização da entrevista, conforme preconiza a Portaria 196/96 (Brasil, 1998), em que a pesquisadora assumia a garantia de sigilo do conteúdo das entrevistas. Por outro, percebe-se existe também a necessidade de estes trabalhadores serem ouvidos e sentirem-se valorizados como pessoas.

Durante o período das entrevistas, enquanto a pesquisadora aguardava outros motoristas para a entrevista, houve uma solicitação de socorro por parte de um motorista cujo carro (Kombi) havia quebrado e não funcionava mais. Era noite e ele estava parado na pista sob um pontilhão. Fora o risco de um acidente de trânsito, este motorista esteve exposto ao risco de violência como um assalto, por exemplo. Assim que chegou, rebocado por outro carro, observou-se que os próprios motoristas realizaram o conserto do carro que funcionou, apesar de no seu motor haver muitas peças “remendadas” com arame. Relataram também que costumam juntar seu próprio dinheiro para comprar peças e parafusos para consertarem os carros e até as macas que constantemente desarmam e caem em suas pernas, muitas vezes, com pacientes em cima delas. Durante o estágio supervisionado com alunos do primeiro ano do curso de enfermagem, a pesquisadora observou que um motorista, na sua folga, foi até a CA com sua caixa de ferramentas para consertar a maca objetivando a mesma parasse de desarmar sozinha e assim deixasse de colocar a integridade do paciente e a dele mesmo em risco.

Em relação à situação dos carros, foi-nos relatado e observou-se também durante a supervisão de estágios, que alguns motoristas se utilizam de seu conhecimento pessoal e amizade, dentro e fora do serviço, para conseguirem pneus usados, mas em melhores condições daqueles em uso a fim de efetuarem a troca. Como se percebe, a manutenção das ambulâncias é um ponto bastante negligenciado.

Uma das principais causas de acidentes com motoristas estão relacionadas com o estado das vias, dos veículos e com fatores humanos. Segundo especialistas em acidentes, a maioria deles é causada por erro do condutor do veículo, ou pelo seu mau julgamento. O estresse e o cansaço são outros fatores que influenciam ou aumentam os riscos de acidentes, na medida em que podem comprometer ou retardar o tempo de reação do motorista, ou afetar a sua percepção de perigo (Câmara, 1999). Apesar de estarem constantemente estressados pelas condições de trabalho e precária manutenção dos carros observou-se que acidentes com vítimas não foram relatados nas entrevistas. Observou-se também que, pelas precárias condições de manutenção dos veículos, os motoristas poderiam estar mais predispostos a sofrerem acidentes no trânsito.

Os veículos de emergência, como as ambulâncias por serem instrumentos de extrema necessidade, precisam estar sempre com a manutenção realizada pois a qualquer momento pode ser necessária a exigência de maior velocidade com o carro. Dodson (1989) discute que, mesmo sendo um carro de importância crucial, ainda faltam nos sistemas de emergência, trabalhadores preparados para adequar esta operação e fazer a manutenção dos veículos. Estando os carros em ordem, o trabalho

se torna de maior confiança, oferecendo uma assistência mais qualificada aos pacientes.

Uma ambulância apresenta alguns benefícios e algumas desvantagens. Como benefícios serve para abrigo, para proteção parcial do paciente contra o frio, para oxigenioterapia, contém materiais para resguardar as funções vitais do paciente e para conforto psicológico no caso de vítimas conscientes. Como desvantagens, há o barulho do motor e da sirene, as falhas de umidificação de oxigênio, acelerações e vibrações do veículo, modificação do compartimento sangüíneo dentro do organismo da pessoa transportada. Transportar um ferido ou um doente sempre é um risco e, quanto mais grave for o estado do paciente maior será tal risco (Onimaru, 2000).

De acordo com o relatado anteriormente, provavelmente os pacientes graves transportados pela CA possivelmente podem correr um sério risco de agravamento de sua situação de saúde.

Ainda em relação aos **Riscos de Acidentes**, outros depoimentos retratam esta categoria:

“(...) os veículos que nós trabalha não tá tendo condição, não tem pneu, não tem balanceamento, não tem alinhamento, leva o carro prá arrumá, as veiz não arruma, fica fazendo remendo, pondo peças velhas, peças que não tem condições e quer fazer o serviço (...) não tem condições prá trabalhá (...)” (E03)

“(...) (a roda) caiu lá perto do SESI, uma roda da Silverado (...) Parou lá e só o guincho que tirou. Caiu a outra aqui perto do hospital de Clínica (...) passou a noite inteira lá, só foram pegá de manhã. E caiu (...) por pura falta de manutenção, que o carro se não tem suspensão a tendência é cair mesmo (...)” (E15)

“(...) muitas vezes a gente roda sem pneu. Você pode verificá que tem ambulância aí que o pneu tá liso, liso, liso (...)” (E15)

“(...) pneu da perua que fura as vezes (...) um pneu traseiro estourou (...) da Kombi e eu parei, fui trocá o pneu só que a perua não tinha estepe e nem macaco prá trocá e eu tive que pegar carona com uma moto (...) prá poder telefonar (...) a perua não tem rádio (...)” (E13)

Os motoristas socorristas verbalizaram a situação das ruas, necessitam, muitas vezes, andar em local molhado/escorregadio para atender os pacientes; subir e descer escadas/barrancos e deparam-se com esgoto a “céu-aberto”.

É comum no desenvolvimento de suas tarefas, o motorista transportar paciente em local molhado e escorregadio, pois atende, em sua maioria, a população carente da cidade, que muitas vezes reside em bairros periféricos pobres. Um motorista relatou o atendimento a uma paciente estava se sentindo-se mal; o seu marido estava alcoolizado e o esperava próximo a um barranco. Ajudou-o a carregar a maca até a porta da casa, porém, como estava alcoolizado, desceu muito depressa. O barranco estava molhado pela chuva e, desta forma, ambos desceram escorregando, só parando na porta da casa. O motorista, nesse tempo, não sabia se soltava a maca ou se continuava a segurá-la.

Algumas das seguintes falas exemplificam estes casos:

“(...) Barranco, geralmente é comum essas casa são lá dentro do buraco, então é barranco prá você descer, escada prá subir (...)” (E09)

“(...) Eu já fiz parto lá na favela, à 150 metros porquê não dava prá chegá na casa (com o carro) (...) tem esgoto prá passar, não tem rua (...)” (E15)

“(...) é tem que pegar aqueles paciente e a manobrar naqueles corredores da casa e a maca prensa e cê tem que forçá de um lado e segurá a maca, o paciente (...) no braço (...)” (E15)

“(...) a maca você não roda no chão, só em lugar cimentado ou asfaltado (...) na terra não roda de jeito nenhum (...) só no asfalto ou cimentado (...)” (E09)

Quanto à categoria **Riscos Biológicos** emergiu-se das falas dos entrevistados o contato com fluídos, secreções corpóreas, com gotículas e aerossóis.

As falas dos motoristas entrevistados relativas a este risco estão apresentadas a seguir:

“(...) a pessoa às vezes ou vomita ou cai sangue dentro do carro e ele (o motorista) sempre passa um paninho lá dentro (...) do carro (...). muitas vezes não tem tempo de lava (...)” (E22)

“(...) mexer com pessoas com vômito, fezes, sangue, ou mexer mesmo com a roupa suja, gente que a gente não sabe (...) a doença da pessoa (...) ” (E03)

“(...) (o carro) (...) não é lavado nem nada, então sempre fica alguma coisinha (...) agora tem a enfermagem, tem as meninas que ficam aí sempre cuidando, limpando com álcool, alguma coisa. Apesar que não é muita coisa, mas já (...) melhora um pouquinho (...) esteriliza um carro, passa um formol, um éter, deixa esse carro sempre esterilizado, parado (...)” (E22)

“(...) a ambulância aqui faz tudo e durante o dia se a pessoa for analisada, aqui ela não é esterilizada, ela fica meses e meses sem esterilizar, aqui não tem isso se for localizada aqui, não controla não consegue um éter, um formol para esterilizar a ambulância, então essas ambulâncias são contaminadas (...)” (E22)

“(...) não tá aspirando (...) o que o paciente tá aspirando também (...) conversa (...) tem muita tipo de doença contagiosa (...) ” (E10)

“(sobre o transporte de pessoa na Kombi) (...) normalmente é assim, é sempre assim na faixa de 5 ou 6 pacientes, fora os acompanhantes (...) é alguma doença contagiosa que a gente tá ali convivendo com eles e às vezes a gente nem fica sabendo que ele tem certa doença contagiosa como às vezes tuberculose (...)” (E13)

Os agentes causadores de Riscos Biológicos, incluem-se as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários e vírus e entre outros (Brasil, 1997), possivelmente dos pacientes atendidos. Sabe-se que as maiores fontes de contaminação são o contato com a boca, o contato mão-olho, os cortes e feridas superficiais na pele exposta e a perfuração cutânea. A contaminação por hepatite B e HIV tem alarmado que realizam atendimentos aos pacientes

No APH, os motoristas têm contato com microorganismos, pois transportam pacientes com enfermidades as mais variadas.

No APH, os motoristas têm contato com esses microorganismos, pois transportam vários tipos de pacientes, com enfermidades as mais variadas.

Para os profissionais de saúde, tem-se recomendado o uso de precauções padrão, que abrangem medidas referentes aos pacientes e também a estes profissionais os quais podem servir de veículo de transmissão dos microorganismos. Um segundo objetivo é a prevenção da transmissão dos microorganismos aos profissionais de saúde.

As precauções padrão representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento aos pacientes, independente da certificação da sua condição de portador ou não de alguma doença contagiosa. Para tanto devem ser utilizadas medidas especiais para a manipulação de suas secreções, excreções, ou seja, de seus fluidos corpóreos e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados sem considerar a presença ou não de sangue visível, pele com solução de continuidade e mucosas (Precauções e isolamento...1999).

As precauções padrão consistem na lavagem das mãos e no uso de barreiras como: luvas, avental, máscara, protetor de olhos e de face, quando se antever a possibilidade de borrifar fluídos corpóreos do paciente no profissional (Precauções e isolamento....1999).

Os motoristas socorristas não têm o hábito de considerar todo paciente como potencialmente contaminado; dessa forma, em sua rotina de trabalho, encontram-se mais expostos a possíveis contaminações, agravadas pela ausência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), essenciais para o cuidado ao paciente como luva, máscara, gorro e óculos.

De uma maneira geral, sentem-se mais tranquilos quando já sabem, antecipadamente, o diagnóstico médico do paciente, porém não se previnem e somente tomam medidas cabíveis e se preocupam em se proteger, quando sabem que o diagnóstico médico do paciente é por exemplo, hepatite ou tuberculose, ou se ele apresenta positividade ao HIV. Se o paciente tiver tuberculose, geralmente não são encontradas na ambulância nem a máscara comum e, tampouco, a máscara com filtro HEPA (High Efficiency Particulate Air Filters).

O agravante da situação é que o profissional deste estudo é o motorista de ambulância e não um profissional com envolvimento direto na área de saúde, com competências técnico-científicas específicas para cuidar do paciente e se proteger. Sendo assim, o motorista, obviamente, não tem conhecimentos adequados para diferenciar quais doenças são contagiosas ou não.

Dessa forma, ambulância pode tornar-se um veículo de contaminação tanto para seus condutores como para os pacientes que são transportados.

Durante estes procedimentos, os pacientes estão expostos a riscos gerais, como quedas, traumas, agravamento do quadro clínico e aos riscos específicos inerentes à ocorrência de infecção hospitalar. Os riscos específicos podem ser relativos ao quadro clínico, no caso de pacientes portadores de moléstias infecto-contagiosas, como por exemplo, tuberculose pulmonar bacilífera; aos equipamentos como o uso de materiais e artigos específicos para transporte e remoção que estejam contaminados, como os circuitos de ventilador mecânico; às técnicas, ou seja, à manipulação inadequada do paciente e de dispositivos invasivos como a elevação da bolsa coletora de urina (Nascimento & Shimatai, 1997).

Todo e qualquer procedimento realizado durante o transporte, pressupõe a técnica asséptica e as precauções padrão sejam respeitadas como o são (ou deveriam ser) dentro do ambiente hospitalar, independente da urgência de atendimento (Nascimento & Shimatai, 1997).

Os **Riscos Biológicos** também podem ser ilustrados pelas falas que se seguem:

(...) ele (o paciente) pulou em cima de mim e meteu o dente (...) Mordeu na parte lateral (do abdome). Chegou a sangrar.(...)" (E17)

"(...) todos os paciente (...) é moléstia infecciosa, a gente transporta todos é hepatite, é HIV, Tb (...) não existe distinção entre os casos, a gente leva todos os casos (...) HIV, Tb (...) uma série de casos até que a gente transporta doenças infecciosas que a gente não tem conhecimento, passa a conhecê depois sobre a gravidade (...)" (E04)

"(...) tem vários hepatite, a meningite, a tuberculose são doenças contagiosas e as veiz a gente pode pegá, pode transmití esse tipo de (...) micose tem paciente que a gente vai pegá e tá cheio de micose (...)" (E22)

*“(...) as vezes o paciente cospe (no motorista) (...)”
(E05)*

“(...) e babando (o paciente) (...)” (E17)

“(...) o que eu posso colocar é esse aí do cachorro que mordeu a minha perna (...) quando eu entrei na casa (...) o cachorro veio por trás e ó na minha perna (...)” (E15)

Em relação aos **Riscos Físicos**, apreendeu-se o seguinte das falas dos motoristas entrevistados:

*“(...) (cê) viaja quarenta minuto cê ficaria com o paciente fechado porque tá chovendo e cê não pode abrir (...) sem ventilação ali dentro porque entra chuva (...)”
(E22)*

Como já foi explicitado anteriormente, os agentes físicos são diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, etc.. Portanto, os Riscos Físicos podem ocorrer em decorrência do calor, ruído, radiações ionizantes e não ionizantes e pressões anormais (Brasil, 1997).

Os motoristas de ambulância, conforme se constatou pelos depoimentos, constantemente, encontram-se submetidos a alguns destes riscos, porque dirigem os veículos sob as mais diversas condições de temperatura ambiental, por outro lado, estes carros usualmente encontram-se sem ventilação adequada, o que os obriga também a submeterem-se à mesma qualidade de ar dos pacientes que transportam, sejam estes últimos portadores ou não de alguma enfermidade, cujo agente possa ser veiculado pelo ar.

5.4. Tipos e Características dos Acidentes de Trabalho sofridos pelos motoristas socorristas

Para a classificação dos acidentes de trabalho (AT) encontrados, suas causas relatadas pelos motoristas e os diagnósticos médicos atribuídos em decorrência dos acidentes, utilizou-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, ou seja, a CID-10 (OMS, 1993), por entender-se que possui uma universalização e, possivelmente, uma compreensão mais fácil da linguagem sobre o assunto.

Foram categorizadas e agrupadas as falas relacionadas às seguintes causas destes AT: X50 Excesso de movimentos vigorosos e repetitivos, relacionados ao peso; Y04 Agressão por meio de força corporal e Y08 Agressão por meios não especificados; W01 Quedas no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falso [traspés] e W19 Queda sem especificação; W20 Impacto causado lançado por objeto lançado, projetado em queda e W22 Impacto acidental ativo ou passivo causado por outros objetos; W54 Mordedura ou golpe provocado por cão e W44 Penetração de corpo estranho no ou através de olho ou orifício natural.

O agrupamento das falas relacionadas aos Diagnósticos médicos resultantes destes AT foram: S 39.9 Traumatismo não especificado do abdome, do dorso e da pelve; S40.8 Outros traumatismos superficiais do ombro e do braço; S80.8 Outros traumatismos superficiais da perna; S30.8 Outros traumatismos do abdome, do dorso e da pelve; S00.9 traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada; S46.9 Traumatismo de músculo e tendão não especificado ao nível do ombro e do braço;

S92.3 Fratura de ossos do metatarso; M54.9 Dorsalgia não especificada e T15.1 Corpo estranho no saco conjuntival.

Dos 22 motoristas socorristas da CA de Marília, SP, no que se refere aos tipos e características dos AT, constatou-se que 13 (59,09%) relataram ter sofrido 19 AT. Trata-se, basicamente, de acidentes típicos, pois ocorreram durante o exercício de sua função. Nenhum esteve relacionado a colisões, apesar de estes trabalhadores, no exercício de seu trabalho, permanecerem no trânsito, com carros deficientes em relação à manutenção, durante uma considerável parcela de seu turno laboral.

Apenas um relatou uma colisão nas muretas de proteção entre as pistas duplas da rodovia, quando transportava pacientes, porém não houve lesão de pacientes e nem do trabalhador. Como esta situação de acidente não provocou lesão corporal ou perturbação funcional não foi considerado um AT. Tal situação é retratada como se segue:

“(...) eu tava vindo na pista e tava chovendo muito (...) e a pista tava alagada, mesmo eu tando andando em baixa velocidade, o carro derrapou. Eu consegui controlá, mas o carro deu uma batidinha na mureta, mas não teve vítima fatal, nada. E as condições do veículo também, o veículo ajudou um pouco, que a suspensão e os pneu já tava meio “careca” e quer dizer contribuiu um pouquinho mais prá ajudá (...) e eu tando em baixa velocidade (...) Eu tava com paciente na ambulância (...) eu encostei, eu tirei a ambulância da pista (...) primeiro eu fui socorrê os pacientes prá ver se tinha acontecido alguma coisa, graças a Deus não aconteceu nada, aí chamei pelo rádio outra ambulância aqui prá buscá os pacientes e mandá uma viatura prá fazê B.O (...) como não teve vítima nem nada foi arquivado. “(E11)

O percentual de motoristas acidentados pode ser considerado elevado, pois destes 13, cinco (38,46%) relataram ter sofrido mais que um AT e oito (61,54%) tiveram, cada um, um AT, durante todo o tempo de trabalho. Dos cinco motoristas que relataram ter sofrido mais que um AT, quatro, sofreram dois AT cada um e um apresentou três AT, ou podem ser considerados poliacidentados.

Na revisão da literatura, não foi encontrado nenhum artigo sobre motorista de ambulância, com relatos de AT. No entanto, observando-se o trabalho dessas pessoas, percebeu-se que executam tarefas diferenciadas de outros tipos de motoristas, como os de carga e os de ônibus, pois trabalham com o transporte de urgência e para tanto, necessitam, muitas vezes, ganhar velocidade para chegar a tempo ao seu destino, garantindo, assim, a vida do paciente que transporta, fato que demonstra que o motorista de ambulância está exposto a possibilidades de AT, talvez maiores que as de outros motoristas profissionais.

A Tabela 2, a seguir, apresenta a distribuição dos 19 AT, em relação às causas que os provocaram.

TABELA 2 – Distribuição dos acidentes de trabalho, sofridos por motoristas socorristas da central de ambulância, Marília-SP, 2002

CAUSAS	ACIDENTES	
	f	%
X50 Excesso de exercícios e movimentos vigorosos ou repetitivos	8	42,11
Y04 Agressão por meio de força corporal/ Y08 Agressão por meios não especificados	5	26,33
W01 Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falso [traspés]/ W19 Queda sem especificação	2	10,52
W20 Impacto causado por objeto lançado, projetado em queda/ W22 Impacto acidental ativo ou passivo causado por outros objetos	2	10,52
W54 Mordedura ou golpe provocado por cão	1	5,26
W44 Penetração de corpo estranho no ou através de olho ou orifício natural	1	5,26
TOTAL	19	100

Oito (42,11%) AT ocorreram em decorrência de excesso de exercícios e movimentos vigorosos ou repetitivos. Estas causas, no cotidiano do trabalho dos motoristas acontecem devido ao fato de eles trabalharem sozinhos e, constantemente, necessitarem solicitar o auxílio das pessoas que estão passando nas ruas e dos familiares dos pacientes a serem atendidos, que nem sempre conseguem ajudá-los. Relatam que sempre encontram mulheres nas residências, as quais não têm força física suficiente para ajudá-los a carregar a maca com o paciente, ou então, eles necessitam pedir auxílio à Polícia Militar (PM) ou ao Corpo de Bombeiros. Dessa

forma, sentem que agredem à sua coluna vertebral, percebendo dores e outras queixas. Tais causas acabam sendo, então, relacionadas ao carregamento de peso.

Alguns exemplos destas situações encontram-se retratados a seguir:

“(...) eu sofri um acidente uma vez (...) pegando maca sozinho (...) ” (E03)

“(...) sofri um acidente (...) eu fui pegá uma senhora idosa, ela tinha caído no chão e ela é muito obesa (...)” (E06)

“(...) eu fui pegá um paciente e tinha escadaria (...) e a pessoa que tava ajudando não agüentou o peso, soltou o peso em cima de mim (...)” (E17)

Quanto às demais causas dos AT, se forem computados os diversos tipos de agressão, contabilizam-se cinco casos (26,33%); a somatória das quedas que atingiram os motoristas e dos impactos sobre os mesmos resulta em 10,52%, para cada uma destas causas.

As agressões (26,33%), incluindo-se três por meio de força corporal (Y04) e duas por meios não especificados (Y08), correspondendo, cada uma, a 15,80% e 10,53%, podem ser exemplificadas nas seguintes falas:

“(...) acidente praticamente não, eu só tive um problema com um paciente que me deu uma cotovelada (...) um alcoólatra e me deu uma cotovelada e uma cabeçada que rancou sangue (...) fui socorrê ele no meio da rua, ele levantou e me agrediu (...)” (E08)

“(...) esses dia mesmo eu fui pegar um paciente (...) conforme eu peguei o cara torceu (...) machucou um pouco, notei, eu trabalhei bastante (...) à noite inteira (...)” (E15)

“(...) fui buscá uma paciente alcoolizada, agressiva e era gestante e portadora de HIV (...) ela arranhou eu (...)” (E16)

“(...) eu já fui mordido (...) por paciente psicótico (...) foi questão de fechá a porta e andá um quarteirão (...) ele agrediu a mãe dele, começou a dá soco (...)eu abri a porta da perua, ele veio avançou ni mim, já, eu tentei me defendê e eu caí assim, tropecei na guia e caí (...)” (E17)

“(...) teve uma mordida que eu levei de um paciente psiquiátrico (...)” (E 21)

Às quedas de mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falso (W01) (5,26%) e sem especificação (W19) (5,26%) encontram-se exemplificadas pelas falas a seguir:

“(...) sofri um acidente só de trabalho, sofri um acidente grave e eu parei no HM (Hospital Municipal), tem aquela rampa, eu tava até com o camburão, aquele Veraneio antigo e conforme eu abri a porta, como é muito estreito ali eu escorreguei (...)” (E11)

“(...) outro tipo de acidente que aconteceu comigo foi (...) na porta do pronto socorro, eu entrei na ambulância prá pegá o lençol prá colocá na maca e ao descer eu escorreguei (...)” (E16)

O Impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda (W20) e o Impacto acidental ativo ou passivo causado por outros objetos (W22), compreendendo 5,26% cada um, podem ser melhor compreendidos, através dos relatos que se seguem:

“(...) foi quando a maca caiu em cima (...) eu fui buscar um paciente caído na rua e cheguei lá o paciente era obeso e precisava pôr na maca, aí eu pedi prum rapaz que tava passando prá me ajudá e ele num resistiu o peso e soltou (...)” (E09)

“(...) machucá com a maca igual esses dia a maca lá na Santa Casa (...) fui descê um paciente, um senhor com AVC e a maca, ela não travô, ela caiu nas minhas perna (...) trabalhei o dia inteiro (...) ” (E15)

Quanto à mordedura ou golpe provocado por cão (5,26%) pode ser entendida através do depoimento seguinte:

“(...) o que eu posso colocar é esse aí do cachorro que mordeu...arranhões assim, mas nada de mais grave (...) esses dia memo eu fui buscá um senhor, um paciente psicótico (...) e quando eu entrei na casa pensei que não, o cachorro veio por trás (...) catou, mas catou legal mesmo (...)” (E15)

Quanto à Penetração de corpo estranho no, ou através de, olho ou orifício natural (W04) (5,26%) refere-se o seguinte depoimento:

“(...) um parto que eu fiz (...) na hora de cortar o cordão umbilical eu cortei e o sangue voou dentro do meu olho (...)” (E21)

Os diagnósticos atribuídos pelos médicos, em relação aos AT, encontram-se distribuídos na Tabela 3.

TABELA 3 – Distribuição dos acidentes de trabalho, sofridos por motoristas socorristas da central de ambulâncias segundo os diagnósticos médicos de AT. Marília-SP, 2002

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS DOS ACIDENTES DE TRABALHO	ACIDENTES	
	f	%
S39.9 Traumatismo não especificado do abdome, dorso e da pelve	06	31,59
S40.8 Outros traumatismos superficiais do ombro e do braço	02	10,53
S40.9 Traumatismo superficial não especificado do ombro e do braço	02	10,53
M54.9 Dorsalgia não especificada	02	10,53
S80.8 Outros traumatismos superficiais da perna	01	5,26
S80.9 Traumatismo superficial não especificado da perna	01	5,26
S30.8 Outros traumatismos do abdome, do dorso e da pelve	01	5,26
S00.9 Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada	01	5,26
S92.3 Fratura de ossos do metatarso	01	5,26
T15.1 Corpo estranho no saco conjuntival	01	5,26
S46.9 Traumatismo de músculo e tendão não especificado ao nível do ombro e do braço	01	5,26
TOTAL	19	100

Dos 19 AT, pode-se contabilizar 15 (78,95%) como referentes aos diversos tipos de traumatismos, dois (10,53%) a dorsalgias inespecíficas, um (5,26%) à fratura óssea e um (5,26%) à presença de corpo estranho no olho.

Uma das falas relativas aos traumatismos pode ser percebida a seguir:

“(...) eu sofri um acidente uma vez que eu machuquei a coluna, pegando maca sozinho (...) e eu machuquei a coluna (...) acabei me machucando (...) doeu e começou a travá (...) não tava conseguindo mais (...) ” (E03)

“(...) fui descê um paciente (...) e a maca (...) ela caiu nas minhas perna, trabalhei o dia inteiro com as perna doendo com as mancha roxa (...)” (E15)

“(...) sofri um acidente grave e eu parei no HM (Hospital Municipal), tem aquela rampa (...) conforme eu abri a porta, como é muito estreito ali, eu escorreguei (...) meu braço ficou preso na porta, aí meu peso ficou tudo no meu ombro (...)” (E11)

“(...) sofri um acidente que machucou a coluna, eu fui pega uma senhora idosa (...) muito obesa (...) foi aí que eu machuquei a coluna (...) continuou tudo travado (...)” (E06)

Quanto às Dorsalgias (10,53%), podem ser evidenciadas através dos seguintes depoimentos:

“(...) quando ergue a maca fica doeno demais (a coluna) (...) impossibilitado até de dirigir, mas em função do serviço a gente é obrigado a fazê esse esforço todo.” (E04)

“(...) então normalmente assim a gente fica com um pouco de dor nas costas de ter que pegar esses pacientes (...)” (E13)

“(...) uma dorzinha nas costas de pegar peso de paciente, da maca (...)” (E13)

O episódio de Fratura (5,26 %) encontra-se retratado pela fala a seguir:

“(...) a maca caiu em cima do meu pé (...) soltou em cima do meu pé (...) quebrou dois dedos do meu pé.” (E09)

O Corpo Estranho no saco conjuntival (5,26%) tornou-se evidente pelo seguinte depoimento:

“(...) um parto que eu fiz (...) na hora de cortar o cordão umbilical eu cortei e o sangue voou dentro do meu olho (...)” (E21)

Os diagnósticos médicos atribuídos tornam-se facilmente compreensíveis diante das causas apresentadas anteriormente: o excesso de exercícios e movimentos

vigorosos que se relacionam, em essência, ao carregamento de pesos resultaram em traumatismos diversificados; a fratura relaciona-se ao objeto (maca) que caiu sobre o pé do motorista; os casos de dorsalgias encontram-se também associados aos movimentos excessivos em decorrência de carregamento de pesos e a penetração de corpo estranho no olho, que resulta na presença de corpo estranho no saco conjuntival.

Os AT são considerados ocorrências não planejadas e, portanto, estranhas ao andamento normal de trabalho, podem ocasionar danos físicos e/ou funcionais ou óbitos dos trabalhadores, além de prejuízos econômicos e materiais às empresas. O ferimento pode ser ocasionado pelo contato do indivíduo com um objeto, uma substância ou outra pessoa; porque se expõe aos riscos que envolvem estes objetos, substâncias, pessoas ou condições e, também, pelo movimento realizado por outrem (Dela Coleta, 1991).

As lesões sofridas pelos motoristas do presente estudo, estão relacionadas ao ato de carregar peso excessivo; as agressões sofridas ocorreram em decorrência de outras pessoas, sejam elas pacientes (no caso de cotoveladas, cabeçadas, unhadas e mordedura), ajudantes (que não agüentaram o peso do paciente e deixaram a maca cair sobre o motorista), escorregões devido à área física, bem como objetos (tais como a maca que caiu nos membros inferiores devido a problemas com sua manutenção). Dessa forma, os AT parecem estar intimamente relacionados ao contato com pessoas e/ou objetos que os motoristas encontraram/manipularam, em decorrência do exercício do seu trabalho.

Em vários depoimentos, os motoristas denunciaram o problema do excesso de peso da maca. A fim de se comprovar o peso deste equipamento, as macas foram pesadas pela pesquisadora, enquanto estavam vazias comprovando-se que a do veículo “Silverado”, que é articulada e de alumínio, pesa 37 quilos e a da ambulância do tipo “Traffic”, que é simples e de madeira, pesa 20 quilos. Somando-se o próprio peso da maca (37 quilos) com o de um paciente obeso, com 140 ou 160 quilos, por exemplo, exemplos estes relatados pelos motoristas, calcula-se que em tais situações, chegam a carregar entre 177 e 197 quilos, respectivamente.

Caso o paciente não seja obeso e pese, por exemplo, cerca de 50 quilos, o peso total a ser carregado chega a ser de 70 a 87 quilos, o que parece ocorrer, costumeiramente na jornada laboral destes trabalhadores. Acresce-se o fato de que, muitas vezes, os motoristas encontram-se sozinhos carregando os pacientes, o que demonstra que acabam realizando um trabalho em condições de excesso de peso. Além deste peso excedente, eles têm de se desvencilhar de obstáculos, tais como escadarias, rede de esgoto e rua sem pavimentação para transportar os pacientes até a ambulância e depois, no hospital, auxiliar nas remoções dos pacientes da maca para o leito ou maca hospitalar.

A Norma Regulamentadora 17 sobre ergonomia explicita o carregamento de peso relacionando-a somente ao transporte manual de cargas e não de pessoas. Também não estipula o limite da carga a ser carregada pelo trabalhador (Brasil, 1997):

“(...) não deverá ser exigido nem admitido o transporte manual de cargas, por um trabalhador, cujo peso seja suscetível de comprometer sua saúde ou sua segurança (...)” (Brasil, 1997, p, 213).

Ainda que pese o fato de ter ocorrido 19 AT entre 22 motoristas, acredita-se que os acidentes foram subnotificados à pesquisadora, como parece ser a realidade brasileira em relação à notificação acidentária oficial, pois muitas vezes, os motoristas do presente estudo e os trabalhadores, em geral, parecem não os identificar como tal.

Um dos motoristas, por exemplo, citou que não teve AT e sim apresentou “um problema com o paciente” que lhe deu uma cotovelada e uma cabeçada no rosto, quando foi auxiliá-lo, caído no chão e alcoolizado. Neste caso parece que o trabalhador não sabe o significado de acidente, pois não considerou este “problema” como um AT.

Outros, ao se lhes perguntar se haviam sofrido AT, responderam negativamente, embora mencionassem já terem “visto” AT nos “colegas”, não assumindo este tipo de ocorrência com eles mesmos.

Essas situações podem ser observadas ao cotidiano laboral dos motoristas socorristas que trabalham com equipamentos (macas e carros) sem manutenção adequada, e ou os colocam em risco de se acidentarem rotineiramente, embora não tenha sido verbalizado nenhum acidente considerado grave devido a essa precariedade de manutenção dos carros.

Os motoristas trabalham em plantões de 12 horas seguidas, folgando 36 horas seguintes e não têm horário fixo de almoço ou descanso; conforme as variações do plantão, poderão ter, ou não horários de descanso.

No presente estudo, os motoristas socorristas nem sempre descansam na sua folga, considerando-se que 54,54% deles, executam outra função remunerada nesses

períodos, como encanador/eletricista/pedreiro/pintor, empresário, motorista, montador de móveis, motorista particular e fabricante de peças de moto. Essa outra ocupação, em geral, tem a finalidade de aumentar a renda familiar e, por isso, eles terminam por não descansar o suficiente. Por outro lado, exercer a função de motorista socorrista é um trabalho cansativo, com ritmo intenso e, às vezes, braçal que pode levá-los a ser vítimas de fadiga e estresse e mantê-los mais predispostos a sofrer AT durante a sua jornada de trabalho.

A fadiga pode afetar os índices de AT, ou seja, os acidentes tendem a crescer com o aumento das horas trabalhadas (Dela Coleta, 1991).

No presente estudo, os motoristas de ambulância relataram que trabalham sob “pressão”, pois, de acordo com o número de solicitações, as telefonistas da CA lhes comunicam, por rádio, que agilizem o serviço, por existirem mais solicitações em “pendência”, aguardando atendimento. Isso provavelmente faz com que se sintam estressados, na ânsia de atender a todas as chamadas, esquecendo-se ou até mesmo não tendo tempo de alimentar-se, hidratar-se e realizar as demais necessidades fisiológicas essenciais.

Em relação às partes do corpo lesadas em decorrência dos AT, encontram-se apresentadas na tabela 4, como se segue.

TABELA 4 - Distribuição de acidentes de trabalho, sofridos por motoristas socorristas da central de ambulância, segundo as partes do corpo lesadas. Marília-SP, 2002

PARTES DO CORPO LESADAS	ACIDENTES	
	f	%
Tronco	9	47,37
Membros superiores	5	26,32
Membros inferiores	3	15,79
Cabeça	2	10,52
TOTAL	19	100

A maior parte dos AT propiciou lesões no tronco (47,37%), nos membros, superiores (26,32%), nos inferiores (15,79%) e na cabeça (10,52%), o que pode ser entendido, em decorrência das causas e diagnósticos médicos anteriormente apresentados.

Os depoimentos, a seguir, exemplificam as partes do corpo que foram lesadas:

“(...) o paciente era obeso (...) deu um choque na perna (...)” (E01)

“(...) uma vez (...) eu machuquei a coluna (...)” (E03)

“(...) mal jeito nas costas de fazê força com os paciente aí (...)” (E05)

“(...) o peso veio pro meu lado, aí foi que eu machuquei a coluna (...)” (E06)

“(...) escorreguei e meu braço ficou preso na porta (...)” (E11)

“(...) ela (a maca) num travô (...) caiu nas minha perna (...)” (E15)

“(...) na hora de cortá o cordão umbilical, eu cortei e o sangue voou dentro do meu olho (...)” (E21)

5.5. Providências adotadas pelos trabalhadores e pela Instituição em casos de Acidentes de Trabalho

As providências **tomadas pelos trabalhadores** nos casos de AT foram as seguintes: alguns fizeram o trâmite de rotina para AT, ou seja, encaminharam-se ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SEESMT), popularmente conhecido como SESMT, para serem atendidos pelo médico do trabalho. Outros não procuraram atendimento, por diversos motivos, inclusive por medo; um necessitou de ser submetido a um curativo no hospital, fato este que comentou somente com os amigos; outro dirigiu-se a um serviço particular do tipo pronto socorro, vinculado a um serviço de medicina privada e o outro comunicou ao médico plantonista que o paciente o havia mordido, sendo que, no seu entendimento este profissional zombou da história que contou.

As seguintes falas demonstram o relatado anteriormente:

“(...) eu vim pro médico, engessou e eu fiquei afastado 21 dias (...) continuei o atendimento normal. Trouxe até pro hospital (...) eu já fui no SESMT, me encaminharam prá ortopedia (...) constatou (o médico) que eu tinha dois dedo quebrado (...)” (E09)

“(...) só limpei o olho um pouquinho e já socorri a mulher, tava chovendo, coloquei na ambulância, dei os primeiros socorros e fui pro hospital (...) chegando lá na Gota (Maternidade) eu comentei, uma colega de trabalho falou o que aconteceu com ela aí eu procurei o SEESMT e eu tomei até coquetel, depois eu não tomei mais não e fiz os exames, acho que um ano e pouco.” (E21)

“(...) mas assim, uma de 2, 3 dias, cê dá uma relaxada, cê deita um pouco e já tá melhor.”(E13)

“(...) cheguei no HC, uma enfermeira me ajudou a tirá o sangue, essa coisa tudo (...) (a Instituição não ficou sabendo) eu comentei só com os meus amigo (...) sobre isso (...) “ (E08)

“(...) só falei pro médico (plantonista), mas não fez nada (...) brincou ainda: “o rapaz, será que ele tá vacinado contra raiva?” (...) passou merthiolate tudo, mas cabô, sarô (...) (a Instituição nem ficou sabendo do AT) (...) ” (E17)

“(...) fiz um tipo de boletim, passei pelo médico tudo, aí veio o meu arrependimento de tê passado pelo médico (...) ele achou que eu tava atrás de atestado. Só não me chamou de vagabundo (...) mas me tratou muito mal, aí eu acabei falando umas coisa prá ele, respondi também, falei que eu não queria atestado prá pescá, eu tinha machucado mesmo. Eu num tava aguentano pegá a maca (...) mesmo assim ele não me liberou (...) na época a gente ficava no telefone (...) como eu não agüentava dirigir eu troquei com outro motorista e fiquei no telefone (...) no outro plantão eu vim e não agüentava pega a maca (...) eu voltei de novo na ortopedia e falei pro médico que tava com muita dor (...) que eu não tava aguentano pegá a maca (...) novamente ele me tratou mal, aí até o outro médico que tava lá de plantão tamém, aí deu seis dia de afastamento (...) o médico quando eu retornei desses seis dia, ele falô que ia encaminhá meu caso prá diretoria (...) encaminhou mesmo (...) ele achou que eu tava atrás de atestado prá pescá, ou fazê alguma coisa (...) ele mandou mesmo a minha pasta prá diretoria, não sei prá onde foi (...) eles puxaram a ficha do funcionário (...) eles viram que eu nunca tinha pegado um atestado médico (...) arquivaram também. Não deu nada (...) se eu tivesse um problema de atestado (...) ia dar alguma coisa, ia tê sobrado alguma coisa (...) se eu soubesse que ia dá tanto (...) eu tinha tomado um analgésico por conta e não tinha procurado porque eu fui muito maltratado por esse médico (...) “ (E11)

Em relação ao motorista que se sentiu ridicularizado, questiona-se a atitude anti-ética assumida pelo profissional de saúde, desvalorizando e ridicularizando a

situação acontecida com um trabalhador. Esta é uma demonstração explícita da desvalorização do relato de um AT, por parte de quem, teoricamente, deveria valorizá-lo, até mesmo em decorrência do conhecimento acadêmico que possui.

Mesmo recebendo a indenização à qual tem direito, o trabalhador acidentado tende a empobrecer, compreendendo-se o fato não apenas por causa da perda do poder econômico, mas pelo próprio menosprezo com o qual deve se deparar uma pessoa sem alguma parte do seu corpo, em relação ao meio social em que vive, ou com algum outro tipo de lesão, não necessariamente tão traumática como a citada, mas que lhe diminua a capacidade para o trabalho (Robazzi, 1991).

Quanto ao motorista (E21), cujo AT foi o fato de ter espirrado sangue nos olhos durante a realização de um parto, sabe-se que para os profissionais que realizam atendimentos de saúde são recomendadas as precauções padrão durante a execução de técnicas em que, de antemão, observa-se a possibilidade de borrifar/espirrar sangue e outros fluidos corpóreos em boca, nariz e olhos do trabalhador. Os equipamentos de proteção individual (EPI) disponibilizados para a realização dos vários procedimentos são luvas (sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, com mucosas ou outras áreas de pele não íntegra- ferimentos, escaras e feridas cirúrgicas; avental/capote utilizados durante as ações que propiciem possibilidade de contato com material biológico, inclusive em superfícies contaminadas), gorro cobrindo as orelhas (para a proteção de cabelos e orelhas), durante a realização de procedimentos em que haja a possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, nos olhos do trabalhador e máscaras para a proteção nasal e da boca. Ainda recomenda-se que todo paciente seja

considerado potencialmente contaminado pelo vírus da AIDS/SIDA ou da hepatite B e C. No caso em questão, se o motorista estivesse devidamente paramentado não teria ocorrido o AT. Apesar de este trabalhador não pertencer diretamente a equipe de saúde, acredita-se que, até ocorrer a normatização do serviço que realizam, esses procedimentos devem ser adotados e utilizados por todos os motoristas para a sua devida proteção.

Os acidentes profissionais ocorrem, entre outros, por contato direto com mucosas ocular, nasal, oral e pele com sangue ou materiais orgânicos contaminados (Boletim..., 1999).

Todos os AT com envolvimento de sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência médica já que deve ser iniciada precocemente a profilaxia anti-retroviral, para reduzir a possibilidade de infecção (Boletim..., 1999; Manual de Condutas..., 2001).

Quanto às **providências tomadas pela Instituição**, nos casos de AT sofridos pelos motoristas, observa-se que alguns foram afastados do trabalho (por 11 meses, por dois dias, por 21 dias); outro foi encaminhado a um especialista e necessitou permanecer afastado por um dia do trabalho; um sentiu-se maltratado; dois fizeram e continuam necessitando de seguimentos de rotina.

Os depoimentos, a seguir, auxiliam no esclarecimento destas providências institucionais:

“(...) eu fiquei afastado mais ou menos 11 meses (...) i no INPS fazê perícia, foi doeno mais, quando eu fiz as contas já deu 11 meses, quase um ano (...)”(E01)

“(...) o Ortopedista disse que num podia dá nenhum dia de descanso, que a norma que ele tinha lá prá motorista

era (...) fazê uma injeçãozinha de Voltaren e voltá pro trabalho. Aí eu deitei lá. Deram duas injeção (...) aí ele resolveu um dia de atestado. Mas a norma diz que é não dá nenhum (...) foi o que ele me passou (...) aqui só dá um dia no máximo (...) e nesse dia fui prá casa, fiquei tomano Voltaren e no outro dia eu já fui trabalhá no plantão (...) o pessoal do SESMT foi lá fez a ocorrência de trabalho, mas disse que tava tudo normal, que não afetou nada, segundo o médico.”(E06)

“ (...) me afastou aí foi por 21 dias.”(E09)

“(...) aí me deu seis dia de afastamento (...) eu não lembro se comuniquei o chefe (...) e o SESMT eu não sei se concordou (...) porque também não fizeram nada. Ficaram omissos.” (E11)

“(...) tive que pegá licença, fiquei um mês e meio parado (...) passei, eu fui no Pronto-Med (Pronto Socorro particular) (...) fez CAT (...)” (E16)

As medidas tomadas pela Instituição parecem ter sido no sentido de desvalorizar as queixas dos motoristas e descaracterizá-los da condição de acidentados do trabalho (a norma para motorista estipulava que “devia passá”(…) pelo médico (...), “fazê uma injeçãozinha (...) e voltá pro trabalho (...); “(...) o SEESMT (...) .não fizeram nada (...) ficaram omissos (...) ”.

Este fato também, ainda nos dias de hoje, é o que costumeiramente parece acontecer em muitas das empresas, como se o trabalhador tivesse sofrido AT por culpa sua e, conseqüentemente, não merecesse maiores considerações.

A Instituição cumpriu com a sua responsabilidade, no caso do motorista que se acidentou em decorrência da introdução de sangue no saco conjuntival; ele foi avaliado pelo médico que lhe prescreveu medicamentos e fez seguimento clínico e laboratorial por mais de um ano.

Em casos de AT com esse tipo de fluido, faz-se necessária, segundo a literatura, a realização de quimioprofilaxia anti-retroviral. Na impossibilidade de

identificar a situação sorológica do paciente fonte, deve-se proceder como um acidente de fonte HIV positivo (Boletim... 1999).

O acidentado deverá ser acompanhado pelo período de seis meses após o acidente com material infectado tanto pelo HIV como em acidentes com paciente fonte desconhecido (Manual de Condutas..., 2001).

5.6. Tipos e características das doenças mais comuns relatadas pelos motoristas socorristas

Para a classificação das doenças, que os motoristas verbalizaram, utilizou-se também a taxonomia existente na Classificação Internacional de Doenças- CID- 10 (OMS,1993).

Constatou-se que apenas quatro (18,18%) dos 22 motoristas socorristas relataram apresentar alguma doença que pode estar relacionada ao exercício de seu trabalho; considerando-se então a totalidade destes trabalhadores, dois (50,00%) apresentaram Traumatismos não especificados do abdome, do dorso e da pelve (S39.9); um deles, correspondendo a 25,00%, relatou ter apresentado, o diagnóstico de Transtorno não especificado de disco intervertebral (M 51.9) e o último diagnóstico (25,00%) o diagnóstico Afecção ocular devida ao vírus do herpes (B00.5).

As seguintes falas retratam os transtornos relacionados à coluna vertebral, mencionadas por três motoristas socorristas:

“(...) esse problema (...) já faz quase cinco ano que eu acho que eu adquiri ele aqui na central (...) depois de uns cinco ano que eu já tava trabalhando aqui é que veio

aparecê esse problema, a dor nas costa chega até travá a coluna (...) ”(E09)

“(...) antigamente tinha aquelas maca manual que todo mundo reclamava de coluna, inclusive eu, minhas costa hoje dói hoje por causa disso aí (...) um dia eu comecei a sentir dor e a dor foi aumentando, não sei, e incomoda até hoje (...) eu não tô durmindo bem que eu tô com problema de coluna, então eu deito, viro prá lá, viro prá lá e não durmo muito por causa desse problema (...) eu não consigo dormir bem, o que me incomoda é problema de coluna que eu tenho, que me atrapalha.”(E21)

“(...) deu hérnia de disco (...)”(E01)

No estudo em questão as queixas de lombalgia e distúrbios intervertebrais dos motoristas revelam que estes são ocasionados, possivelmente, pelo esforço que o motorista faz para carregar no colo ou na maca os pacientes que transportam. É grande o esforço físico devido ao excesso de peso que são obrigados a carregar sozinhos (peso da maca adicionado ao do paciente). Soma-se a isso a postura diária sentada nos bancos dos carros ergonomicamente incorretos e a vibração do motor.

Alguns autores relatam que as principais doenças encontradas entre os motoristas são os problemas músculo-esqueléticos, envolvendo dores nas costas e pescoço. As “dores nas costas” constituem-se uma queixa freqüente e atual, merecendo atenção para descobrir a sua etiologia e a procura de um tratamento preventivo. Causa enormes perdas para a economia do país, a elevação das taxas de absenteísmo no trabalho, bem como prejuízos para a vida dos trabalhadores e de suas famílias (Knoplich, 1980; Kwitko, 2001).

Entre os problemas relacionados à coluna vertebral (dores e hérnia de disco), os mais encontrados, na presente investigação, também foram os mais evidenciados por Santos Júnior & Mendes (1999) em motoristas de ônibus. Possivelmente este fato

acontece pela postura inadequada na posição sentada e pela vibração sentida pelo trabalhador em decorrência do funcionamento do motor do veículo de transporte que dirige, conforme mencionam Kelsey & Hardy (1975); Buschinelli & Moro (1985) e Netterstrom & Juel (1989).

Outra afecção citada por um motorista foi a ocular em decorrência do vírus do herpes que ficou evidenciada através do depoimento que se segue:

“Já tive herpes no olho (...) pelo que o médico acha que aconteceu de eu pegar o paciente e eu passei a mão no rosto e atingiu o olho (...)” (E07)

Dias (1995) afirma que o trabalho determina direta ou indiretamente as formas de adoecer e morrer. Estudando o impacto do trabalho ou dos processos laborais na saúde dos trabalhadores, Dias (1995) aponta que os danos podem ser classificados em dois grupos: os que se manifestam de forma aguda, ou seja, os AT e as intoxicações agudas e aqueles que se evidenciam de modo insidioso, ou seja, as doenças profissionais e as do trabalho ou relacionadas ao trabalho.

No estudo de Santos Júnior & Mendes (1999), 48 (54%) dos trabalhadores, motoristas de ônibus, apresentavam queixa de “dor na coluna”, sendo a de um deles por hérnia de disco intervertebral e lombalgia relacionada à postura inadequada.

Muitas vezes os trabalhadores são vistos apenas como uma extensão dos equipamentos e tecnologias que possibilita operacionalizar o sistema e, enquanto tal, desconsideram-se os seus limites físicos e psíquicos (Lima et al, sd).

Existem muitas situações geradoras de incômodo e sofrimento que exigem dos trabalhadores dos serviços de transporte esforços superiores aos seus limites, o que torna este trabalho desgastante e penoso (Lima et al, sd).

O trabalho do motorista profissional é considerado altamente estressante (Santor Júnior & Mendes, 1999). Questiona-se, então, e o que se pode dizer em relação aos motoristas socorristas que lidam com o imprevisível diariamente no seu cotidiano. Acredita-se que a função de motorista socorrista deve ser ainda mais estressante que a do profissional.

No caso da presente pesquisa, encontraram-se algumas destas condições entre esses motoristas: permanecer em posição sentada nos assentos desnivelados dos veículos em que trabalham, abaixar e levantar o corpo para carregar pacientes ou em macas com pacientes; realizar trabalho em ritmo acelerado pois se sentem cobrados a incrementar o ritmo, não tendo tempo, muitas vezes, de almoçar, tomar café ou realizar as necessidades fisiológicas durante as doze horas de plantão diurno ou noturno; vivenciar o trabalho em turnos irregulares, pois a cada quatro meses alternam-se os plantões noturnos e diurnos. Pode ser acrescido também o fato que, além deste trabalho, alguns têm outra atividade remunerada nas suas folgas para aumentar a renda familiar. Exercendo outra atividade além desta, o motorista eleva a sua carga horária e não descansa o suficiente antes de iniciar outra jornada de trabalho contribuindo assim para o aparecimento de doenças.

Não faz parte do rol de doenças relacionadas ao trabalho de motoristas profissionais adoecer por afecção ocular devida ao vírus do herpes, porém um destes trabalhadores socorristas apresentou esta infecção que pode, no caso, ser possivelmente relacionada à tarefa executada. Pelo seu relato, acredita-se que esta doença foi considerada como relacionada ao trabalho porém, como a pesquisadora

não consultou os prontuários dos trabalhadores, não pode confirmar se a doença foi considerada pela Instituição como relacionada ou não ao trabalho executado.

A falta de conhecimento dos motoristas socorristas, associada ao seu desvio de função, leva-os a apresentar certas doenças semelhantes às dos profissionais de saúde, como aquelas transmitidas pela ausência de lavagem das mãos entre o atendimento de um paciente e outro. A enfermidade relatada pelo entrevistado sete, por exemplo, foi uma afecção ocular devida ao vírus do herpes, doença que poderia ter sido evitada através da lavagem das mãos, que é um procedimento muito importante para evitar as infecções transmitidas por patógenos veiculados por tal via. A lavagem das mãos faz parte de um conceito básico de higiene. Como precursora de uma boa saúde, a higiene pessoal remonta da época dos faraós; em um livro já se recomendavam cuidados sanitários, como instruções sobre higiene alimentar e de objetos, higiene do parto e da menstruação e como evitar doenças (Hoefel & Scheneider, 1997).

O simples ato de lavar as mãos reduziria em muito o risco de transmissão de microorganismos e de aquisição de infecção pelos pacientes e pelos profissionais. Apesar de, em 1847, Semmelweis concluir sobre a importância da lavagem das mãos, ainda hoje, após muitos anos passados, as campanhas do Ministério da Saúde e os assuntos dos congressos e jornadas sobre infecção hospitalar continuam insistindo na tentativa de conscientização, principalmente dos profissionais de saúde, sobre a sua importância. Se esta conscientização já é difícil para estes profissionais, que têm conhecimento teórico e prático sobre os cuidados para a prevenção de doenças, acredita-se que seja muito mais difícil em se tratando dos trabalhadores deste estudo.

Os motoristas socorristas de Marília-SP, conforme pode ser constatado, executam uma função “desviada”, desempenhando atividades que não lhes competem diretamente, pois não têm formação específica para tal.

No caso em questão, os motoristas socorristas podem estar colocando em risco a vida de algumas pessoas por estarem, muitas vezes, realizando procedimentos para os quais não estão preparados, bem como arriscando-se também em adquirir doenças e a acidentarem-se por falta de conhecimento sobre as doenças, visto que alguns não sabem nem quais são as transmissíveis. Este exemplo pode ser evidenciado pela seguinte fala:

“Seria assim de doenças (...) que contamina por vírus ou por sangue (...) É não tem muito assim (doenças) hepatite tomou vacina. O que mais seria? (...) Mais é a AIDS que transmite por sangue (...) porque câncer não transmite (...) mas essas doenças (tuberculose e meningite) não mata, não chega a matar, tuberculose mata?” (E19)

5.7. Providências adotadas pelos motoristas e pela Instituição em casos de adoecimento dos trabalhadores

Em relação a estas providências, observou-se que um motorista auto-medidou-se; um não fez nada, o outro constatou que estava com uma hérnia de disco intervertebral e ficou afastado do trabalho durante 11 meses e o último, com herpes ocular, fez o tratamento necessário, com o devido afastamento.

As seguintes falas exemplificam essas medidas:

“(...) tomo uma injeção e ela tira a dor na hora e eu trabaio normal, agora quando trava tem que ir no

médico (...) no dia eles medica (...) aplica umas injeção e tira a dor e eu volto a trabaiá normal.” (E09)

“(...) passei pelo médico (...) fui fazê tomografia deu hérnia de disco (...) í no INPS fazê perícia (...) ” (E01)

“Passei pelo oftalmo e fiz um tratamento (...) ” (E07)

Quanto às **medidas tomadas pela Instituição**, observou-se que, em relação a um dos motoristas, o médico lhe deu um atestado, declarando-o como impossibilitado de carregar peso e o outro ficou afastado por 15 dias do trabalho; quanto aos outros dois a Instituição desconhece os seus problemas e, portanto, não tomou qualquer providência. Pode-se exemplificar estas situações com as falas:

“(...) o meu médico ele deu uma carta como eu não pegá mais peso (...) ” (E01)

“(...) fiquei 15 dias (afastado) (...) ” (E07)

5.8. Estratégias para minimizar os riscos ocupacionais, os acidentes de trabalho e as doenças entre os motoristas socorristas

Várias foram as sugestões dos motoristas para diminuir os riscos ocupacionais, de acidentes de trabalho e de doenças, tais como explicitadas a seguir:

- **Proteção de si mesmo**, ou seja, admitem que devem ser observados cuidados para o atendimento ao paciente.

Algumas falas sobre esta sugestão podem ser observadas como se segue:

“(...) acho que tinha que paramentá melhor (...) tomá os cuidado necessário (...)” (E4)

“(...) em primeira mão é tomá cuidado (...) Quando tá trabalhando previni bastante, usá luva e não ficá em

contato com os paciente, dependendo do estado, a situação do paciente cê não pode tá muito em cima ali, tem que tá se previnino (...)" (E17)

"(...) eu acho que cada um tem que se cuidar(...)" (E21)

- **Aumentar os recursos humanos**, ou seja, trabalhar em dois ou três motoristas; ter outra pessoa para ajudar, da enfermagem e do sexo masculino. Os depoimentos que se seguem, explicitam a questão da necessidade de tais recursos:

"(...) trabaiá em conjunto, dois. Seja um prá buscá, vamo dizê que seja um paciente que ele é desse tipo assim (paciente pesado), acho que deveria ser em dois ou três (...)" (E1)

"(...) mais um companheiro prá melhorá o atendimento e não tê dificuldade (...), mas ter um socorrista do lado da gente seria o ideal (...)" (E5)

"(...) é onde que a gente devia ter alguém da enfermagem prá trabaiá com a gente." (E7)

"(...) se a gente tivesse um ajudante prá tá junto, em dois fica mais fácil tá dominando (...) o resgate (...) tem mais facilidade que a gente (...) nem sempre a polícia tá no local quando a gente vai buscá o paciente (...)" (E9)

"(...) eu achei importante (...) quando a gente mudou prá cá foi o apoio da auxiliar de enfermagem com a gente (...)" (E17)

"(...) tinha que ter um ajudante, um auxiliar no caso, masculino. Tinha que tê uma auxiliar, mas do sexo masculino, que agüenta, que tem força (...)" (E19)

Os motoristas socorristas trabalham sozinhos na ambulância e sempre que necessitam de auxílio solicitam o apoio de outras instituições ou de transeuntes. Quando necessitam da ajuda da população, percebem que esta não tem preparo e nem o costume de executar essa tarefa; algumas vezes relataram a ocorrência de AT em decorrência da falta de preparo das pessoas que os auxiliaram. Assim, além de

colocar em risco a integridade física do paciente, o fato de estarem sozinhos também os coloca em situações de risco para AT.

Uma opção poderia ser a implantação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), com a regularização do sistema de atendimento pré-hospitalar das urgências/emergências (APH). Desta forma, a população poderia receber um atendimento de melhor qualidade por ser atendida por uma equipe treinada em APH formada por enfermeiros, médicos e técnicos ou auxiliares de enfermagem.

Durante um curto período de tempo a CA contou com mais um tipo de trabalhador para realizar o atendimento à população, no caso, as auxiliares de enfermagem, que trabalharam com os motoristas, por poucos meses. Alguns relataram a importância da contribuição dessas profissionais, sentiam-se mais seguros e confiantes com a presença delas; porém elas foram alocadas para outros serviços e os motoristas continuaram sozinhos a executar o seu trabalho.

Esta situação parece ter-se modificado, após a coleta de dados da presente pesquisa que foi realizada no mês de Janeiro de 2002. No mês seguinte, foram contratadas outras quatro auxiliares de enfermagem, que começaram a trabalhar com os motoristas socorristas. No entanto, como são poucas tendo que fazer alternância de turnos, os motoristas continuam a executar suas funções e a assumir outras que não são próprias do seu trabalho. Assim continuam a trabalhar sem preparo para a execução de suas tarefas, em uma situação de quase leigos (considerando-se que se submeteram, há alguns anos atrás e não todos, a um treinamento de 40 horas em suporte básico de vida), o que não se considera suficiente para o exercício dessa

função, que exige uma atenção tão importante como a de primeiros gestos em urgência/emergência pré-hospitalar.

Na Portaria 814 (BRASIL, 2001a) do Ministério da Saúde, conforme já foi explicado, existem inúmeros tipos de ambulâncias, variando da codificação “A” à “F”; a primeira é a mais simples e, conforme aumenta em ordem crescente a sua graduação também crescem os seus níveis de complexidade, exigindo tripulantes mais especializados, bem como numerosos tipos de materiais e equipamentos necessários para o atendimento aos pacientes.

Pelas características dos veículos da CA, estes se enquadrariam nas do tipo “A”, destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo. No entanto, a referida portaria (BRASIL, 2001a) recomenda que a tripulação das ambulâncias de tipo “A” deve ser constituída por dois profissionais, sendo um motorista e o outro um técnico ou auxiliar de enfermagem. Dessa forma o serviço oferecido pela CA, em questão, não se enquadra em nenhum dos requisitos desta portaria, pois o motorista, na maioria das vezes, trabalha sozinho.

O profissional que sempre está presente na ambulância, em qualquer circunstância e/ou classificação em que ela se enquadra, é o objeto de estudo deste trabalho, mais especificamente, os motoristas da central de ambulância do município de Marília.

- **Ter Recursos Materiais** em quantidade e qualidade, ou seja, mais equipamentos de proteção individual (EPI); aquisição de mais carros; manutenção

periódica dos veículos. A questão dos recursos materiais é evidenciada pelas seguintes falas:

“(...) prá evitá doenças é a gente tê os equipamentos obrigatórios (...) máscara, jaleco (...) materiais adequados prá gente fazê o serviço (...) só dá essas luva e ainda é umas luva ruim que a gente põe a mão (...) ela rasga.” (E3)

“(...) Se tivesse melhor manutenção dos carros, eu acho que evitaria muita coisa.”(E7)

“(...) eu acho que (...) tê um instrumento de trabalho (...) a luva ajuda muito (...) a máscara (...) ” (E8)

“(...) a manutenção adequada dos veículos (...) trocá alguns veículos que já não tem condições (...)” (E8)

“(...) eu acho que precisaria buscar uma forma de um veículo adequado prá esse tipo de transporte, buscé uma forma de prestar um atendimento mais seguro pro paciente (...)” (E20)

As sugestões dos trabalhadores também se reportam a uma maior e melhor qualidade de equipamentos de proteção individual (EPI). Os EPI citados por eles foram luvas de melhor qualidade, pois eles as usam conforme a necessidade e essas rasgam-se facilmente; quanto às máscaras, apenas um citou que viu uma vez este equipamento dentro do carro (durante os estágios realizados pela pesquisadora, não foi observada a presença de máscaras nas ambulâncias), que serviria, para a proteção de respingos de sangue e secreções no motorista e deveriam existir nos veículos sempre que o trabalhador suspeitasse que o paciente que transportasse fosse portador de alguma doença contagiosa com transmissão por via aérea. Um ainda citou que deveriam usar uniforme para melhor proteção, pois têm noção de que a roupa pode estar contaminada e levar microorganismos para casa.

Acredita-se que realmente deveriam usar uniformes adequados à sua função, fornecidos e lavados pela instituição. No SAMU de Pariquera-Açú, SP^{*}, a equipe usa uniformes, tipo “macacão”, com bolsões para transporte de materiais e com cores fosforescentes, pois atendem muitos acidentados em rodovias e com estas cores permanecem bastante visíveis, principalmente, à noite. Estes uniformes são iguais aos de todos os profissionais e só são diferenciados pela identificação no dorso do profissional: médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem.

Muitos relataram que seria necessária a melhoria da situação dos carros que dirigem, a aquisição de novos e a conservação dos existentes através de manutenção periódica, visando à segurança do trabalhador, dos estagiários e professores e também dos pacientes e acompanhantes que transportam. A situação atual dos carros demonstra que todas as pessoas que os utilizam estão correndo riscos de se acidentarem, devido à precária situação dos mesmos.

No mês de Julho de 2002, a CA recebeu da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília (SMHSM) quatro novos carros, ou seja, adaptados para servirem de ambulâncias do tipo “Courier”, veículo tipo *pick up* da marca *Ford* e duas “Kombis” da marca *Volkswagem*. Estas também tiveram de ser adaptadas pelos motoristas socorristas em seu próprio local de trabalho. Nas “Courier” foram colocados bancos mais altos com fundo aberto, tipo caixote, para guarda de materiais necessários ao atendimento. São carros pequenos para esta finalidade, pois não têm espaço

^{*} Informações obtidas através de uma Docente e Médica Sanitarista da FAMEMA, Dr^a Maria Cecilia Cordeiro Dellatorre que foi responsável pelo treinamento de vários profissionais atuantes no Vale do Ribeira, SP, Takeda, E., 2002.

suficiente para o paciente e para a movimentação do socorrista. Até já foram denominadas pelos trabalhadores de “Kinder Ovo”, devido ao seu tamanho.

Mesmo após a Portaria 814 (BRASIL, 2001a), que normatiza o atendimento pré-hospitalar, a SMHSM adquiriu para o município carros inadequados e frágeis, quanto à resistência mecânica e para o atendimento às urgências/emergências. Estes carros foram adaptados para ambulâncias por uma firma especializada, porém percebe-se que os responsáveis por sua adaptação não têm noção das atividades que são realizadas dentro delas. A aquisição desses carros pela SMHSM atende à parte financeira, pois certamente são mais baratos se comparados a outros carros mais espaçosos, mais altos e de outras marcas e que são próprios para este tipo de atendimento, obedecendo aos requisitos da portaria em questão.

Outras sugestão dos motoristas são as que se seguem:

- **Treinamento/Educação em serviço.** As falas que ilustram estas sugestões, estão evidenciadas a seguir:

“(...) ter mais conhecimento (...) que jeito que pode manuseá as doenças (...) a gente também num sabe, é distingui que cuidado tomá (...)” (E04)

“(...) Eu acho que tem que aprofundar em fazer cursos (...)” (E20)

Os motoristas admitem o seu desconhecimento em relação aos cuidados que devem ser tomados para evitar a aquisição de doenças que podem ser transmitidas por contato com os pacientes e, inclusive sugerem a realização de cursos a fim de se capacitarem.

Deveriam receber ensinamentos não em suporte básico de vida, mas em direção defensiva e outras capacitações relacionadas com a sua função, pois até a

maneira como se transporta um paciente politraumatizado interfere no agravamento, ou não, das lesões das vítimas (Onimaru, 2000).

Quando existe o SAMU, não há motivo para o motorista andar em alta velocidade, pois todos os cuidados necessários para a manutenção da vida devem ser dados antes de a ambulância dirigir-se a um hospital.

Outra sugestão foi:

- **Realizar Triage e Organização do serviço.** Estas sugestões podem ser evidenciadas nos depoimentos que se seguem:

“(...) Em relação às doenças (...) começá o pessoal fazê triagem e começá a passá os caso (de doença para os motoristas) (...)” (E11)

“(...) em relação às doenças (...) pro pessoal da triagem tá alertando a gente em relação a qual é o problema, a doença do paciente prá gente tomá assim algum tipo de precaução.” (E13)

(se organizar o serviço, o motorista terá tempo para)”(...) vai tê tempo suficiente para que ele possa cuidá melhor (...) ele não tem tempo suficiente prá ele ir no banheiro, tempo suficiente prá ele pará (...) vai melhorá bem mais tanto pro motorista (...)” (E22)

”(...) vai tê tempo suficiente prá que ele possa cuidá melhor do veículo e as condições dele mesmo (...) sobra tempo suficiente prá ele fazê essa manutenção do veículo (...) ” (E22)

A triagem das ocorrências é realizada, atualmente, pelas telefonistas da CA que atendem às solicitações da população. Os motoristas atribuem a responsabilidade da triagem inadequada, às telefonistas, à população ou aos serviços de saúde, que deveriam informar melhor sobre os detalhes das patologias dos pacientes que os motoristas deverão atender. Ocorre que o problema deverá continuar, caso não se

modifique o triador que, evidentemente, não pode ser uma telefonista (que também se desvia de sua função) e sim um profissional, qualificado para tal.

Antes da contratação das telefonistas, o recebimento das chamadas era realizado por dois atendentes que iniciaram a função sem ter recebido nenhuma formação para esse tipo de trabalho. Atualmente as telefonistas têm cargos na CA que não indicam a função real que exercem, nem a verdadeira responsabilidade que têm, que é atender às chamadas e triar os pedidos de ajuda, conforme Jacquemot (2001) relatou em sua tese.

Observa-se então a falha do sistema de APH de Marília, em que o triador é um leigo e não um especialista, responsável pela triagem nos diversos SAMUs implantados até agora no país.

A maioria das chamadas para a CA recebe uma resposta positiva, quer se trate de urgência/emergência, quer se trate de um problema de saúde ou não. Geralmente todos os pedidos de socorro são atendidos; o não envio de ambulância pode responsabilizar o serviço por omitir o atendimento. É preferível mandar uma ambulância do que não, a fim de se proteger do erro e das suas consequências (Jacquemot, 2001).

De acordo com a Portaria 814 (Brasil, 2001a), a função de triar as solicitações deve ser desempenhada por um médico regulador, elemento ordenador e orientador do sistema de atenção integral às urgências, que estrutura a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados. A competência do médico regulador deve ser sintetizada

em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes, julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida; enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis; monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência.

Com a regulamentação do sistema, de acordo com a portaria anteriormente citada, as sugestões para a sua organização serão provavelmente alcançadas.

Apreendeu-se também a seguinte sugestão, por meio dos depoimentos dos trabalhadores:

- **Propiciar mais intervalos para descanso.** Esta sugestão pode ser observada através da fala dos motoristas:

“(...) Eu acho que deveria ter um intervalo (...) mais um motorista prá revezá, prá dá um descanso (...) na cidade desgasta muito por causa do trânsito (...) tinha que tê um espaço prá descanso, não só pro corpo, mas prá mente também.” (E11)

Se o sistema for organizado de acordo com a Portaria 814 (BRASIL, 2001a), os trabalhadores poderão revezar o atendimento e assim organizar-se de maneira que

tenham horário correto para as refeições e para atendimento das suas necessidades fisiológicas, respeitando os intervalos para descanso.

O que também poderia acontecer seria o fato de ser-lhes proporcionado apoio psicológico, pela terapia em grupo para resolução dos problemas que a equipe enfrentar, de forma a lhes dar suporte nos assuntos referentes ao trabalho em equipe e também aos problemas advindos do próprio atendimento que realizam aos pacientes. Uma outra sugestão poderia ser a execução de ginástica laboral a fim de fortalecer a musculatura para prevenção de lombalgias, além de servir para o descarregamento de tensões.

Outra sugestão foi:

- **Providenciar Limpeza e desinfecção dos carros.** Esta sugestão pode ser ilustrada pela seguinte fala:

“(...) a pessoa, as veis, vomita ou cai sangue dentro do carro e ele (o motorista) sempre passa um paninho lá dentro (...) do carro (...) muitas vezes não tem tempo de lavá, esteriliza (...)” (E22)

Os próprios motoristas realizam a limpeza/desinfecção dos veículos e suas macas e muitos queixaram-se de falta de tempo para realizar este procedimento. Sendo assim, com a regulação de todo o sistema de APH, um profissional de nível superior qualificado academicamente, poderá se responsabilizar pela supervisão e treinamento de pessoas para a limpeza e desinfecção dos carros, bem como pela desinfecção das macas e troca dos lençóis entre um paciente e outro. Deve ser reforçada tal rotina para a correta desinfecção, limpeza e troca de lençóis das macas evitando a infecção cruzada aos pacientes.

Segundo a recomendação de Couto et al (1999), macas e colchões devem ser limpos com água e sabão, ou desinfetados com álcool 70% ou quaternário de amônio, diariamente, ou após contaminação com matéria orgânica por limpeza mecânica com fricção por 30 segundos. Esta recomendação tem sido obedecida quando se trata de um único paciente utilizar a maca, porém é mais prudente limpá-la ou desinfetá-la entre um paciente e outro, bem como efetuar a troca de lençóis.

Reforçando esta sugestão, está a recomendação de Nascimento & Shimatai (1997) para a limpeza e desinfecção dos equipamentos utilizados para remoção e transporte de pacientes devem ser limpos com água e detergente líquido após cada uso. Se houver contaminação com matéria orgânica, devem ser desinfetados.

O compartimento interno das ambulâncias, que é constituído de paredes, piso, mobiliário e equipamentos, deve sofrer limpeza mecânica diária com água e detergente líquido. Caso haja contaminação com fluidos orgânicos, deve ser realizada a desinfecção após cada uso. Os equipamentos de oxigenioterapia, como ambu, máscaras e inaladores, devem ser lavados com água e detergente e mergulhados em solução desinfetante adequada, após cada uso (Nascimento & Shimatai, 1997).

Macas, colchões, pranchas, estetoscópio e esfigmomanômetro devem sofrer limpeza mecânica a cada uso. Roupas de cama devem ser preferencialmente descartáveis ou de materiais que possam sofrer lavagem térmica; devem também ser identificadas no caso de doenças infecto-contagiosas (Nascimento & Shimatai, 1997).

O material pérfuro-cortante deve ser descartado em recipiente próprio, de paredes rígidas, acondicionado em suporte fixo que pode ser de madeira ou acrílico (Nascimento & Shimatai, 1997).

Outra sugestão emanada dos motoristas foi:

- **Separar do atendimento de urgência do social.** As falas que se seguem evidenciam essa sugestão:

“(...) Eles não separam. Pode funcionar tudo junto, mas o serviço é separado. Social é social, emergência é emergência. E muitas vezes cê tá fazendo um social aí aparece a emergência e cê não pode socorrê porque tá com social dentro do carro (...)” (E11)

“(...) a gente precisava sempre de batê na mesma tecla separá a urgência, emergência do social, que antes a gente fazia as emergência, hoje, a verdadeira emergência foi passada pro bombeiro(...) nós estamos mais no social (...)” (E16)

Mais um problema seria resolvido com a sistematização do APH, pois assim, a CA poderia ter carros próprios para o transporte das urgências/emergências e os motoristas poderiam continuar a utilizar as peruas tipo “Kombi” para o transporte tido como social, far-se-ia, porém, necessária a inclusão de um membro da equipe de enfermagem para realizar o atendimento aos pacientes.

As ambulâncias distanciaram-se bem de sua função de trabalhar com pacientes graves e transportar urgências/emergências. Como transportar casos graves de urgência/emergência, se elas, estão sem equipamentos, se o doente vai sozinho na maca, no máximo acompanhado de parentes estressados?. Estas ambulâncias realizam na realidade, o transporte social dos pacientes (Dellatorre, s/d).

Se analisarmos os motivos de solicitação de ambulâncias, a maior parte delas acontece por razões sociais, que são as mais diferentes possíveis, tais como: falta de recursos financeiros para comprar passagem de ônibus, falta de ônibus municipal ou intermunicipal em horários compatíveis com os horários de atendimento, entre outros. Além destes motivos existem os casos sociais ligados ao setor saúde, como pacientes com acidente vascular cerebral, que precisam fazer fisioterapia várias vezes por semana, pacientes com aparelhos gessados que têm retornos freqüentes na ortopedia uma série enorme de outros motivos, que obrigam aqueles com limitações físicas a freqüentarem hospitais e clínicas, porém com dia e hora marcada. São pacientes que precisam de transporte de forma regular e com agendamento. Estes casos não se enquadram nas urgências/emergências, são casos sociais da área de saúde (Dellatorre, s/d).

As demandas relatadas, chamadas genericamente de “transporte social”, exigem uma organização à parte, com uso racional e planejado, pois este tipo de transporte funciona com agendamento prévio, e com viaturas mais simplificadas.

Para os casos eminentemente sociais, é indicada a implantação do vale-transporte social, que é mais barato do que o custo do transporte feito por viaturas. O transporte social, não necessariamente, deve ser de responsabilidade do setor saúde, podendo ser gerenciado pela promoção social, em conjunto com o setor saúde (Dellatorre, s/d).

Para os pacientes que precisam ser levados aos hospitais, aos pronto-socorros em função de agravos à saúde, faz-se necessário o atendimento às urgências. Para estes casos não se pode confundir ambulâncias com serviço de táxi. Não se trata de

colocar o paciente na maca e entregá-lo em um hospital. Dependendo da patologia faz-se necessária uma série de cuidados durante o transporte e, se for inadequado, pode, inclusive, agravar o quadro (Dellatorre, s/d).

A chance de um paciente vomitar, quando está deitado em uma maca, em uma ambulância fazendo curvas em alta velocidade é muito grande. Independente da sua doença de base, se o paciente estiver com o nível de consciência diminuído, pode aspirar este conteúdo e, ter seu quadro agravado, ou inclusive falecer, não em função da doença que o fez pedir a ambulância, mas das condições do transporte (Dellatorre, s/d).

Os motoristas socorristas não valorizam o transporte social, preferem o atendimento às urgências/emergências pré-hospitalares e relataram, quando o gravador estava desligado, que quando sofrem punições são deslocados das urgências para o transporte social que é considerado por eles, como um castigo.

A penúltima sugestão foi:

- **Ter Mais compreensão da chefia.** A fala seguinte explicita a sugestão:

“(...) ter mais compreensão da chefia (...)” (E02)

A chefia incompreensiva pode acarretar problemas ou alterações de ordem psicossocial nos trabalhadores.

E a última sugestão:

- **Conscientizar os responsáveis.** O depoimento a seguir evidencia melhor a sugestão:

“(...) a partir do momento que tive uma conscientização (...) das pessoas responsáveis (...) que vê o lado não só do motorista, mas do usuário da (...) ambulância (...)” (E22)

Pelos depoimentos dos motoristas socorristas, pode-se perceber que eles estão no contexto da realidade percebida pela pesquisadora, quanto às medidas sugeridas para a melhoria do seu ambiente de trabalho. Apesar de serem leigos, mesmo assim, de uma forma simples, também acreditam que a solução para uma melhor qualidade no ambiente de trabalho deve ser a regulação do sistema de APH em Marília, que é o determinado pela Portaria 814 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a). A referida portaria apraza a regulamentação do sistema de APH em todos os municípios do país três anos, a partir da sua publicação que aconteceu em 01 de junho de 2001.

Diante do exposto, cabe sugerir uma proposta de regulamentação do sistema de APH no município de Marília a fim de se oferecer uma assistência de qualidade à população, bem como atender às exigências da portaria citada anteriormente.

Dessa forma, a cidade poderia contar com uma equipe qualificada para atender às necessidades dos trabalhadores da CA bem como às da população. As necessidades dos motoristas seriam atendidas, pois estariam trabalhando com uma equipe treinada, sob a orientação do médico regulador e não necessitariam realizar esforços desnecessários, sobrecarregando a coluna vertebral ou propiciando o seu desgaste físico e mental. Já o paciente poderia ter uma assistência mais especializada, contando com uma equipe capacitada para atendê-lo de acordo com seu grau de gravidade.

Dellatorre et al (1996) já apresentaram um projeto de regulação do sistema de APH em Marília, que não foi implementado até o momento.

Acredita-se que uma cidade como Marília, com atualmente 204.957* habitantes, necessita dessa regulamentação nos moldes do modelo francês de atendimento, ou seja, como o SAMU- Serviço de Atendimento Médico de Urgência, que já pode ser encontrado em capitais e outras grandes cidades do país.

A normatização dos serviços de APH móvel deve ser entendida como uma atribuição da área de saúde, sendo constituída por uma central reguladora, com equipe e uma frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de uma região (podendo extrapolar os limites municipais), considerando-se os aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a rede de serviços de saúde, disponibilizada conforme critérios de hierarquia e regionalização formalmente pactuados com os gestores do serviço loco-regional (Brasil, 2001a).

Os serviços de APH móvel devem ter uma equipe de saúde, adequadamente, composta conforme já visto anteriormente neste estudo (Brasil, 2001 a).

Além desta equipe de saúde, em situações de atendimento às causas externas ou de pacientes, em locais de difícil acesso, deve haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da área de saúde, como bombeiros, policiais militares e rodoviários, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho de ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais

* Dados colhidos no Jornal da manhã, Marília, SP, pág. 3, 19/09/2002.

energizados e produtos perigosos), obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida (Brasil, 2001a).

Além de pessoas qualificadas para atender o público, para uma assistência de qualidade, a CA necessitaria de uma reformulação de sua frota de veículos que se encontram em condições precárias de conservação, conforme declarado pelos motoristas socorristas. Segundo a Portaria 814 do Ministério da Saúde (Brasil, 2001a), os carros que devem fazer parte do APH devem ser um veículo (terrestre, aéreo ou hidroviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos, com as classificações já explicitadas anteriormente neste texto.

A CA de Marília não possui nenhum tipo de veículo e tripulação padronizado pela portaria mencionada, necessitando assim reorganizar todo o seu serviço a fim de atender às exigências da mesma, adequando-o, para oferecer à população uma boa assistência com profissionais qualificados para esse tipo de atendimento.

Segundo informações colhidas no Corpo de Bombeiros de Marília no mês de Maio de 2002, o serviço de resgate atendeu a um total de 2.843 ocorrências, classificadas por eles como urgências/emergências médicas, no ano de 2001.

A título de comparação, a CA atendeu, em dois meses, a um total de 2.885 ocorrências classificadas por eles como urgência/emergência.

No ano de 2001, a CA atendeu a um total de 16.150 ocorrências, excluindo-se os atendimentos que realiza, enquadrados no transporte social. No primeiro semestre deste mesmo ano, a CA atendeu a 8.364 ocorrências e, no segundo semestre, a 7.786. Nos meses de novembro e dezembro, porém, os carros ficaram parados na oficina os dois meses quase inteiros e, devido a isso, o número de atendimentos ficou reduzido.

No primeiro semestre do ano de 2000, a CA atendeu a 7.447 ocorrências classificadas por eles como urgência/emergência; no segundo semestre, a 7.944 e, somando-se os dois semestres, obteve-se então, um total de 15.391 ocorrências. De acordo com o relatório da CA, o atendimento diurno variou de 46,5% a 61,1 % em relação a 37,1% a 38,2% no período noturno, isto é,, a maioria das ocorrências aconteceu durante o dia.

Somando-se os atendimentos classificados pelo Corpo de Bombeiros e pela CA como urgências/emergências, no ano de 2001, houve um total de 18.993 ocorrências atendidas na cidade de Marília, apesar das condições precárias para a realização deste atendimento relatadas anteriormente.

A título de ilustração e comparação, a cidade de Ribeirão Preto, SP*, possui 13 viaturas de transporte, sendo oito ambulâncias de suporte básico de vida (SBV) e cinco reservadas para o transporte social. Nestes dois veículos trabalham dois funcionários, um motorista e um auxiliar de enfermagem. Possui também duas peruas tipo “Kombi”, contando apenas com um motorista para aqueles atendimentos que não exigem cuidados de enfermagem, ou seja, retornos e que funcionam sob agendamento prévio. Possui apenas uma UTI móvel, ou seja, uma USA (Unidade de Suporte Avançado), que no caso é insuficiente para o número de habitantes da cidade, pois se recomenda que deve existir uma USA para cada 200 mil habitantes e uma ambulância de suporte básico de vida para cada 70 mil habitantes.

O SAMU da cidade de Ribeirão Preto possui nove enfermeiras e 24 médicos (tanto para a regulação médica como para o atendimento em ambulâncias que se

* Segundo informações colhidas com o Diretor do SAMU de Ribeirão Preto, no mês de Maio de 2001.

alternam entre a regulação e o atendimento nas ambulâncias, sendo que todos fazem plantões de oito e doze horas por dia; possui 30 auxiliares de enfermagem que realizam plantões de seis horas por dia; possui um total de 25 motoristas que fazem plantões de 12/36 horas, sendo que seis deles circulam com as UTIs móveis e o restante permanece escalado para as ambulâncias de suporte básico de vida.

O SAMU de Ribeirão Preto conseguiu atender, até o momento, 2/3 da Portaria 814 (Brasil, 2001a), que normatiza o APH no Brasil. Percebe-se então, com o exemplo anteriormente descrito, que urge o estabelecimento, na cidade de Marília-SP, de um serviço melhor organizado, mais efetivo e que proporcione menos lesões aos que nele trabalhem.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu que se chegasse às seguintes conclusões:

A faixa etária dos motoristas socorristas da CA, encontra-se entre 36 e 45 anos de idade (40,90%) e todos são do sexo masculino.

A maior parte dos entrevistados declarou: ser casada (81,82%); não ter concluído o primeiro grau (40,90%); receber como renda individual, entre dois e quatro salários mínimos mensais (9,09%) e, ter renda familiar entre dois e quatro salários mínimos (54,54%);

Dez (45,45%) não possuem outra ocupação remunerada; doze (54,55%) deles realizam outro serviço a fim de complementar a renda mensal; em sua maioria, as pessoas realizam serviços simples e braçais, como encanador, pedreiro, pintor e eletricista;

Dos 22 entrevistados, quinze (68,18%) fumam e sete (31,82%) não fumam;

Quanto à ingestão de bebidas alcoólicas, dezoito deles (81,82%) relatam possuírem tal hábito e quatro (18,18%) informaram não consumir bebida alcoólica, nem socialmente;

Quanto às atividades que realizam para descansar, 36,36%, de vinte e dois motoristas socorristas, costumam pescar como atividade de lazer, seis pessoas (27,27%) realizam atividades relacionadas a assistir televisão e ouvir música e 13,64% executam atividades relativas a família, vizinhos e demais parentes.

Dos 22 motoristas, 40,90% referem dormir oito horas por noite; 27,27% relatam dormir 10 horas e 18,18% dormem seis horas.

Dos vinte e dois motoristas socorristas entrevistados 45,46% trabalham de seis a dez anos nessa função, seguidos de 18,18% que trabalham há menos de um ano e igual quantidade que trabalha de 11 a 15 anos.

A maior parte dos entrevistados ocupa a função de motorista socorrista entre seis a dez anos (59,09%), seguida de 13,64% que possuem tal função há menos de um ano, 13,64% entre um e cinco anos e entre onze e quinze anos.

Com relação à categoria Riscos Ergonômicos encontraram-se as seguintes sub-categorias: Fisiológicas, Psicológicas e Organizacionais; na subcategorias Fisiológicas, encontraram-se atividades relacionadas a carregamento de peso e inadequação de postura; quanto às subcategorias Psicológicas, a aglutinação das falas dos motoristas entrevistados permitiu apreender evidências de vários tipos de medo, insatisfação em relação à questão salarial, aos adicionais de insalubridade e periculosidade; atribuição de valor; desgaste mental e atenção/alerta; nas subcategorias Organizacionais relataram-se os seguintes: ausências de treinamento, de conhecimento, de informação e de recursos humanos e inadequações quanto à função de motorista socorrista e quanto a organização do trabalho;

Nas categorias relativas aos Riscos de Acidentes, foram selecionados os seguintes tópicos: transporte; inadequação em relação ao veículo; inadequação em relação à manutenção/revisão e ausência de equipamentos nos veículos e equipamentos de proteção individual, de local apropriado para as necessidades fisiológicas e pavimentação das ruas;

No que se refere às categorias referentes aos Riscos Biológicos, apreendeu-se, com a aglutinação das falas dos motoristas entrevistados, a existência de contato com fluidos e secreções corpóreas; com gotículas e aerossóis e mordedura de animais;

Em relação às categorias referentes aos Riscos Físicos, encontraram-se apenas as relacionadas à ventilação inadequada, pois o motorista respira o mesmo ar que o paciente.

Não se encontraram depoimentos referentes aos Riscos Químicos.

Dos 22 motoristas socorristas da CA, no que se refere aos tipos e características dos AT, constatou-se que 13 (59,09 %) relataram ter sofrido 19 AT; cinco (38,46%) relataram ter sofrido mais que um AT e oito (61,54%) tiveram, cada um, um AT.

Oito (42,11%) informaram que os AT ocorreram em decorrência de excesso de exercícios e movimentos vigorosos e repetitivos, 26,33% devido à agressão; 10,52% referente a quedas, 10,52% relacionadas a inimpacto e 5,26% a mordedura ou golpe provocado por animais.

As que se referem às quedas de mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falso [traspés] (W01) (5,26%) e sem especificação (W19) (5,26%);

Dos 19 AT, 15 (78,95%) referem-se aos diversos tipos de traumatismos, dois (10,53%) a dorsalgias inespecíficas, um (5,26%) à fratura de ossos do metatarso e um (5,26%) à presença de corpo estranho no olho;

Grande parte das lesões ocorreram no tronco (47,37%), nos membros, superiores (26,32%), nos inferiores (15,79%) e na cabeça (10,52%).

Em relação às medidas tomadas pelos trabalhadores, nos casos de AT, alguns passaram pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho; outro não procurou atendimento médico; outro dirigiu-se a um serviço de medicina privada e ainda outro comunicou o fato ao médico plantonista.

Quanto às medidas tomadas pela Instituição, observa-se que alguns foram afastados do trabalho; outro foi encaminhado a um especialista e necessitou de afastamento do trabalho por um dia; um sentiu-se maltratado; dois fizeram e continuam necessitando de seguimento de rotina.

Observou-se que apenas quatro (18,18%) dos 22 motoristas socorristas relataram apresentar alguma doença relacionada ao trabalho; destes, dois (9,09%) apresentaram traumatismo não especificado do abdome, do dorso e da pelve; um deles, correspondendo a 4,55%, relatou ter apresentado, respectivamente, o diagnóstico transtorno não especificado de disco intervertebral e afecções oculares devidas ao vírus do herpes.

As doenças mais comuns relatadas pelos motoristas socorristas foram S 39.9 Traumatismo não especificado do abdome, do dorso e da pelve; M 51.9 Transtorno não especificado de disco intervertebral e B00.5 Afecções oculares devidas ao vírus do herpes.

Em relação às medidas tomadas pelo trabalhador quanto às doenças mais comuns relatadas pelos motoristas socorristas, observou-se que um auto-medica-se; um não fez nada em relação à sua doença, o outro fez o trâmite normal, ou seja, passou pelo SEESMT quando se acidentou, realizou exames e constatou que estava com uma hérnia de disco intervertebral e o outro também se submeteu ao mesmo

processo do anterior, em que se diagnosticou a afecção devida ao vírus do herpes em seu olho.

Quanto às medidas tomadas pela Instituição, observou-se que, em relação a um dos motoristas, o médico lhe deu um atestado, declarando-o como proibido de carregar peso; o outro ficou afastado por 15 dias do trabalho; quanto aos outros dois, Instituição desconhece os seus problemas.

Em relação às falas dos motoristas sobre as sugestões, encontrou-se a Proteção de si mesmo; Mais Recursos Humanos; Recursos Materiais em quantidade e qualidade; Treinamento/Educação em serviço; Triagem; Organização do serviço; Intervalo para descanso; Limpeza e desinfecção dos carros; Separação do atendimento de urgência do social; Mais compreensão da chefia e Conscientização dos responsáveis.

Sendo assim, cabe-nos sugerir uma proposta de regulamentação do sistema de APH do município de Marília a fim de se oferecer uma assistência de qualidade à população, bem como atender às exigências da Portaria n. 814 (Brasil, 2001a) de 01/06/2001, para melhorar a organização do serviço, tornando-o mais efetivo e proporcionar menos lesões aos motoristas socorristas, pois assim estarão somente expostos aos riscos de sua própria categoria profissional.

A situação de motoristas de ambulância necessitarem prestar os primeiros cuidados aos pacientes acidentados, sejam eles, clínicos, cirúrgicos ou gestantes, é uma realidade da maioria das cidades brasileiras, ou seja, não ocorre somente em Marília-SP e, possivelmente, se estende por todo o país. Somente em grandes centros urbanos, rodovias de grande circulação de veículos e algumas capitais do país, os

serviços especializados como o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) estão disponíveis, possuindo profissionais, treinados e capacitados para o serviço de atendimento médico de urgência.

No presente estudo, a população não está recebendo a assistência adequada, pois apesar de contar com o altruísmo dos motoristas para seu atendimento, continua submetido à possíveis situações iatrogênicas, por falta de assistência especializada e também pela deficiência de recursos dos veículos e de equipamentos.

Estes trabalhadores, por sua vez, estão expostos a outros riscos, que não apenas os específicos de sua categoria, situação que acontece devido à realização indevida de suas atividades profissionais, ou seja, estão sendo solicitados a realizar funções que não são de sua competência, por falta de pessoas outras que deveriam constituir-se na equipe de APH. Estão dessa forma, expostos aos vários riscos, acidentes de trabalho e doenças.

Torna-se até difícil seu enquadramento administrativo, pois o seu ganho salarial é o de motoristas comuns, já que não lhes cabe a outra função de socorrista, havendo, portanto, impedimentos para adequar-lhes o salário. Outra questão é a aposentadoria, pois também se encontram enquadrados como motoristas comuns, já que não existe a função de motorista socorrista na Classificação Brasileira de Ocupações.

Tanto a população quanto os motoristas de ambulância, portanto, estão correndo riscos, sendo necessário sistematizar o serviço de atendimento médico de urgência em todo o país e especificamente em Marília, a fim de minimizar tais acontecimentos que provavelmente são comuns em várias outras cidades brasileiras.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUSTO, L. G. S.; ROCHA, L. E.; FREITAS, C. V.; LACAZ, F.A. C.; BICHIR, A. Vigilância epidemiológica de doenças ocupacionais. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n. 54, p.32-64, 1986.

BAUK, D. A Stress. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.13, n.50, p. 28-36, abr./jun. 1985.

BOLETIM epidemiológico. Recomendações e condutas após exposição ocupacional de profissionais de saúde, v. 17, n. 1, julho 1999.

BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. de. **Saúde e Previdência**: Estudos de Política Social. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981, 22 p.

BRANDÃO, E. O.; OLIVEIRA, N.M.; PEREIRA, M.V.C.; MAIA, N.C.F.; PEREIRA, G. C. Acuidade visual de motoristas de veículos pesados numa rodovia de grande circulação: problemática e sugestões. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 121-126, 1995.

BRASIL. Classificação Brasileira de Ocupações. Outros condutores de automóveis, ônibus, caminhões e veículos similares, 2001c. Disponível em:<
<http://www.trabalho.gov.br/sppe/cbo/procuracbo/descricao>>. Acesso em: 10 maio 2001d.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. **Cad. Etica Pesquisa**, Brasília, v. 1, n. 1, p.34-42, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737 de 16 de maio de 2001. **Diário Oficial da União República Federativa do Brasil**, Brasília, Ano 100308, n.96, Seção 1e, 18 de Maio de 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 814 de 01 de Junho de 2001. **Diário Oficial da União República Federativa do Brasil**, Brasília, Ano100308, n.107, Seção 1, 2001a.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Tecnologia em Saúde**: coletânea de textos, s/d, 96p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 6229, de 17 de Julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 18 de Julho de 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis//6229.htm acesso em: 27 de Dezembro de 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3214 de 08 de Junho de 1978: Normas Regulamentadoras. Segurança e Medicina do Trabalho. São Paulo: Atlas, 1997. 489 p.

BRASIL. Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. Decreto 611.21/07/1992. Capítulo III do Acidente do Trabalho. Seção 2, Art. 139, 140, 141.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1994. 278p. 1994.

BURGUESS, W. A. **Identificação de possíveis riscos à saúde do trabalhador nos diversos processos industriais**. Belo Horizonte: Ergo Editora, 1997.

BUSCHINELLI, J. T. P.; MORO, G. Avaliação Epidemiológica de Sintomatologia gástrica e lombalgias em expostos a vibrações de baixa frequência (corpo inteiro). **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.13, n.51, p.37-9, 1985.

CÂMARA, P. O risco de acidentes entre motoristas profissionais em função de estresse e fadiga. **Rev. ABRAMET**, São Paulo, v. 30, p. 31-5, 1999.

CAMPANA, C. L. Morbidade Hospitalar em Motoristas Profissionais. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v 32, n. 8, p. 12-14, 1980.

CARMO, J. C. Acidentes do trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 431-55.

CAZARIM, J.L.B.; RIBEIRO, L.F.G.; FARIA, C.N. **Trauma**: pré-hospitalar adulto e criança Rio de Janeiro: Medsi, 1997.

CHAVES, A.G.; PEREIRA, E.A.; ANICETE, G.C.; RITT, A.G.; MELLO, A. L.; NUNES, C.A.; SOUZA, D. B.; SPELLMEIER, I.; MOESCH, J. M.; TARTA, L.; PESSINI, R.; LANNER, S.D. Alcoolémia em acidentados de trânsito. **Rev. HPS**, Porto Alegre, v. 35, n.1, p.27-30, 1989.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: Políticas e Organização de serviços, São Paulo: Cortez, 1996, 117 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA Atendimento pré-hospitalar Resolução (CFM) nº 1.529/98 Disponível em:<
<http://www.cfm.org.br/Resol/Normat/Alfabetica/AtendimentopreHospitalar.htm> >. Acesso em 25 abril 2001.

CONSEIL DE L' EUROPE. Programme de Recherches Médicales coordonné/ 1986. **Etude comparative sur l'organisation et le fonctionnement des services d'aide médicale urgente**. Strasbourg, França,1990, 109 p.

CORDEIRO, R.; FISCHER, F. M.; LIMA FILHO, E. C.; MOREIRA FILHO, D. C. Ocupação e hipertensão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n. 5, p. 380-387, 1993a.

CORDEIRO, R.; LIMA FILHO, E. C.; FISCHER, F. M.; MOREIRA FILHO, D. C. Associação da pressão arterial diastólica com o tempo acumulado de trabalho entre motoristas e cobradores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n. 5, p. 363-372, 1993b.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. **Infecção hospitalar**: epidemiologia, controle, gestão para a qualidade. 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

DEJOURS, C. **A loucura do Trabalho**: estudo da psicologia do trabalho. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

DELA COLETA, J. A. **Acidentes de trabalho**: fator humano, contribuições da psicologia do trabalho, atividades de prevenção. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1991.

DELLATORRE, M.C. C. Ambulância: Táxi? *Out door*? Caça votos? (Digitado), Marília, s/d.

DELLATORRE, M.C C.; ONIMARU, A.I.; GOMES, C.P.M.L.; OTOBONI, J.R.; BAGGIO, M.C.R.; CORRÊA, M.E.S.H.; PASTORI, M. **Atendimento pré-hospitalar às urgências de Marília**. Marília: FAMEMA, junho 1996. (Projeto apresentado à Dir para a Sistematização das Urgências/Emergências de Marília).

DIAS, E. C. O manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995, p.59-85.

DODSON, D. E. Vehicle life and performance. You're in the driver's seat. **J. Emerg. Med. Serv. JEMS**, Carlsbad, v.34, n.5, p. 37-41, 1989.

DUFFY, C. A; MCGOLDRICK, S. Stress and the bus driver in the UK "Transport Industry". **Work and Stress**, Londres, n. 1, v.4, p.7-16, 1990.

EMERGÊNCIA médica: bombeiros. Disponível em:<
<http://www.abramet.org/revista/22/bombeiros.htm>>. Acesso em: 22 maio 2001.

FARIA, G. F.; LOPES, F. J.; GOMES, C. P. M. L.; PAVELQUEIRES, S.; MARÇAL, A.A. Anti-hipertensivos e anfetamina: Alto risco de acidente de trânsito. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53, 2001. **Anais**. Curitiba, 9 a 14 de Outubro de 2001.

FIGUEIREDO, J.R.M.; MANNARINO, L.; CANETTI, M.D.; PRATES, M.R.; SOUZA, P.C.P. **Emergência**: Condutas médicas e transporte Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

FOLKARD, S. Effects on performance efficiency. In: COLQUHOUN, P.; COSTA, G.; FOLKARD, S. (Eds) **Shiftwork: problems and solutions**. Frankfurt: Lang, 1996.

HIJAR-MEDINA, M. C.; CARRILLO-ORDAZ, C. E.; FLORES-ALDANA, M. E.; ANAYA, R.; LÓPEZ-LÓPES, M. V. Factores de riesgo de lesión por accidentes de tráfico y el impacto de una intervención sobre la carretera. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 505-512, 1999.

HOEFEL, H. H. K.; SCHENEIDER, L. O. O profissional da Saúde na Cadeia Epidemiológica In: RODRIGUES, E. A. C.; MENDONÇA, J. S.; AMARANTE, J. M. B.; ALVES FILHO, M. B.; GRINBAUM, R. S.; RICHTMANN, R. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. 669 p.

JACQUEMOT, A.C. **A percepção cultural da urgência e da emergência em saúde**. 2001. 248 p. Tese (Pós doutorado) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Campus de Marília, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Marília.

KELSEY, J. L.; HARDY, R. J. Driving of motor vehicles as a risk factor for acute herniated lumbar intervertebral disc. **Am. J. Epidemiol.**, Washington, v.1, n.102, p. 63, 1975.

KINDER, H.; HILGEMANN, W, **Atlas Histórico Mundial II de la Revolución francesa a nuestros días**, Madrid: Ediciones Istmo, 1990, 399 p.

KNOPLICH, J. As dores na coluna na Medicina do trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.32, n. 8, p. 50-52, 1980.

KWITKO, A. Motoristas de transporte coletivo urbano estão sujeitos a diversas doenças ocupacionais. **Rev.CIPA**, São Paulo, v. 22, n. 260, p.62-65, 2001.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. **O alcoolismo**. 6 ed. São Paulo: Contexto, 2000. 61p.

LEGER, D. the cost of sleep-related accidents: a report for National Commission on Sleep Disorders Research. **Sleep**, Rochester, v.17, p. 84-93, 1994.

LIMA, A.D. de; CAVALCANTE, R.F.; COSTA, H.J. De O.; HOLLANDA, A.G.S. de; TITO, I.R.P. Perfil das doenças oculares em motoristas de transportes coletivos e sua relação com acidentes de trânsito na cidade de Recife-Pernambuco. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v.63, n.1, p. 30-5, 2000.

LIMA, C. R.; PACHECO, E A.; OLIVEIRA, M. C. Saúde e Segurança geram melhorias na qualidade do Serviço Público de Transporte, **CNT Transportes- CUT**. São Paulo, CUT, s/d. 6p.

LO BELLO, F. Trabalho Multiprofissional melhora a qualidade de Atendimento Médico de Urgências. **Prática Hospitalar**, São Paulo, v.3, n.13, p. 38-40, 2001.

LOPES, G. T.; SPÍNDOLA, T.; MARTINS, E. R. I. O adoecer em enfermagem segundo seus profissionais. **Rev. Enf. UERJ.**, Rio de Janeiro, v.4, n. 1, p.9-18, 1996.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MANUAL de condutas em exposição ocupacional a material biológico Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/manual_exposicao_ocupa.htm>. Acesso em: 25 abril 2001.

MARZIALE, M. H. P. **Estudo da fadiga mental em enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes**. 1990. 132p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.

MARZIALE, M. L. P. **Condições da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem em uma Unidade de Internação Hospitalar**. 1995. 154p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.

MESGRAVIS, L. **A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?- 1844):**

Contribuição ao estudo da assistência social no Brasil, São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1976, 253 p.

MORENO, R. C.; PASQUA, I.; CRISTOFOLETTI, F. Turnos Irregulares e sua influência nos hábitos alimentares e de sono: O caso dos motoristas de caminhão. **Rev. ABRAMET**, São Paulo, v.36, p. 17-24, 2001.

NASCIMENTO, M. L.; SHIMATAI, Y. Transporte e remoção de pacientes. In: RODRIGUES, E. A.C., MENDONÇA, J. J.; AMARANTE, J. M. B.; ALVES FILHO, M. B.; GRINBAUM, R. S.; RICHTMANN, R. **Infecção Hospitalar: Prevenção e Controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p.477-480.

NETTERSTROM, B.; JUEL, K. Low back trouble among urban bus drivers in Denmark. **Scand. J. Soc. Med.**, Stockholm, n.17, p. 203-206, 1989.

O ATO de dirigir com sonolência e os acidentes automobilísticos. **Rev. ABRAMET**, São Paulo, v.30, p. 6-24, 1999.

O DRAMA dos motoristas. **Jornal da Manhã**, Marília, São Paulo, 26 de Julho de 2001. p.2.

ODDONE, I.; MARRI, G.; GLORIA, S.; BRIANTE, G.; CHIATTELLA, M.; RE, A. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. Trad. de Salvador Obiol de Freitas. São Paulo: Hucitec, 1986. 133 p.

ONIMARU, A. T. Fisiopatologia do transporte terrestre. Sessão Café da Manhã, SBAIT, 22 a 24 de Junho de 2000. (Apresentado no Congresso da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado, São Paulo).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde CID-10**. Trad. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (USP). 2 ed. São Paulo: Edusp, 1993. v.1.

PASSANEZI, A.C. **Manual provisório em português do pré-hospital trauma life support**. 4 ed., 2000. v.1.

PINHO, C.; FIGUEIREDO, M. J. O.; EBERT, M.F.; BITTENCOURT, L.A.K. Alterações cardiovasculares em motoristas de ônibus. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 19, n. 73, p. 53-58, 1991.

PINSKY, I.; LARANJEIRA, R. O fenômeno do dirigir alcoolizado no Brasil e no mundo: revisão da literatura. **Rev. ABP-APAL**, São Paulo, v.20, n.4, p.160-65, 1998.

PIRITO, M. A. Considerações sobre o motorista idoso. **Rev. ABRAMET**, São Paulo, v. 30, p. 25-30, 1999.

PORTO, C. A. Atendimento Pré-Hospitalar: Agora está regulamentada para a enfermagem e para todos. **Revista do COREN-SP**, São Paulo, n. 34, Maio/Junho 2001.

PRECAUÇÕES e isolamento. São Paulo:APECIH, 1999.

REIMÃO, R. Apnéia do sono e acidentes de tráfego. Documento colhido na Internet: <http://www.abramet.org/revista/21/apneia.htm> em 22 de Maio de 2001/

RESGATE Médico: A tecnologia a serviço da vida. Disponível em :<
<http://www.abramet.org/revista/22/resgate.htm> . Acesso em: 22 maio.

ROBAZZI, M. L. C. C. **Contribuições ao Estudo sobre Coletores de Lixo**: acidentes de trabalho ocorridos em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, no período de 1986 a 1988. 1991. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SAITO, M.; FURTADO, D.; FINHOLDT JÚNIOR, C.; CABRAL, R.; PINHEIRO, S. A. Aspectos epidemiológicos das condições de segurança e acuidade visual em condutores de veículo de Uberaba, 1996. **Rev. Méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 9, n. 3, p. 50-53, 1999.

SANTOS JÚNIOR, E. A.; MENDES, R. Estudo das condições de trabalho e Saúde de Motoristas de Ônibus de Belo Horizonte-MG. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 95/96, n. 25, p. 131-142, 1999.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Decisão COREN-SP DIR/01/2001. Dispõe sobre a Regulamentação da Assistência de Enfermagem em Atendimento Pré-Hospitalar e demais situações relacionadas com o Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida. **Revista COREN-SP**, São Paulo, n. 34, Maio/Junho, 2001.

SCHUBERT, B. SAT e sua contribuição para o setor de saúde e segurança do trabalho. **Rev. CIPA**, São Paulo, v. 21, n. 241, p. 62-67, 1999.

SCIVOLETTO, S.; MALBERGIER, A.. Etanol. In: Oga, S. **Fundamentos de Toxicologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.283-296.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1995.

SERVIÇO 192 de APH: a enfermagem conquistando novos rumos. **Rev. Nursing**, Barueri, v. 4, n.35, 2001.

SILVA, A.; BIANCHI, E. R. F. Estresse ocupacional da enfermeira de centro de material. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 65-74, 1992.

SILVA, I. F.; OLIVEIRA, L. C.; SILVA, A. C.; ROCHA, A. MINEO, J. R.; MORAES, A. B. A doença de chagas em motoristas de táxi na cidade de Uberlândia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 42, n.6, p. 403-406, 1984.

SOARES, O.; PEIXOTO, J. C. Graus de riscos a que estão expostos os trabalhadores em instituições hospitalares- modelo de intervenção de enfermagem centrado nos riscos dominantes, **Rev. Bras. Enfermagem**, São Paulo, v. 40, n. 2/3, p. 150-156, 1987.

SUMMALA, H.; HÄKKÄNEM, H.; MIKKOLA, T.; SINKKONEN, J. Task effects on fatigue symptoms in overnight driving. **Ergonomics**, London, v.42, n. 6, p. 798-806, 1999.

TAHA, I. Medicamentos e acidentes de trânsito. **Rev. ABRAMET**, São Paulo, v.30, p. 52-53, 1999.

TAKEDA, E. **Tuberculose**: um estudo de sua situação entre pacientes internados e equipe de enfermagem de um hospital escola de Ribeirão Preto, São Paulo. 1996. 157 p.
Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TAN, C. C. Occupational health problems among nurses. **Scand. J. Work Environ. Health**, Helsinki, v. 17, n. 4, p. 221-230, 1991.

TEIXEIRA, J. W. Acidentes do trabalho com óbitos. Estudo da mortalidade ocorrida em Santa Catarina no ano de 1981. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 10, n. 40, p. 31- 35, 1982.

TRÂNSITO: O *stress* que nos segue. **Rev. ABRAMET**, São Paulo, v.21, p.14-17, 1997.

Trabalho normatizado de acordo com:*

* UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas/Centro de Computação de São Carlos. Diretrizes para apresentação de teses e dissertações Universidade de São Paulo: documento eletrônico ou impresso (versão preliminar). São Paulo: [SIBI/USP] 2001. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br>> . Acesso em: 8 Julho 2002

8. APÊNDICES

Apêndice

**AUTORIZAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PESQUISA EM
SERES HUMANOS**

Solicito sua colaboração no sentido de participar da presente investigação, a qual constitui a minha tese de doutorado em enfermagem.

Os objetivos gerais desta investigação são estudar os agravos de saúde, riscos ocupacionais e acidentes de trabalho entre os motoristas. Os específicos são identificar os riscos ocupacionais aos quais se submetem os motoristas socorristas; verificar os tipos de acidentes de trabalho sofridos pelos motoristas socorristas; verificar as medidas tomadas pelos motoristas e pela instituição em caso de acidente de trabalho; identificar as doenças mais comuns entre os motoristas socorristas relacionado ao trabalho; verificar as medidas tomadas pelos motoristas e pela instituição em caso de adoecimento dos motoristas e propor estratégias para minimizar os riscos de acidentes de trabalho e os agravos de saúde entre os motoristas socorristas.

Será proposto a você, participante, que responda um Roteiro de entrevista com questões abertas.

O resultado final desta pesquisa será assegurado o anonimato dos participantes do estudo; serão estritamente confidenciais e nenhum caso acessível à outra pessoa. Os resultados finais serão publicados em revista científica.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado de forma clara e detalhada dos objetivos, dos procedimentos a que serei submetido e dos benefícios da pesquisa.

Fui igualmente informado:

- da garantia de esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à investigação;
- da liberdade de recusar ou retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim;
- da garantia do sigilo que assegure o caráter privativo das informações envolvidas na pesquisa.

A pesquisadora responsável por esse projeto de pesquisa é Elisabete Takeda, enfermeira e docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

Nome e assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Rua Laurindo Fontana, n. 175, Apto 21, Jardim Portal do Sol, CEP 17.519-390, Marília- SP

Fone: (14) 427- 2798

Marília, ____/____/____.

Apêndice

FORMULÁRIO**A- DADOS BIOGRÁFICOS**

Idade: _____ anos

Estado Civil: Solteiro () Casado ()

Outro:

Grau de Instrução:

() 1º Grau incompleto () 2º Grau completo

() 1º Grau completo () 3º Grau incompleto

() 2º Grau incompleto () 3º Grau completo Qual? _____

() Curso Técnico Qual? _____

Qual é a sua renda líquida mensal em salários mínimos?

Qual é a renda líquida mensal da família em salários mínimos?

Qual o número de pessoas que vivem dessa renda?

Tem outra ocupação remunerada?

Se sim, descrever o tipo, local e horário de trabalho.

B- HÁBITOS DE VIDA:

Você fuma?

Se sim, relate tipo, há quanto tempo fuma e quanto fuma por dia.

O que você fuma?

Há quanto tempo você fuma?

Ingere bebida alcoólica?

Se sim, relate tipo, quantas doses ou copos ingere por dia e com que frequência bebe.

Qual o horário mais comum em que ingere bebida alcoólica?

Tem outros hábitos/vícios?

Se sim, citar qual, quanto e frequência.

O que faz na folga para descansar?

Quantas horas dorme por noite/dia fora do plantão noturno?

Na folga ou fora do plantão toma medicamento para dormir?

Se sim, qual, quantos e dosagem.

Tem facilidade ou dificuldade para dormir?

Quando trabalha à noite faz uso de algum medicamento estimulante para não dormir?

Se sim, qual, quantos e dosagem.

C- DADOS PROFISSIONAIS:

Há quanto tempo é motorista de ambulância? (Anos)

Há quanto tempo trabalha como motorista socorrista? (Anos)

D- RISCOS E ACIDENTES DE TRABALHO

1. Relate suas experiências, no que se refere aos riscos ocupacionais que enfrenta no dia a dia de seu trabalho, durante todo o tempo de trabalho como motorista socorrista.

2. Você já sofreu algum tipo de acidente de trabalho como motorista socorrista no dia a dia de seu trabalho?

Se sim, relate suas experiências, no que se refere aos acidentes de trabalho, a que esteve exposto trabalhando como motorista socorrista.

Explique o tipo de acidente, onde ocorreu, como ocorreu, por quê ocorreu, o que você fez (providência tomada), qual a providência tomada pela instituição empregadora.

3. Você já adoeceu por causa do trabalho? Quais doenças, Por quê e qual foi a providência tomada pela instituição empregadora.

4. Na sua opinião o que pode ser feito para diminuir os riscos de acidentes ocupacionais e as doenças enfrentadas pelos motoristas socorristas?

5. Gostaria de falar mais alguma coisa?

9. ANEXOS

Anexo A

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

Marília, 30 de janeiro de 2001.

Ilma Sr.^a
Prof^{ra}. Elisabete Takeda
Marília/SP.

Tendo em vista a análise de seu Projeto de Pesquisa intitulado: "Condições Inseguras de Trabalho entre Motoristas da Central de Ambulância", o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, tem a informar que foi aprovado sem ressalvas, com as seguintes observações:

1. Trabalho com tema pertinente e relevante. Seria interessante que o termo de consentimento utilizasse uma linguagem mais simples. Há um descompasso entre o objetivo e a metodologia, está ~~é~~ extensa e aprofundada a isto não consta dos objetivos.
2. No termo de consentimento pode ser acrescentado a possibilidade de retirar o consentimento a qualquer tempo e a garantia de obter os resultados da pesquisa se quiser.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente.

Prof. Dr. Rubens Augusto Brazil Silvado
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

Anexo B

Marília, 15 de Janeiro de 2002.

Ao: Profº Drº Rubens Augusto Brazil Silvado
Ilustríssimo Diretor de Pós graduação, Pesquisa e Extensão e Presidente do
Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da FAMEMA

De: Profª Elisabete Takeda
Docente do Curso de Enfermagem da FAMEMA/ Enfermagem Clínica

Prezado senhor:

Vimos por meio deste comunicar a vossa senhoria que nosso Projeto de Pesquisa intitulado: "Condições inseguras de trabalho entre motoristas da Central de ambulância" - após avaliação de especialistas no assunto foi modificado o título, melhorado os objetivos, a metodologia e o instrumento de coleta de dados, conforme segue em anexo. O referido trabalho já foi aprovado por este Comitê em 30 de Janeiro de 2001 sob o número de protocolo nº 0296/00.

O trabalho agora intitulado "Riscos ocupacionais, Acidentes de Trabalho e Morbidade entre motoristas-socorristas de uma Central de Ambulância do Estado de São Paulo" transformou-se em minha tese de doutorado e já foi encaminhado e também aprovado pela comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, devido ao novo vínculo daquela Central de Ambulâncias.

Contando com a atenção dispensada por vossa senhoria, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos no Curso de Enfermagem, Ramal 1818 ou fone 423-2994.

Elisabete Takeda
Profª Elisabete Takeda

Ciente
De acordo
A mudança é permitida
Autorizado:
22/01/02
Prof. Dr. Rubens Augusto Brazil Silvado
Diretor de Pós Graduação, Pesquisa e Extensão
Empossado em 15/01/2002

Anexo C**PREFEITURA DE MARÍLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE HIGIENE E SAÚDE**

REF: SOLICITA AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA CENTRAL DE AMBULÂNCIAS

PARECER:

Analisada a solicitação apresentada a esta Secretaria pela profissional Enfermeira Elisabete Takeda, passamos a exarar nosso parecer.

A requerente solicita autorização para realização de pesquisa junto aos motoristas da Central de Ambulâncias como parte de seu Programa de Pós-graduação da USP de Ribeirão Preto. Propõe a utilização de instrumento de coleta de dados a ser aplicado a todos os motoristas da Central de Ambulâncias que derem seu consentimento formal através de impresso próprio.

Não identificamos nenhum inconveniente no atendimento a presente solicitação desde que:

- Haja entendimento prévio da pesquisadora com a Chefia da Central para estabelecimento de comum acordo do esquema de coleta dos dados;
- O contato para entrega e recolhimento do material seja feito diretamente pela pesquisadora;
- O compromisso assumido pelo profissional motorista em participar da pesquisa não implique em redução de sua carga de trabalho normal desenvolvida na Central de Ambulância.

Dr. Antonio Carlos Ribeiro

ANEXO D**PREFEITURA DE MARÍLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE HIGIENE E SAÚDE**

REF: SOLICITA RATIFICAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA CENTRAL DE AMBULÂNCIAS

PARECER:

Analisada as modificações introduzidas no Projeto anteriormente aprovado em novembro/2001 por esta Secretaria encaminhadas pela profissional Enfermeira Elisabete Takeda, passamos a exarar nosso parecer.

Não identificamos nenhum inconveniente na ratificação da autorização anteriormente concedida respeitados os termos constantes do parecer anterior, ou seja:

- Haja entendimento prévio da pesquisadora com a Chefia da Central para estabelecimento de comum acordo do esquema de coleta dos dados;
- O contato para entrega e recolhimento do material seja feito diretamente pela pesquisadora;
- O compromisso assumido pelo profissional motorista em participar da pesquisa não implique em redução de sua carga de trabalho normal desenvolvida na Central de Ambulância.

Marília, 14 de maio de 2002

Dr. Antonio Carlos Ribeiro