

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO EM UMA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

Kely César Martins de Paiva*
Vanessa Luciana Lima Melo de Avelar**

Resumo

Este artigo descreve e analisa os profissionais de uma central de regulação médica de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) quanto a variáveis de qualidade de vida no trabalho. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter quantitativo e qualitativo, baseada nos referenciais teóricos de Walton (1973) e Hackman e Oldham (1975). De um modo geral, os resultados apontam para um nível satisfatório de qualidade de vida no trabalho, com maior destaque aos aspectos “possibilidade de crescimento”, “potencial motivacional da tarefa” e “relevância social” em poder ajudar, tanto na forma direta quanto indireta, às pessoas que demandam atendimento. Apesar dos resultados favoráveis, a fala dos sujeitos sinaliza para a necessidade de melhorias quanto aos aspectos de infra-estrutura, adequação de escalas e jornadas de trabalho com a realidade do município e volume de atendimentos, bem como a interlocução do SAMU com os serviços hospitalares e pré-hospitalares fixos, além da conscientização da população. Percebeu-se que a retaguarda da supervisão na resolução desses problemas e uma busca constante pela melhoria da qualidade de vida no trabalho podem contribuir para a manutenção dos profissionais em seus postos de trabalho.

Palavras-chave: Qualidade de vida no trabalho. Central de regulação médica. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Quality of Life at Work in a Medical Regulation Centre in a Mobile Emergency Care Service (SAMU)

Abstract

This article describes and analyzes the quality of work life of professionals at a medical regulation centre of a Mobile Emergency Care Service (SAMU). This is descriptive, quantitative and qualitative research, based on the theoretical references of Walton (1973) and Hackman and Oldham (1975). Overall, the results confirm a satisfactory level of quality of working life, with an emphasis on aspects of “growth opportunity”, “motivational potential of the task” and “social relevance” to help, either directly or indirectly people who require care. Despite the favorable results, the subject’s discourse indicates the need for improvements in the aspects of infrastructure, adequacy of timetables and workdays with the reality of the city, number of visits, dialogue between the SAMU and hospital and pre-hospital fixed services, as well as public awareness. It was noticed that there was managerial support to address these problems and a constant search for improved quality of work life can contribute to the maintenance of professionals in their jobs.

Keywords: Quality of work life. Central medical regulation. Mobile Emergency Care Service (SAMU).

* Doutora em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Professora Titular do Programa de Mestrado Acadêmico da Faculdade Novos Horizontes - Unihorizontes - Belo Horizonte/MG/Brasil. Endereço: Rua Alvarenga Peixoto, 1270, Santo Agostinho. Belo Horizonte/MG. Cep: 30180-121. E-mail: kely.paiva@unihorizontes.br

** Mestre em Administração pela Unihorizontes. Professora do Curso de Enfermagem da Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá (FESBH) - Rio de Janeiro/RJ/Brasil. E-mail: vanelucmelo@yahoo.com.br

Introdução

A área da saúde que abrange os serviços de urgência tem sido considerada uma prioridade na esfera governamental brasileira. O cenário atual revela uma mudança no perfil da morbimortalidade da população em função das crescentes taxas de acidentes e violências que é acometida. A ocorrência de mortes prematuras e o número de sobreviventes com seqüelas permanentes preocupam e impactam nossa sociedade tanto do ponto de vista econômico como social. Um exemplo disso é a proporção de óbitos por causas externas em adolescentes e adultos jovens que, em 2004, contribuiu com 70,0% dos óbitos de pessoas do sexo masculino, na faixa etária de 15 a 29 anos (BRASIL, 2006).

Em resposta ao aumento da demanda por serviços na área de Urgência e Emergência e da insuficiente estruturação e padronização da rede assistencial já existente no país, o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Atenção às Urgências, pela Portaria 2.048 de 05 de novembro de 2002 (BRASIL, 2004, p. 49), e instituiu como componentes do serviço pré-hospitalar móvel a implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro (BRASIL, 2006, p. 34). Esta portaria estabelece as principais diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência e define normas e critérios para seu funcionamento.

Atualmente, no Brasil, o SAMU responde pela maior parte dos encaminhamentos aos serviços de saúde e seu acesso é assegurado à população durante as 24 horas do dia, pelo número gratuito 192, via Central de Regulação Médica. Além do cidadão comum, a solicitação de atendimento também pode partir de um profissional da saúde que necessite transferir um paciente para serviços de maior complexidade. Em face deste contexto, o SAMU pode ser considerado uma modalidade estratégica de atendimento e destina-se, além das vítimas de agravos de natureza traumática, às vítimas de agravos clínicos, obstétricos e psiquiátricos, que possam evoluir para “sofrimento, seqüelas e até mesmo à morte” (BRASIL, 2004, p.83).

Nesse sistema de atendimento, a Central de Regulação exerce papel fundamental: seus agentes têm subsídios que permitem organizar e qualificar a relação entre os vários serviços de saúde e direcionar o fluxo de pacientes no sistema, considerando-se as especificidades e capacidade de atendimento das unidades de pronto atendimento e hospitais do Município. Em contrapartida, independentemente da categoria profissional, os servidores lidam diariamente com situações imprevisíveis, sobrecarga de trabalho traduzida no número de ligações, situações de sofrimento e morte. Eles sofrem pressão do tempo e da tecnologia e encontram-se submersos em um processo que envolve a vida de terceiros, fato que, por sua vez, acarreta diversas repercussões na sua qualidade de vida no trabalho (QVT), podendo vir a interferir inclusive no serviço prestado.

Diante da importância do serviço prestado à população, da forma como o processo produtivo está organizado, acrescido das diferenças individuais e subjetivas em termos de percepção e reação ao ambiente, dentre outros fatores, o objetivo deste estudo é descrever e analisar como se encontram configuradas as variáveis de qualidade de vida no trabalho na central de regulação médica de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Justifica-se a pesquisa em função da escassez de estudos dessa natureza no SAMU, da importância do tema diante das constantes mudanças que as organizações vêm passando – e o SAMU não foge à regra – e em virtude da importância social do serviço realizado nessa organização. Percebe-se, ainda, que os resultados obtidos nesta pesquisa podem subsidiar ações preventivas e corretivas a serem adotadas pela organização no sentido de contribuir para a melhoria das condições de trabalho, motivação e manutenção dos profissionais em seus postos, dentre outros.

Aspectos Peculiares do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e de suas Centrais de Regulação

O atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, preconizado pelo Ministério da Saúde Brasileiro, é baseado no modelo francês e tem a Central de Regulação

Médica (CR) como seu ponto estratégico. Os profissionais que trabalham no SAMU, mais especificamente dessa central, não encontram formação específica nos cursos técnicos, de graduação ou especialização que são exigidos quando de sua contratação. As determinações legais para o funcionamento de uma Central de Regulação, atribuições dos profissionais e estruturação, encontram-se especificadas na Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Essa portaria, também, prescreve que o quantitativo de profissionais envolvidos, o sistema de telefonia e a frota de veículos do sistema devem ser compatíveis com as necessidades demográficas e indicadores de saúde da população alvo (BRASIL, 2004).

Outra recomendação formal é que cada posto de trabalho utilize 2m² de área e que o acesso aos profissionais que nela trabalham seja restrito (BRASIL, 2006). O isolamento acústico, iluminação e temperatura adequadas, também, estão previstos. Além disso, seu ambiente deve propiciar

a integridade da conduta profissional, a imparcialidade no manejo dos casos e sigilo ético-profissional das informações, número de aparelhos telefônicos e equipamentos de fax adequados aos postos de trabalho de médicos e auxiliares de regulação (BRASIL, 2006, p. 57) .

Uma das características específicas da central de regulação abordada neste estudo é que ela se encontra dividida em dois níveis organizacionais: o primeiro destina-se ao atendimento de ligações originadas por pessoas da comunidade via telefone 192; e o outro circunscreve-se a um ramal telefônico relacionado às solicitações de atendimento originadas de profissionais de saúde que trabalham no Município. Portanto, todas as solicitações, com exceção dos trotes identificados e requisição de orientações quanto ao serviço, são repassadas e avaliadas por um médico regulador.

Diante da complexidade do processo de trabalho, convém esclarecer as principais atribuições dos profissionais da central de regulação. Nesta, operam basicamente quatro cargos, a saber: Técnico Auxiliar de Regulação Médica, conhecido como teledigfonista, Médico Regulador, Rádio-operador e Supervisor. Inicialmente, uma escuta qualificada com acolhimento de todos os chamados é realizada pelo Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM). Este tem como atribuições atender as ligações, identificar o solicitante e o local do evento, o motivo do chamado e repassar tais informações ao médico regulador. A partir de então, este último julga a gravidade da solicitação e define a conduta que pode ser traduzida em três modalidades de atendimento: aconselhamento sobre sua doença, orientações de encaminhamento à unidade hospitalar mais próxima por recursos próprios ou liberação de uma unidade móvel para prestar seu atendimento. Visando a garantir acesso e recurso mais adequado a cada necessidade, o Médico Regulador exerce atividades “técnicas, administrativas, e de gerenciamento de conflitos e poderes” (BRASIL, 2006, p.50).

Quando a solicitação de atendimento gera o deslocamento de uma equipe, os dados referentes à avaliação do paciente e identificação da necessidade de realização de procedimentos técnicos são monitorados pelo médico regulador. Sua conduta pode ser transmitida aos profissionais de saúde pelo rádio, tanto na forma direta quanto indireta por meio do Rádio-Operador. Este opera tanto sistemas de rádio-comunicação como de telefonia, e controla, operacionalmente, a frota de ambulâncias. Para o bom exercício de suas funções, deve ter conhecimento das principais vias de acesso da área de abrangência do serviço e a situação de cada veículo da frota (BRASIL, 2006, p.55).

Por fim, o supervisor é responsável por elaborar escalas dos TARM e despachantes, controlar a frequência dos mesmos, divulgar as estatísticas dos atendimentos, resolver problemas com equipamentos da central, dentre outros. Assim, dentre as atribuições básicas da central de regulação de um SAMU, destaca-se a regulação médica de todos os fluxos de pacientes vítimas de agravos urgentes à saúde, do local onde ocorrem até os diferentes serviços da rede e a cobertura de catástrofes e acidentes com múltiplas vítimas. Torna-se mandatário que os profissionais desta unidade tenham conhecimento da situação real de todos os serviços de urgência do município (BRASIL, 2006). Suas atividades envolvem informações em tempo real, cujas respostas exigem decisões rápidas e gravação contínua de todas as solicitações e condutas, dependendo, então, do exercício da telemedicina (BRASIL, 2004, p.64). Seus traba-

lhadores operam, simultaneamente, terminais de computadores e/ou equipamentos de rádio comunicação e utilizam, além da tecnologia, o saber e a experiência como instrumentos de trabalho. O Conselho Federal de Medicina regulamenta o exercício da telemedicina a partir da Lei de nº.1.643/2002, cujo Art. 1º reconhece “a utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em saúde” (CFM, 2002, p.1).

Vale ressaltar que, além das atividades de regulação, o médico participa de rodízios de plantão, exercendo também a função de médico-intervencionista. Nesta atribuição, ele tripula as Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA) juntamente com um enfermeiro e um motorista-socorrista, “sendo o responsável pelos procedimentos de reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte” (BRASIL, 2004, p. 86).

Quanto à natureza do processo de trabalho, os aspectos desta modalidade impõem certa pressão e estresse para as categorias profissionais envolvidas, até mesmo quando atendem casos de menor complexidade. Observe-se que, muitas vezes, a condição social no local do atendimento pode dificultar a prestação de socorro (BRASIL, 2006, p. 49). Quanto menor o tempo exigido para o atendimento à solicitação, maior o grau de urgência. Outro ponto que merece destaque é que estes profissionais se deparam com situações em que o número de ambulâncias disponíveis nem sempre é suficiente para atender a população. Frequentemente, a inconsistência entre a demanda de pacientes e as portas de entrada para os hospitais faz parte de suas rotinas.

Quanto à jornada de trabalho dos profissionais, note-se que, para assegurar atendimento nas 24 horas do dia, faz-se necessário um revezamento em turnos de plantão. A elaboração das escalas de trabalho considera uma carga horária semanal diferenciada por categoria profissional, funções e respectivos vínculos institucionais. As escalas dos médicos obedecem aos seguintes horários de trabalho: 07:00 às 19:00 h, 19:00 às 07:00 h, 07:00 às 15:00 h, 15:00 às 23:00 h e 23:00 às 07:00 h. Quanto às escalas dos TARM e rádio-operadores, seguem a seguinte distribuição: 06:00 às 12:00 h, 12:00 às 18:00 h, 18:00 às 24:00 h e 00:00 às 06:00 h.

Considerando-se a importância do serviço prestado à população, da expansão e ampliação dessas unidades em nível nacional, aliada aos papéis desempenhados pelos profissionais no exercício das funções, torna-se instigante investigar como os envolvidos percebem sua Qualidade de Vida no Trabalho.

Qualidade de Vida no Trabalho: quadro teórico de referência

A valorização do trabalho envolve uma mudança de paradigma quanto aos seus sentidos. No decorrer dos tempos, a atividade laboral passou a ser vista não apenas sob o aspecto econômico - satisfação da necessidade de subsistência -, mas também sob os aspectos sociais e psicológicos - possibilidade de se alcançar reconhecimento e prestígio social. Como observa Limongi-França (2004), ao realizar um trabalho, o indivíduo está inserido em um contexto social mais amplo e a representação social dessa atividade causa impacto tanto na sua vida quanto no seu bem-estar, podendo levá-lo a situações de maior ou menor desgaste (LIMONGI-FRANÇA, 2004, p.35). Sobre tal aspecto, Morgan (1996) acrescenta que os empregados são pessoas com necessidades complexas que devem ser satisfeitas para assegurar que desempenhem suas atividades de maneira eficaz e levem a vida de forma saudável.

Para Berndt e Coimbra (1995), a raiz da qualidade de vida envolve a concepção pluralista do trabalho. Entretanto, muitas vezes, devido à forma como o trabalho se encontra organizado, acaba-se privilegiando razões de ordem técnica que prevalecem sobre os aspectos subjetivos de bem-estar do empregado.

Baseado nessas premissas, a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) tem sido utilizada como uma técnica de abordagem para investigação da forma como o trabalho está caracterizado nas organizações e suas possibilidades de reformulação. Vários autores, como é o caso de Walton (1973), Hackman e Oldham (1975), Lippitt (1978),

Westley (1979), Thériault (1980), Nadler e Lawler (1983), Werther e Davis (1983) e Huse e Cummings (1985), que abordam este construto e suas respectivas perspectivas teóricas, são amplamente citados na literatura. Considerando-se as categorias profissionais e as particularidades das atividades desenvolvidas na organização estudada, optou-se por utilizar as abordagens de QVT de Hackman e Oldham (1975) e Walton (1973), detalhadas a seguir.

Walton (1973, p.11) definiu qualidade de vida no trabalho como “uma expressão para caracterizar determinados valores ambientais e humanos que foram suprimidos em função do avanço tecnológico da produção industrial e do crescimento econômico”. Diante dessas percepções, o autor propôs um modelo de QVT combinando oito categorias que abrangem desde as necessidades básicas do trabalhador até as condições da organização (Quadro 1).

Quadro 1- Modelo de QVT de Walton (1973)

CATEGORIAS	DIMENSÕES de QVT
1. Compensação justa e adequada	1.1. Remuneração adequada ao trabalho 1.2. Equidade interna e externa 1.3. Proporcionalidade entre salários
2. Condições de trabalho seguras e saudáveis	2.1 Jornada de trabalho 2.2 Ambiente físico seguro e saudável 2.3 Ausência de insalubridade
3. Oportunidade imediata para utilizar e desenvolver as capacidades humanas	3.1 Autonomia 3.2 Significado da tarefa 3.3 Identidade da tarefa 3.4 Variedade de habilidades 3.5 <i>Feedback</i>
4. Oportunidade futura para crescimento contínuo e segurança	4.1 Perspectiva de carreira e aumento salarial 4.2 Treinamento e desenvolvimento profissional 4.3 Segurança no emprego
5. Integração social na organização do trabalho	5.1 Igualdade de oportunidades e ausência de preconceitos 5.2 Oportunidade de convívio com diversas pessoas 5.3 Senso comunitário
6. Constitucionalismo	6.1 Respeito às leis e direitos trabalhistas 6.2 Privacidade social 6.3 Liberdade de expressão 6.4 Normas e rotinas 6.5 Direitos de proteção do trabalhador
7. O trabalho e sua relevância na vida do empregado	7.1 Papel balanceado do trabalho 7.2 Interface família, lazer e trabalho 7.3 Estabilidade de horários
8. Relevância social do trabalho	8.1 Imagem da instituição 8.2 Responsabilidade social pelos serviços 8.3 Responsabilidade social pelos empregados

Fonte: adaptado de Walton (1973).

Dando ênfase à percepção do sujeito com relação ao seu trabalho, na abordagem de Hackman e Oldham (1975), a qualidade de vida no trabalho está relacionada às atividades exercidas por seus agentes e envolvem tanto características objetivas das tarefas como a avaliação que o indivíduo faz das múltiplas determinações de seu contexto de trabalho. Assim, consideram que a dimensão da tarefa influencia psicologicamente o indivíduo e impacta nos seus resultados pessoais e de trabalho.

Neste arcabouço, as “dimensões básicas das tarefas” enfocam a variabilidade de habilidades (VH) requeridas para o exercício da atividade, o grau de exigência

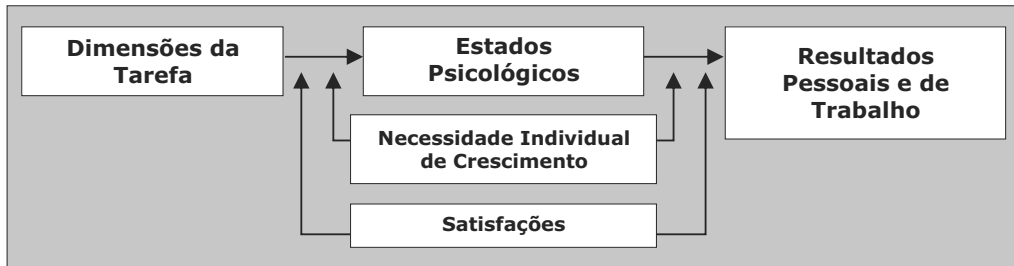
para a execução de um trabalho do início ao fim, ou seja, a identidade da tarefa (ID), significado da tarefa quanto ao grau em que afeta as outras pessoas (ST), inter-relacionamento (IR) com pessoas ligadas internamente e externamente à instituição, autonomia e interdependência para sua realização (AU) e *feedback* intrínseco (FI) e extrínseco (FE). O “Potencial Motivacional da Tarefa” (PMT) analisa o trabalho considerando-se as dimensões da tarefa citadas anteriormente. Já os “estados psicológicos críticos” compreendem a significância percebida pelo trabalho (SPT), a percepção da responsabilidade pelos resultados (PRR) e o conhecimento dos resultados do trabalho (CRT). Paiva e Couto (2008) sinalizam a importância do conhecimento de tais variáveis, justificando a possibilidade de se fazer inferências de até que ponto o trabalhador tem conhecimento crítico da importância do seu trabalho. Ainda sobre este aspecto acrescentam: “Trabalhar com tarefas importantes torna o próprio executor importante, o que também aumenta sua responsabilidade na execução da própria tarefa (...)” (PAIVA; COUTO, 2008, p. 1204)

Quanto aos “resultados pessoais e de trabalho”, Hackman e Oldham (1975) acreditam que envolvem um diálogo com a satisfação quanto ao salário, apoio dos superiores, possibilidade de crescimento e segurança na organização, a realização de um trabalho de qualidade, assim como os relacionamentos interpessoais.

Em face de tais considerações, Hackman e Oldham (1975) elaboraram um instrumento que possibilita analisar essas variáveis, o *Job Diagnostic Survey (JDS)*. Moraes e Kilimnik (1994) sugeriram uma adaptação deste modelo, considerando-se a realidade brasileira em termos de diferenças individuais e da possibilidade do não atendimento das necessidades básicas a partir do trabalho, da busca constante por melhores salários e segurança, dentre outros fatores.

Partindo do princípio de que a dimensão “necessidade individual de crescimento” interfere em todas as variáveis determinantes da qualidade de vida no trabalho, Moraes e Kilimnik (1994) deslocaram as “satisfações específicas” do grupo “resultados pessoais e de trabalho” para junto da “necessidade individual de crescimento”. Este modelo adaptado encontra-se descrito na Figura 1.

Figura 1 - Modelo das Dimensões Básicas da Tarefa de Hackman e Oldham (1975) Adaptado por Moraes e Kilimnik (1994)



Fonte: Moraes e Kilimnik (1994).

Segundo Walton (1973), o nível de satisfação do trabalhador é diretamente proporcional à QVT e têm uma inter-relação com a sua produtividade. Percebe-se que as “satisfações específicas” do modelo de Hackman e Oldham (1975) têm pontos em comum com as categorias compensação justa e adequada, condições de trabalho seguras e saudáveis e oportunidade futura para crescimento contínuo e segurança do modelo de Walton (1973). De forma semelhante, as “dimensões da tarefa” têm inter-relações com oportunidade imediata para utilizar e desenvolver as capacidades humanas e com a integração social na organização do trabalho. Por último, os “estados psicológicos críticos” têm denominadores comuns com as categorias de Walton (1973), as quais destacam a relevância do trabalho tanto de forma individual como social.

Em linhas gerais, ambos os modelos contemplam aspectos objetivos e subjetivos do trabalho, sob a perspectiva de interpretação do próprio indivíduo. Em contrapartida, os aspectos do constitucionalismo abordados no modelo de Walton (1973) não

são contemplados por Hackman e Oldham (1975). Daí, a opção metodológica deste estudo pela proposição conjunta dos dois modelos.

Convém, por fim, ressaltar que autores, como Dourado e Carvalho (2006, 2007), percebem, nas implementações de planos de ação voltados para melhorias e manutenção de qualidade de vida no trabalho, a perpetuação de esquemas e estruturas organizacionais que não contribuem de fato para a QVT de seus empregados e, em decorrência de demandas de mercado, parece não ir além de mecanismos de controle e de discursos ideológicos já identificados em outras pesquisas, os quais visam mediar conflitos internos e, assim, perpetuar seu modo de operar (DOURADO; CARVALHO, 2006; 2007). Optando pela conjugação dos modelos teóricos, conforme explicitado no parágrafo anterior, e pela triangulação metodológica descrita a seguir na metodologia, abre-se espaço para se aprofundar no sentido discutido pelas autoras e avançar nesse campo de estudo.

Metodologia

Para atender o objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa de campo do tipo estudo de caso (YIN, 2001), descritiva e analítica, com a articulação de métodos quantitativos e qualitativos, configurando-se uma triangulação entre-métodos (JICK, 1979) ou metodológica (COLLIS; HUSSEY, 2005). As unidades de observação e análise da pesquisa coincidem e foram constituídas pelos profissionais que atuam na central de regulação investigada, ou seja, médicos reguladores, técnicos auxiliares de regulação médica (TARM), rádio-operadores e supervisores.

A coleta de dados dividiu-se em duas fases. Na primeira, aplicou-se um questionário composto de duas partes: a primeira de dados sócio-demográficos e funcionais (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, ocorrência de tabagismo e uso de bebidas alcoólicas, experiência profissional, nível hierárquico, formação acadêmica e tempo de experiência); e a segunda, baseado na versão adaptada de Moraes e Kiliminik (1994), do *Job Diagnostic Survey* (HACKMAN; OLDHAM, 1975). Este, como já explicitado no referencial teórico, engloba as variáveis das dimensões básicas das tarefas realizadas no ambiente organizacional, bem como os estados psicológicos críticos e resultados pessoais e de trabalho. Essas dimensões foram avaliadas a partir de questões fechadas sobre as variáveis que as compõem, e as respostas indicadas consideraram uma escala do tipo Likert de 1 a 6 que variaram de bastante inapropriada (1) a bastante apropriada (6), de discordo plenamente (1) a concordo plenamente (6) e de fortemente insatisfeito (1) a fortemente satisfeito (6). Tendo em vista a composição dos questionários e o tratamento estatístico (estatística descritiva univariada; médias simples), as médias situadas entre 1 até 2,9 representavam níveis pouco satisfatórios, de 3,0 a 3,9, níveis medianos e 4,0 a 6,0, níveis elevados de satisfação a bastante favoráveis. A amostragem foi definida com o intuito de incluir o máximo de funcionários possível de modo a ter-se 95% de confiança (5% de margem de erro). Para tanto, o esforço de coleta considerou os horários dos profissionais envolvidos. Dos 103 profissionais lotados na central abordada, 97 devolveram o questionário preenchido. Todos os dados obtidos por meio do questionários foram digitados e tabulados com auxílio de planilhas eletrônicas (*Excel e Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS, versão 13.0, 2004).

Na segunda fase de coleta de dados, referente à parte qualitativa do estudo, foram realizadas entrevistas com roteiro estruturado, cujas questões formuladas basearam-se no desdobramento das categorias indicadas por Walton (1973). Foram realizadas 11 entrevistas, sendo que todas foram gravadas e transcritas na íntegra e os relatos foram analisados pela técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2004; FRANCO, 2008). Privilegiaram-se os aspectos de relevância e repetição explicitados pelos entrevistados (BARDIN, 2004), conforme unidades de registro por tema abordado (FRANCO, 2008).

Sublinha-se que todos os profissionais pesquisados, em ambas as fases de coleta, foram selecionados pelo critério acessibilidade, conforme proposto por Vergara (2003), e formalizaram a concordância em participar da pesquisa assinando um termo de consentimento, livre e esclarecido (TCLE). Nos momentos de aplicação do questionário,

nário e de concessão de entrevistas, esclareceu-se que se tratava de um instrumento para a realização de um trabalho estritamente acadêmico e que todas as respostas seriam mantidas em sigilo e anonimato. Os aspectos contidos na resolução 196/96 (BRASIL, 1996), sobre pesquisas envolvendo seres humanos, foram respeitados, tendo sido esta pesquisa previamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (Protocolo nº 053.2008) ao qual a instituição pesquisada se vincula.

Apresentação e Análise dos Dados

Os dados coletados em ambas as fases da pesquisa realizada estão apresentados a seguir. Ressalte-se que eles estão mesclados, respeitando-se os pontos de tangência e aspectos complementares das abordagens analíticas adotadas, ou seja, as de Walton (1973) e Hackman e Oldham (1975), com o objetivo de ilustrar e possibilitar uma análise mais assertiva dos mesmos.

Dados sócio-demográficos e funcionais, por fase de coleta de dados

Na primeira fase de coleta de dados, quanto à categoria profissional dos respondentes do questionário aplicado nesta primeira fase, note-se que 48,5% deles são médicos, 39,2% são técnicos auxiliares de regulação médica (TARM, teledigifonistas), 7,2% rádio-operadores e 5,2% supervisores destas duas últimas categorias. Quanto ao nível hierárquico, 96% dos sujeitos pesquisados são do nível operacional. Predominam, na amostra, profissionais do sexo masculino (66%). Em relação ao estado civil, 44,3% são solteiros, 38,1% casados, 9,3% possuem união estável e 6,2% são divorciados. No que diz respeito à faixa etária, 52% das pessoas encontram-se na faixa entre 26 a 35 anos. Em termos de escolaridade, 34% dos respondentes têm pós-graduação do tipo especialização, 24%, ensino médio completo, 18%, curso superior completo e 13% possuem superior incompleto. Atenta-se para o fato de que entre o grupo de profissionais não médicos (total de 50 profissionais), 26% têm curso superior incompleto e 16%, curso superior completo.

Os traços funcionais apresentados apontam que 66% dos respondentes trabalham nessa instituição num período compreendido entre 1 a 5 anos, 8%, de 11 a 15 anos e 6%, entre 6 a 10 anos. Dentre os profissionais que têm menos de um ano de serviço, a categoria dos TARM é a que mais se destaca.

No que tange à forma de inserção na instituição, 65% dos entrevistados têm vínculo de trabalho do tipo contrato administrativo e 45% são servidores públicos (vinculados por meio de concurso público). Ressalte-se que no contexto da Central de Regulação da instituição pesquisada, apenas a categoria médica tem a possibilidade de egresso via concurso público. A respeito do pensamento em se desligar da instituição, 49% afirmam que nunca pensaram neste assunto, 34% pensam raramente, 10% pensam freqüentemente e 6%, muito freqüentemente.

Na segunda fase de coleta de dados, foram entrevistados sete médicos reguladores, dois TARM e dois rádio-operadores. Destes, sete entrevistados eram do sexo masculino. Quanto ao vínculo empregatício, sete dos entrevistados referem dedicar seu tempo a mais de uma atividade (E01, E03, E05, E06, E07, E09 e E10) e outros dois fazem esse revezamento com os estudos (E02, E08). Apenas dois dos entrevistados dedicam suas atividades laborais exclusivamente ao SAMU (E04, E11). Quando perguntados acerca da sua jornada semanal de trabalho dentro e fora do SAMU, quatro dos entrevistados relatam 36 horas semanais trabalhadas, sendo seis horas por dia e uma folga por semana (E02, E04, E08, E11). Os demais registram mais de 44 horas semanais trabalhadas.

Indicadores de qualidade de vida no trabalho, segundo os pesquisados

Esta parte da apresentação dos dados segue a seguinte ordem: dimensões da tarefa, satisfações específicas, estados psicológicos críticos e resultados pessoais e

de trabalho, os quais possuem pontos de tangência entre as duas abordagens adotadas, seguidas do contitucionalismo, integração social e relevância social do trabalho, abordadas apenas por Walton (1973).

Utilizando-se como referência a categoria *Dimensões da Tarefa* do modelo de Hackman e Oldham (1975), adaptado por Moraes e Kilimnik (1994), as seguintes variáveis foram avaliadas: variedade de habilidades (VH), identidade da tarefa (IT), significado da tarefa (ST), inter-relacionamentos (IR), autonomia (AU), *feedback* intrínseco (FI) e *feedback* extrínseco (FE). Conforme Tabela 1, percebe-se que, para a maioria das categorias profissionais, os níveis de QVT são elevados, percebidos como satisfatório, com médias que variam entre 4,0 e 6,0.

Tabela 1- Médias das Dimensões da Tarefa, por Categorias Profissionais

Categorias Profissionais	VH	IT	ST	IR	AU	FI	FE	PMT
Rádio-operadores	4,3	4,4	3,4	5,1	3,1	3,4	3,4	3,9
Médicos reguladores	5,5	4,0	3,5	5,7	4,3	3,8	3,7	4,4
Supervisores	4,3	3,8	3,4	5,6	3,8	4,6	3,6	4,2
Técnicos auxiliares	3,7	4,7	3,7	5,4	3,7	4,4	4,5	4,3
Total	4,7	4,3	3,6	5,5	4,0	4,0	4,0	4,3

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto à *variedade de habilidades (VH)*, os resultados do questionário mostram que para o exercício das atividades na Central de Regulação, os indivíduos utilizam muitas habilidades e talentos, principalmente na categoria dos médicos (média 5,5). No que tange à percepção quanto à utilização e ao desenvolvimento de suas capacidades, os entrevistados referem que o profissional do SAMU deve ser dinâmico (E02, E06, E09, E11), ter controle emocional (E02, E07, E08, E10), perceber o que está acontecendo sem estar vendo, sem estar sentindo o paciente (E05, E10), e ainda conseguir lidar e contornar as condições inadequadas de trabalho (barulho, telefone ruim, retirar informações corretas de pessoas leigas e o estresse do ambiente) (E06).

[...] a gente desenvolve um *feeling*, uma percepção, um entendimento, a gente consegue perceber como que se a gente estivesse bem mais próximo do paciente, do solicitante, então é uma coisa assim mais de Deus. Ele vai aproximando a gente lá, a gente consegue perceber a mentira, eu não sei se isso aí é achar que é supra sumo, mas às vezes a gente consegue colocar o paciente, você aprende a colocar a pergunta chave numa Regulação, para você conseguir perceber a veracidade da informação ou a mentira na informação, porque a gente trabalha num sistema muito apertado de poucas ambulâncias [...]. (E05)

[...] a pessoa não precisa ser técnica, mas se uma pessoa te liga falando a... está babando, está tremendo você já tem que ter uma noção que pode ser uma crise convulsiva, pelo menos na maioria das vezes, você pode pelo menos orientar para virar ele de lado, que é uma coisa que vai ajudar. (E02)

Apesar de desempenharem funções aparentemente repetitivas e rotineiras, os depoimentos dos TARM evidenciam a variedade de habilidades que também envolvem suas atividades:

[...] o meu cargo aqui é teledigifonista. A gente faz o atendimento às pessoas externas, regulação, atendimento interno, transporte sanitário, fazemos o acolhimento, das solicitações dos centros de saúde para transferência dos pacientes para unidades mais avançadas dependendo da necessidade desse paciente. (E11)

Você tem que ter jogo de cintura com o paciente, é... acalmar, conseguir acalmar o paciente, é... conseguir caracterizar se o que você esta pegando se é trote ou se não é trote, se é uma urgência onde você tem que dar, pedir mais prioridade pros outros atendentes também, para você passar o caso... (E02)

Atenta-se para os resultados obtidos por meio dos questionários quanto ao *significado da tarefa (ST)*, os quais apresentam níveis medianos (entre 3,0 a 3,9) para 75% da amostra. Considerando-se a relação que essa variável tem com o grau em que a tarefa afeta as outras, acrescido das características intrínsecas das atividades desenvolvidas pela CR, o resultado apresenta-se, inicialmente, de modo um tanto quanto curioso. Entretanto, tal resultado pode aliar-se ao fato de que, para o desempenho de tais atividades, há necessidade de alta interação entre pessoas - indicando-se, aqui, o *inter-relacionamento (IR)* -, tanto dentro quanto fora da organização, como de outros fatores que independem desses profissionais. Quanto a isso, os relatos das entrevistas transcritos abaixo são ilustrativos:

[...] a maior resposta que a pessoa quer quando ela liga para o SAMU é uma ambulância. Nem sempre existe uma ambulância e nem sempre a tempo e na hora como deseja a pessoa. (E06)

[...] o serviço não é autônomo, a gente é dependente, dependente muito dos colegas do corpo de bombeiros, dos colegas da polícia militar, dos colegas policiais rodoviários, das pessoas, assim às vezes você está numa ocorrência e vê uma pessoa humildemente com um dado que ele na ignorância dele acha que é importante para ajudar e você vê que não é valorizado aquele transeunte que passou, que correu, que foi até você para poder passar um dado, ele não sabe se tem valor ou não. Por que você não pára trinta segundos para ouvir esta pessoa? Eu não gosto de falar que eu até choro [...]. (E05)

Assim, depende da situação, o SAMU [...] é confiável sim, na maneira de agir e tudo, mas assim vai muito da situação, né? Porque às vezes a pessoa pede o SAMU, mas não sabe a gama de acontecimentos que envolvem só aquela ligação que ela pediu, um monte de coisa que está envolvendo, o monte de gente que está sendo envolvida e tudo [...]. Não depende só do sistema SAMU, porque o sistema SAMU é bom, é confiável, e tudo, mas assim depende de pessoa que está lá dentro, da ética de cada um, se ele está fazendo seu serviço com amor, com ética, com seriedade mesmo. Para estar fazendo o serviço certo, né? (E08)

Paralelamente, nas respostas dos questionários, a variável *autonomia (AU)* apresenta níveis medianos (entre 3,0 a 3,9) para as categorias TARM, rádio-operadores e supervisores, sendo tais resultados compreensíveis face às características das atividades desses profissionais, as quais não permitem liberdade nos procedimentos realizados, dependendo das determinações do médico regulador e dos próprios conteúdos técnicos envolvidos, conforme verbalizado na parte da entrevista transcrita abaixo:

Então assim, às vezes, 192 [TARM] você não precisa ficar ali ouvindo a pessoa, mesmo se ela tiver nervosa. Você pergunta o endereço rapidinho e manda para o médico e o médico vai resolver o caso e tudo. Então, você não tem tanto vínculo, não tem tanta coisa assim. (E08)

O depoimento que se segue revela que o despachante esporadicamente pode revezar suas funções como TARM e vice-versa:

Tem dias que eu estou no 192 que é uma sala onde fica seis pessoas. Aí atendendo as ligações de fora, aí recebe a ligação, avalia se não é trote, se não é caso que você pode atender ali mesmo ou informação. Agora, se for pedido de ambulância, você pega o endereço da pessoa, as referências e encaminha para o médico. Aí o médico libera a ambulância se ele achar necessário ou não. E o outro serviço meu é depois desse período que passa para o médico liberar a ambulância. Aí eu fico no despacho [TARM], que é assim, tem o rádio comunicação, aí você empenha a ambulância para o serviço que foi solicitado para o médico. Aí de acordo com cada ambulância, com cada região que ela está atuando, você seleciona a ambulância que está mais próxima da ocorrência para chegar com mais rapidez no local da ocorrência. (E08)

Apesar dos níveis elevados de autonomia encontrados para a categoria dos médicos (4,3), conforme seus questionários, o depoimento que se segue ilustra o quanto seu trabalho sofre interferência de fatores que não estão ao seu alcance e os possíveis desgastes para o regulador.

Eu já fiquei sabendo de regulações que eu fiz e não mandei ambulância, que um rapaz de 20 anos faleceu, certo? Mas também eu não tinha ambulância! Fiquei triste? Fiquei triste! Consegui dormir a noite? Consegui dormir! Porque naquela regulação eu dei o meu melhor! Eu não tinha ajuda para poder mandar para aquele menino; se eu não tinha ajuda? Eu dei o meu melhor! Implorei, sim, implorei na realidade, 'pelo amor de DEUS pega esse rapaz põe em um carro e leva ele, pois eu não tenho como ajudar, eu não tenho unidade de suporte básica, eu não tenho unidade de suporte avançado, eu não tenho nada', o solicitante não obedeceu [...]. (E05)

Para os TARM, cujas atribuições envolvem o atendimento das ligações e repasse das informações relativas à solicitação para o médico regulador, a média para a variável *identidade da tarefa (IT)*, obtida por meio dos questionários, revela a possibilidade de realização de uma atividade do início ao fim (média 4,7) um pouco diferente da categoria dos médicos (média 4,0), cujo resultado final de sua intervenção nem sempre é conhecido por eles; considerando-se o atendimento integral do paciente, em si, de forma mais ampla que o resgate, estabilização e encaminhamento para o hospital. Observem-se os relatos das entrevistas abaixo:

[...] às vezes acontece algum caso extremo, às vezes, assim, uma criança, aconteceu algum mal com aquela criança [...] e acidentes absurdos, essas coisas assim... Ai você fica meio chocado com o que está acontecendo, né. Você fica imaginando a pessoa na rua, aquela coisa toda [...]. (E08)

Apesar dos níveis medianos apurados nos questionários dos rádio-operadores e médicos reguladores para a variável *feedback intrínseco (FI)* (escores 3,4 e 3,8 respectivamente), o relato de um entrevistado revela um alto nível de cobrança no desempenho de suas atividades:

[...] você não precisa acertar sempre, mas você tem que dar o seu melhor, mesmo que o seu melhor não seja o melhor, mas você tem que fazer o melhor! (E05)

O *feedback extrínseco (FE)* retrata o grau em que o indivíduo recebe informações sobre seu desempenho através de terceiros, internos ou externos à organização. Dentre os questionários analisados, 58,8% apresentam níveis satisfatórios para essa variável, com destaque para a categoria dos técnicos auxiliares de regulação (média 4,5). Entretanto, para as categorias despachantes (média de 3,4), médicos (média de 3,7) e supervisores (média de 3,6), esse quesito apresentou níveis medianos de QVT. Sobre tal aspecto, grande parte dos entrevistados (9 deles, a saber: E01, E03, E04, E05, E06, E08, E09, E10, E11) relata um *feedback* negativo da população em relação à falta de informações adequadas quanto ao funcionamento do serviço, podendo incorrer, inclusive, em ameaças e ofensas. Observe-se:

[...] você trabalhar em um lugar que você é sempre ameaçado, agredido, xingado, isso uma vez ou outra é brincadeira, mas o tempo todo você está sendo xingado [...] essa história é cansativa, a brincadeira passa a ser cansativa. [...] E isso é que toma, desgasta as pessoas por aqui e é onde as pessoas são xingadas, por todos os palavrões que imaginar. Nesta época [de determinado ano] eu contabilizei isso, quantas vezes no mês eu fui xingado, fui ameaçado [...]. (E01)

[...] Mas, ameaçado a população sempre ameaça! Sempre existiu a ameaça verbal! 'Se acontecer alguma coisa com determinada pessoa, você é o culpado!' Isso é o que a gente ouve aí na maior parte das vezes, por conta de quando é negada a ambulância. (E09)

[...] Olha é... o SAMU às vezes não é visto com bons olhos devido à população não conhecer de fato a atuação do sistema. É... e como o atendimento é de urgência, não é caso seletivo, às vezes, a população tem uma visão errada do SAMU, não compreende o grande número de solicitação que a gente tem e devido às vezes, né, a demora no atendimento. (E11)

A análise geral das dimensões da tarefa, considerando-se a média de todas as variáveis pesquisadas, no questionário, nesse quesito, denominada *potencial motivacional para a tarefa (PMT)*, revelou-se satisfatória para 72,2 % da amostra e mediana para 27,8% dos trabalhadores pesquisados. Tal resultado observado na Ta-

bela 1 mostra que a tarefa realizada, na percepção da maioria dos trabalhadores da central de regulação abordada, possui elevado grau de motivação, sendo, portanto, um resultado positivo para a qualidade de vida no trabalho.

Analisando-se a distribuição geral da amostra, por meio do questionário aplicado, pelas *satisfações específicas* no contexto da central de regulação, observa-se que, para 84,5% dos respondentes o *ambiente social (SAS)* é satisfatório. Essa variável engloba questões relativas às pessoas pertencentes ao local de trabalho, à oportunidade de se conhecer pessoas de outros núcleos e à possibilidade de ajudar os outros a partir da atividade realizada. Apesar da “complexidade” citada por quatro dos 11 entrevistados (E02, E03, E06, E11), o caráter positivo dos relacionamentos foi verbalizado por 10 deles (E01, E03, E04, E05, E06, E07, E08, E09, E10, E11), no mesmo sentido do seguinte relato:

[...] quando você consegue fazer amizade nessa agitação contínua que é o nosso serviço, então é amizade mesmo, amizade verdadeira porque você consegue ser amigo, o amigo sabendo que você fica estressado, que você xinga, que você briga, que você grita, e ele consegue ou ela consegue ser sua amiga ou ser seu amigo, então é o amigo de verdade apesar de você ser brigão, apesar de você ser gritador; eu vejo, eu consigo ver as coisas boas que têm, que têm em você, então eu acho que as amizades conseguidas aqui são verdadeiras e são amizades que a gente consegue ver o outro lado da pessoa, porque você vê um colega ajudando o próximo sem conhecer o próximo e você sente um desdobraimento, você sente o importar. Então, você consegue perceber assim um pouco melhor o seu colega do que num serviço comum assim de um escritório [...]. (E05)

Os resultados referentes à variável ambiente social contribuíram para aumentar a satisfação geral quanto ao contexto de trabalho, cujos valores apurados por meio dos questionários foram satisfatórios para 47,4 % dos respondentes, mediano para 40,2% e insatisfatório para 12,4% da amostra (Tabela 2). De modo semelhante, as variáveis *satisfação com possibilidade de crescimento (SPC)*, *satisfação com a supervisão (SSU)* e *com compensação pelo trabalho (SC)* apresentaram níveis satisfatórios para a maioria dos respondentes. Em contrapartida, considerando-se a variável que envolve *segurança (SS)* do trabalhador quanto a seu emprego e futuro na organização, os resultados mostram que 38,1 % dos respondentes encontram-se insatisfeitos, outros 37,1% satisfeitos e os 24,7% restantes apresentam níveis medianos de satisfação. A categoria profissional dos rádio-operadores é a que apresentou os menores escores para as respostas relacionadas à variável segurança (escore médio de 2,7). Esse fato pode ser associado a dois fatores: o processo de escolarização a que tais profissionais vêm se sujeitando, já que possuem curso superior completo ou incompleto, somado à contratação em regime especial de direito administrativo (REDA), que implica contrato de trabalho por prazo determinado.

Tabela 2 - Médias das Satisfações Específicas, por Categorias Profissionais

Categorias Profissionais	SPC	SSU	SS	SC	SAS	MSE
Rádio-operadores	4,1	3,9	2,7	3,8	4,0	3,7
Médicos reguladores	4,1	3,7	3,2	3,4	4,9	3,9
Supervisores	4,5	5,1	3,5	4,4	4,9	4,5
Técnicos auxiliares	4,1	4,0	3,2	4,5	4,3	4,0
Total	4,1	3,9	3,2	3,9	4,6	3,9

Fonte: dados da pesquisa.

O depoimento transcrito a seguir se refere à possibilidade de crescimento e desenvolvimento pessoal (SPC), bem como compensações (SC) de se trabalhar na Central de Regulação:

Eu não acho, eu tenho certeza [...] que aqui é uma escola, que apesar do meu cargo ser de teledigfonista aqui dentro da regulação, sendo mantida entre quatro paredes,

mas mesmo assim o trabalho aqui nos dá a possibilidade de crescimento, não só crescimento em carreira, mas de repente, até mesmo, eu sair do tele, pois eu tenho a atuação, e sou técnico de enfermagem, para sair em uma ambulância, sabe? Algum dia! Mas com relação ao crescimento intelectual, ao crescimento profissional [...] os melhores médicos estão aqui, os melhores enfermeiros estão aqui, são pessoas que têm realmente capacidade, são pessoas que já têm uma bagagem de conhecimento muito grande e a gente se interagindo com essas pessoas a gente acaba aprendendo muita coisa aqui, não é só porque eu sou teledigfonista que eu tenho que só ficar focada em digitar, em falar, digitar não, isso não tem que ser, eu não tenho que me ater somente! (E11)

Ainda em relação à variável *satisfação com a supervisão (SSU)*, na primeira fase da pesquisa, constatou-se que os supervisores apresentam elevado grau de satisfação (5,1), seguidos dos rádio-operadores (3,9), TARM (4,0) e, por último, os médicos-reguladores (3,7).

Analisando-se a distribuição total da amostra que respondeu ao questionário pelas variáveis da dimensão *estados psicológicos críticos (MEPC)*, constata-se um nível elevado de favorabilidade para todos os quesitos avaliados. As variáveis que envolvem a consciência da importância do trabalho, ou seja, *significância percebida pelo trabalho (SPT)* desenvolvido, a *responsabilidade para com os resultados (PRR)*, bem como do *conhecimento destes resultados de trabalho (CRT)* apresentam escores médios de respostas entre 4,0 a 6,0 (TAB.3).

Tabela 3 - Médias dos Estados Psicológicos Críticos, por Categorias Profissionais

Categorias Profissionais	SPT	PRR	CRT	MEPC
Rádio-operadores	4,9	4,6	5,0	4,8
Médicos reguladores	5,0	5,3	4,0	4,7
Supervisores	5,6	4,9	4,1	4,9
Técnicos auxiliares	5,2	5,0	4,8	5,0
Total	5,1	5,1	4,4	4,9

Fonte: dados da pesquisa.

Os trechos das entrevistas selecionados, a seguir, refletem tais resultados quantitativos:

É, a qualidade de saúde, não tem leito para paciente, está precisando dela liberar rápido e não consegue, aí você tem que se desdobrar ali, 21 (vinte e uma) ambulâncias, USB'S para você atender a população que é quase 3 milhões de pessoas, você tem que ter um jogo de cintura. (E04)

Eu sei que no SAMU tem pessoas de primeira qualidade, nós temos condutores exímios, nós temos técnicos de enfermagem com um conhecimento assim grande, nossos enfermeiros, eles são capacitados tecnicamente imbatíveis, nós temos enfermeiros de várias áreas que atendem adultos, crianças [...] CTI, pronto atendimento, tem um conhecimento assim que é difícil encontrar fora daqui. E nós temos médicos, muito, muito bom, bons, os nossos despachantes eles tem um conhecimento grande da cidade, eles sabem os trajetos que as unidades tem que fazer para ter um deslocamento [...] eles ficam estudando os mapas. Então, eu vejo um envolvimento, tanta energia voltada para as coisas darem certo, têm que confiar! [...] As coisas não dão tão certo quanto deveriam dar, mas assim as pessoas, não todos, mas muitos que se propõem a ficar aqui, eles tentam se melhorar, eles tentam se empenhar. (E05)

Quanto aos *resultados pessoais e de trabalho (MRPT)*, de uma forma geral, em 96% dos profissionais questionados, o nível de *motivação interna (MI)* para a realização do trabalho é satisfatório e, assim, apresenta-se de forma homogênea entre as categorias (Tabela 4). Em contrapartida, comparando-se a variável *satisfação geral (SG)*, os índices encontram-se em níveis medianos para a categoria dos médicos (média 3,6).

Tabela 4 - Médias dos Resultados Pessoais e de Trabalho, por Categoria Profissional

Categorias Profissionais	SG	MI	MRPT
Rádio-operadores	4,8	5,3	5,0
Médicos reguladores	3,6	5,2	4,4
Supervisores	4,9	5,3	5,1
Técnicos auxiliares	4,8	5,1	4,9
Total	4,2	5,2	4,7

Fonte: dados da pesquisa.

O aprofundamento dessa questão nas entrevistas possibilitou verificar que a maioria dos sujeitos abordados nessa fase de coleta de dados considera o serviço como uma atividade gratificante, pelo prazer de conseguir mudar o destino das pessoas atendidas (E02, E07, E04, E06, E10, E11). Quando questionados acerca do motivo que os levou a ingressar no SAMU, cinco (E01, E02, E05, E09, E10) dos 11 entrevistados declaram preferência pessoal pelo tipo de serviço ou pela condição de trabalho, assim como experiência prévia relativa à atividade (E02, E04, E06, E10, E11). Note-se que apenas três dos entrevistados (E02, E05) fizeram referência à motivação financeira.

[...] foi fruto aí de um gosto pela atividade desenvolvida com atendimento pré-hospitalar. Desde a época da faculdade eu me interessava muito por esse tipo de serviço e assim que eu concluí a minha graduação, então eu procurei saber quem que era o responsável, vamos dizer assim o chefe do serviço. Fui atrás dele me apresentei e falei que eu gostava, e aí acabou que um belo dia fui convidado a ingressar no sistema e estou até hoje no serviço. (E09)

A motivação interna (MI) para com o trabalho foi relacionada, pelos entrevistados, à possibilidade de ajudar pessoas em situações críticas (E02, E07, E04, E06, E10, E11), à identificação para com os serviços de urgência (E03, E09, E10), à aquisição de experiência e aprendizado profissional (E04, E05, E10) e, por fim, à possibilidade de contato com profissionais diretamente ligados à área da saúde (E01, E08, E09). Observem-se os depoimentos que se seguem:

É, eu acho que seria o fato assim de trabalhar com uma urgência extrema, o fato de você poder atender um caso grave e ter alguma resolução, entre aspas aí 'no caso'; você conseguir reverter um caso na rua, um caso grave, então é assim, é um caso [...] é o gosto, trabalhando vamos dizer assim no limite, com aquela adrenalina, então isso que seria o que faz com que a gente tenha motivação para continuar nesse serviço. (E09)

[...] eu amo muito aqui, porque é [...] pra mim, isso é a realização de um sonho, na verdade a metade de um sonho sabe? Porque o que eu quero mesmo é o atendimento de rua, mas enquanto eu estiver aqui eu vou dar o meu melhor para esse serviço, eu tenho muito amor, muita vontade de aprender; e aqui na regulação, graças a Deus, as pessoas são pessoas que gostam de ensinar uma a outra, principalmente os médicos eles são muito bacanas. A gente pergunta alguma coisa que a gente não sabe e eles nos respondem com a maior boa vontade. Eu gosto muito daqui. É um aprendizado pra mim único, sabe? (E11)

No que diz respeito à QVT de um modo geral, observada por meio dos questionários, as médias totais por categoria profissional apresentam índices satisfatórios e/ou elevados (entre 4,0 e 6,0), com exceção da categoria dos médicos que se apresenta de forma mediana (3,6). No entanto, note-se que a ausência de diálogo (E02, E03, E07), a inflexibilidade quanto à escala de trabalho (E02) e falta de possibilidade de progressão na carreira (E02, E03, E04, E05, E06, E07) aparecem na fala dos entrevistados, contribuindo para reduzir o nível de QVT. Observe-se o relato ilustrativo que se segue:

[...] já tive assim momentos de raiva assim é [...] igual, por exemplo, eu acho que o que me deixa chateada é igual, por exemplo [...] se eles precisam que a gente dobra

plantão, a gente dobra, se eles precisam de reajuste, que passe um pouquinho do horário, a gente fica e não é reconhecido [...] quando a gente dobra, principalmente, por ser um serviço cansativo [...] não custava nada dar a folga no dia, já que a gente está ajudando o serviço, dobrando, ficando, para não ficar tumultuado [...] ninguém reconhece nada, acha que é obrigação. (E02)

Há de se considerar, ainda, que, a variável *constitucionalismo* proposta por Walton (1973), abordada especificamente no estudo qualitativo, revelou que as condições ergonômicas são precárias ou ruins (E01, E02, E03, E04, E05, E06, E08, E07, E09, E10), o quantitativo de profissionais é insuficiente para a demanda de chamados desse SAMU (E01, E03, E05, E07, E10) e o ambiente de trabalho tem fácil acesso a pessoas que não trabalham exclusivamente na Regulação, ferindo os princípios normativos de privacidade pessoal quanto à conduta tomada durante a regulação.

Não tem nada, não tem apoio de punho, proteção de tela para os computadores, telefone agora que eles tiraram aqueles telefones que ficavam chiando na orelha da gente, apitando, dando interferência junto com o rádio, as cadeiras eles trocaram não tem nem dois meses e metade já está quebrada; assim, na verdade, foi uma economia porca, porque compraram também umas cadeiras que eram umas porcarias, a verdade é essa. Então, assim eu acho a estrutura lá bem, bem pobre, bem pobre mesmo e deixa muito a desejar, principalmente por ser um serviço que a gente fica seis horas sentado, praticamente a gente só levanta para beber água e ir ao banheiro, e no intervalo eu acho que deveria ser um local que oferecesse mais conforto, a sala é pequena; mesmo com ar condicionado ou o ar condicionado faz muito barulho, ou então se a gente desliga a sala fica muito quente, é muito abafado, então, assim a estrutura de lá deixa muito a desejar. (E02)

É um lugar que assim para você trabalhar, você tem que gostar, você só tem tempo, horário de chegada, não tem horário de saída, não tem tempo para ir ao banheiro, não tem tempo para tomar água, e não tem horário de almoço, e não tem um local para relaxar em adequação, é muito serviço, são poucas unidades, é estressante dependendo do tipo de paciente que a gente atende, é estressante pelos colegas que ficam estressados e com razão. Então, é um serviço que você tem que fazer porque você gosta, as qualidades mesmo não têm, você faz pelo amor que você tem ao serviço, porque é interessante, mais assim, acomodação você sabe que não é boa, tem riscos nas ambulâncias, os cintos de segurança das ambulâncias nem todos funcionam, a gente vive pedindo isso, nem todos funcionam, a aparelhagem nem toda é adequada, certo? Então, além da situação ser estressante, a gente vive situações de estresse interno. (E05)

[...] a ergonomia que nos é colocada hoje ela é péssima. Então, isso aí, realmente, precisava ser melhorado, principalmente para quem às vezes trabalha aí, passa 12 (doze) horas na Central de Regulação do SAMU, a ergonomia deixa muito a desejar, isso foi muito bem lembrado, e a poluição sonora também. (E09)

[...] nas condições que são feitas, eu acho que já ultrapassam o limite né, de trabalho estressante, já passa uma coisa sobre-humana, por exemplo, dois ou três médicos na regulação ali atendendo, cada médico atendendo mais de cem, cento e cinquenta chamadas uma atrás da outra, você acaba assim, você não tem tempo nem para sair. Na hora de almoçar, você tem que almoçar correndo, dez minutos, às vezes você não consegue almoçar, você tem que pegar um lanche e comer; aí você não consegue dar uma respirada. (E10)

[...] às vezes até das pequenas raivas, dos pequenos desrespeitos que a gente recebe dos tratamentos inadequados, quanto por parte dos solicitantes como por parte da gerência, né. Alimentação inadequada, é banheiro inadequado, condições de higiene péssima, é... deixa eu ver que mais, alojamento inadequado, comida ruim, o dia que não tem água para beber, o que já aconteceu da gente fazer vaquinha para poder comprar água mineral. São assim, são pequenos detalhes que às vezes expõem a forma de como você é tratado ou considerado, isso é péssimo. (E6)

Outro aspecto abordado apenas por Walton (1973) é a *integração social*, a qual foi referida por grande parte dos entrevistados (E02, E04, E09, E10, E11), bem como o caráter positivo dos relacionamentos (E01, E03, E04, E05, E06, E07, E08, E09, E10,

E11). Apesar disso, um tratamento desigual para as pessoas que trabalham na instituição, principalmente em relação ao tempo de instituição, foi sinalizado por vários entrevistados (E01, E02, E04, E05, E08, E09, E10, E11), reduzindo a percepção dos mesmos quanto à sua QVT, conforme ilustrado a seguir:

[...] as pessoas é... mais experientes, mais velhas de casa, vamos dizer com essas palavras, têm suas pequenas regalias, né. [...] a gente tem isso, por exemplo, as pessoas mais novas entram na parte [...] mais estressante para ficar em regulação. Você acaba trabalhando pelas próprias escalas e tudo, você tem uma carga horária maior, trabalha num lugar que ninguém escolheria, né. Se pudesse escolher em outros lugares ou alternar a regulação com outros lugares... (E10)

Por último, vale destacar que a *relevância social do trabalho* se configura nas atividades realizadas na Central de Regulação como o de maior cobrança junto aos trabalhadores do SAMU, principalmente pela falta de orientação da população quanto à correta utilização do serviço (E01, E02, E03, E04, E05, E06, E08, E09, E10, E11).

Muitas vezes a população usa mal o SAMU, ela mente, ela desconhece o que é o SAMU, ela desconhece a possibilidade de utilização do serviço, desconhece o número de profissionais, o número de ambulâncias. Então, de uma forma geral a gente só ouve a reclamação contra o SAMU, raras às vezes você ouve um elogio né. Muitas vezes quem é muito bem atendido e quem está muito satisfeito guarda o elogio para si, quem está insatisfeito expõem muito mais. (E06)

A partir de documentos internos da instituição, contatou-se que o número de "trotos" é significativo. Nos meses em que os dados foram coletados, entre janeiro a abril de 2009, foram contabilizadas 232.831 chamadas atendidas, sendo que destas 116.010 (49,8%) foram relacionadas a trotes, solicitações de informações de outra natureza ou ligações interrompidas pelos solicitantes. Esses números refletem a magnitude do número de ligações reportadas ao serviço, bem como do uso indevido e consequente sobrecarga ao sistema. Tal dado é ambíguo do ponto de vista da QVT, pois ao mesmo tempo em que se relaciona, positivamente, à percepção dos sujeitos quanto à importância social das funções que executam, eles podem se sentir pouco reconhecidos pela população na mesma intensidade, fato que pode colocar em xeque até a própria efetividade do serviço, tendo em vista seus prováveis reflexos em termos de identificação e comprometimento com o trabalho.

Considerações Finais

Este artigo descreveu e analisou como se encontram configuradas as variáveis de qualidade de vida no trabalho de profissionais de uma Central de Regulação Médica de um SAMU, considerando-se os referenciais teóricos de Walton (1973) e Hackman e Oldham (1975). Para tanto, realizou-se uma pesquisa de campo, descritiva, nos moldes de um estudo de caso (YIN, 2001; VERGARA, 2003). Mesclaram-se abordagens quantitativa e qualitativa, configurando-se uma triangulação entre métodos (JICK, 1979) ou metodológica (COLLIS; HUSSEY, 2005). Na primeira fase de coleta de dados, foi aplicado um questionário, o qual foi respondido por 97 dos 103 profissionais que trabalham na Central de Regulação abordada. Na segunda fase, foram entrevistados 11 profissionais com vistas a ampliar e aprofundar as questões relativas ao tema central pesquisado. Note-se que a complementação do método quantitativo com a realização de entrevistas estruturadas contribuiu para levantar aspectos específicos e ampliar o escopo conceitual delineado no questionário.

Apesar da natureza e da pressão das atividades desempenhadas pelos profissionais, conforme relatos nas entrevistas, os resultados apontam para um nível geral satisfatório de qualidade de vida no trabalho. De modo diferente, a variável "significado da tarefa" apresentou resultados em níveis medianos para 75% dos pesquisados no estudo quantitativo, sendo considerado este resultado instigante, uma vez que a variável se relaciona ao grau em que a tarefa afeta as outras e pelo fato de que as atividades desempenhadas no SAMU envolvem um trabalho realizado em equipe e que afeta diretamente a vida de terceiros. Tendo em vista as múltiplas variáveis que

envolvem as atividades desses profissionais dentro e fora da organização, este resultado pode estar aliado ao alto grau de interação e responsabilização relacionado à assistência da população, diretamente conectados à possibilidade que os profissionais têm de mostrar suas habilidades técnicas e humanas, as quais constituem características intrínsecas marcantes dessa atividade na área de saúde pública.

As condições potencializadoras da QVT, referidas pelos profissionais entrevistados, associam-se à identificação dos mesmos com serviços de urgências, à satisfação em ajudar o próximo e à interação profissional no ambiente de trabalho. Ao discorrer sobre condições laborais desgastantes, referem à falta de equipamentos de proteção para uso dos computadores, poluição sonora no ambiente de trabalho, falta de privacidade, quantitativo insuficiente de profissionais para o volume de ligações diárias, autonomia relativa no processo decisório de encaminhamento do paciente para unidade hospitalar específica, bem como o relacionamento e apoio institucional por parte da supervisão da unidade. A relevância social do trabalho, também, configura as atividades realizadas na Central de Regulação como o de maior cobrança junto aos trabalhadores do SAMU, principalmente pela falta de orientação da população quanto à correta utilização do serviço, tendo sido constatada uma forte presença de “trotos” telefônicos.

Percebe-se, por meio das entrevistas, que os profissionais se desdobram para garantir o recebimento e avaliação de todas as solicitações via número 192. Constatou-se que a retaguarda da supervisão na resolução de problemas e uma busca constante pela melhoria da qualidade de vida no trabalho podem contribuir pela manutenção desses sujeitos em seus postos de trabalho.

Do ponto de vista acadêmico, percebeu-se que a delimitação do estudo de caso em apenas uma Central de Regulação constituiu-se como limitação do estudo. Diante disso, cabe ressaltar que os resultados obtidos nesta pesquisa podem contribuir para estabelecer novas frentes e prioridades de investigações semelhantes, sugerindo-se estender-se a outras centrais de regulação, inclusive de outros municípios, com vistas a dar amplitude necessária ao desenvolvimento de programas internos e outras políticas públicas mais amplas. Além de conectar e aprofundar as relações entre o construto QVT e outros como estresse ocupacional, comprometimento, competências profissionais, relações de poder e de trabalho, os quais tangenciaram relatos durante as entrevistas, percebeu-se que essa agenda de pesquisa deve incorporar estudos longitudinais, pois estes podem ser úteis, também, nesse sentido, tendo em vista a percepção de variações nos níveis de QVT ao longo da carreira dos indivíduos.

Quanto às questões organizacionais, vale ressaltar que uma reformulação administrativa vem ocorrendo na instituição estudada e a ampliação dos postos de trabalho já vem sendo instituída desde o mês de maio de 2009. A partir dos resultados apresentados, sugere-se que um programa específico de qualidade de vida seja desenvolvido, considerando-se estratégias que garantam não só a QVT de seus trabalhadores, como também, em última análise, a assistência à população.

Por fim, salienta-se que, apesar dos inúmeros estudos no país, a questão da QVT permanece em aberto, já que a maioria das organizações perpetua esquemas e estruturas de trabalho que não contribuam para a QVT de seus empregados; pelo contrário, utilizam-se dessa nomenclatura para controlar e conseguir aderência ideológica de seus empregados, mediando conflitos e perpetuando o seu modo de operar (DOURADO; CARVALHO, 2006; 2007). No caso estudado, observou-se que a questão social é central para os trabalhadores e que a forma de pensar seu próprio trabalho vão, além disso, indicando um envolvimento peculiar e uma responsabilidade pelo trabalho significativamente ímpar, pois tem como centro a vida do outro.

Desse modo, tanto a agenda de pesquisa sobre QVT, como as possibilidades de melhorias efetivas a este respeito no âmbito organizacional permanecem “em aberto”.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3 ed. Lisboa: Edições 70 Lda, 2004.

BERNDT, A.; COIMBRA, R. As organizações como sistemas saudáveis. *Revista de Administração de Empresas*, v.35, n.4, p.33-41, jul./ago. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 5 jun. 2009.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>. Acesso em: 13 jul. 2009.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. *Pesquisa em administração*. 2 ed. São Paulo: Bookman, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM 1643/ 02*. Normatização da Prestação de serviços através da Telemedicina. Brasília, Distrito Federal, 07 de Agosto de 2002. Disponível em: <http://samu.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=96&Itemid=140>. Acesso em: 13 jul. 2009.

DOURADO, D. C. P.; CARVALHO, C. A. Controle do homem no trabalho ou qualidade de vida no trabalho? *Cadernos Ebape*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 1-15, dez. 2006.

_____; _____. Extra! Extra! O caso da Metrorec revela como é operada a manipulação ideológica do discurso da QVT. *Cadernos Ebape*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 1-16, dez. 2007.

FRANCO, M. L. P. B. *Análise de conteúdo*. 3 ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology*, v. 60, n. 2, p. 159-170, 1975.

HUSE, E.; CUMMINGS, T. *Organization development and change*. St. Paul: West Publishing Company, 1985.

JICK, T. D. Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, v. 24, p. 602-611, dez. 1979.

LIMONGI-FRANÇA, A.C. *Qualidade de vida no trabalho - QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

LIPPITT, G. L. Quality of work life: organization renewal in action. *Training and Development Journal*, v. 32, n. 1, p. 4-10, jul. 1978.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

MORAES, L. F. R.; KILIMNIK, Z. *Comprometimento organizacional, qualidade de vida e stress no trabalho: uma abordagem de diagnóstico comparativo*. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: CEPEAD/FACE/UFMG, 1994.

NADLER, D.; LAWLER, E. Quality of work life: perspectives and directions. *Organization Dynamics*, v. 1, n. 11, p. 20-30, Winter 1983.

PAIVA, K. C. M. *Qualidade de vida no trabalho e stress de profissionais docentes: uma comparação entre o público e o privado*. 1999. 185f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

_____; COUTO, J. H. Qualidade de vida e estresse gerencial “pós-choque de gestão”: o caso da COPASA-MG. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.42, n.6, p. 1189-1211, nov./dez. 2008.

THÉRIAULT, R. Qualité de la vie au travail: implications sur la gestion de la rémunération. In: BOISVERT, M. *La qualité de la vie au travail*. Ottawa: Agence d'Arc, 1980. p.67-83.

VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

WALTON, R. E. Quality of working life: what is it? *Sloan Management Review*, v. 15, n. 1, p. 11-21, dez. 1973.

WERTHER, B. W. J.; DAVIS, K. *Human resources and personnel management*. 5.ed. New York: Mc Graw-Hill, 1983.

WESTLEY, W. A. Problems and solutions in the quality of working life. *Human Relations*, v. 32, n. 2, p. 111-123, fev. 1979.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Artigo recebido em 16/07/2009

Última versão recebida 29/03/2010

Artigo aprovado em 13/04/2011