

RODRIGO ARANDA SERRA

**DOR, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DOS PROFISSIONAIS
DO SAMU-192**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE, MS
2014**

RODRIGO ARANDA SERRA

**DOR, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DOS PROFISSIONAIS
DO SAMU-192**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Prof. Dr. Márcio Luís Costa.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE, MS
2014**

Ficha catalográfica

A dissertação apresentada por RODRIGO ARANDA SERRA, intitulada “DOR, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DO SAMU-192, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Márcio Luís Costa (Orientador - UCDB)

Profa. Dra. Heloísa Bruna Grubits Freire (UCDB)

Prof. Dr. André Barciela Veras (UCDB)

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza (UNIGRAN CAPITAL)

Campo Grande, MS, de 2014.

*Dedico este trabalho a minha
família, amigos e todos os
profissionais do SAMU-192 de
Campo Grande, MS.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida. Por ter me concedido saúde, fé, esperança, força, ânimo, coragem, determinação e paciência nesse período de estudos e construção deste trabalho científico. A Nossa Senhora, mãezinha que esteve sempre ao meu lado e não me deixou desanimar, sendo exemplo de humildade e fidelidade.

À minha família, em especial minha mãe Alzira, que não poupou esforços e me compreendeu em todas as horas que precisei e também quando eu estive ausente, por motivos de estudo e trabalho. Amor incomparável.

Ao meu Orientador Prof. Dr. Márcio Luis Costa, pela prontidão, pela confiança, pelos ensinamentos e por toda dedicação, sendo um grande exemplo de ser humano culto e comprometido com a ética e o ensino-aprendizagem.

A Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, pela contribuição no início do projeto em 2012, pelo incentivo, correções, conselhos que me ajudaram na consolidação desta pesquisa. Ao Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, pelo auxílio, motivação e disponibilidade em suas aulas e pelo aceite em participar da banca examinadora.

A banca examinadora, Profa. Dra. Heloísa Bruna Grubits Freire e Prof. Dr. André Barciela Veras, pela participação na avaliação desta dissertação e pelas contribuições importantes no constructo e lapidação desta.

A todos os Professores deste Programa de Pós-Graduação Doutorado e Mestrado de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), pelas aulas, pelas discussões em sala, pelos grupos de estudos e por todo o conhecimento que proporcionaram aqueles que tiveram oportunidade de ouvi-los.

Aos Professores do Curso de Educação Física-UCDB, Domingos Sávio, Vera Lúcia Baruki, Ana Luiza Louzam, Márcia Rotta, Patrícia, Marcela, Fabiane Macedo, Ariane, Edméia Pacheco, Felipe Soligo, Marcelo, Sarita, Jorge, Aluísio, Luciane e Valmir, pelo incentivo e pela motivação que me fizeram ingressar neste mestrado, minha gratidão.

Aos participantes da pesquisa, FAMÍLIA SAMU, meu agradecimento especial a todos vocês, excelente equipe, que demonstrou aceite e confiança nesta investigação. Obrigado por estarem sempre de prontidão e dispostos para o salvamento de vidas, não importando a hora nem o local.

As Enfermeiras Keity e Daniela, supervisoras do serviço de enfermagem do SAMU, pelo auxílio na organização das coletas de dados. Ao Ramão, profissional administrativo do setor de regulação médica de urgências, que sem medir esforços colaborou para esclarecimentos a respeito do funcionamento e rotina do serviço.

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, pela autorização da pesquisa. Ao setor de Coordenação de Convênios, pelo consentimento. As Enfermeiras da Coordenação das Urgências, Karine e Fany, pela disposição e pelos materiais cedidos gentilmente, que auxiliaram na fundamentação teórica desta pesquisa.

Ao estatístico Adriano, pela competência, disponibilidade nas dúvidas e também pela organização dos dados.

Aos amigos que fiz nesta caminhada do mestrado, Maria Leciana e esposo, Andreia e esposo, Iris e esposo, Raquele e esposo e Aline. Com vocês foram os melhores e mais “tensos” dias que vivi, obrigado pelo carinho, pela troca de experiências, pelo incentivo, pelo respeito e por me ajudarem cada dia ser melhor. Lembro-me do primeiro dia de aula, tantos questionamentos, dúvidas, anseios e medo, mas com o passar do tempo nós amadurecemos e hoje todos somos vitoriosos. Aos demais colegas de sala, pelas conversas, risos e troca de conhecimento.

Aos amigos de “casa” mais que irmãos, sem citar nomes. Obrigado pela compreensão, carinho, conforto, abraço e também pelas ligações e mensagens, de muitas vezes não estar presente em ocasiões tão importantes pela falta de tempo. Todos vocês foram essenciais para que eu chegasse até a conclusão desta etapa em minha vida.

Aos colegas de profissão, que me incentivaram no decorrer desses dois anos, no apoio as trocas de plantões, no compromisso de continuar a rotina de trabalho com minha ausência, sou muito grato pelo carinho e pela compreensão.

Ao Grupo de Oração Paráclitos, “amigos de fé”. Local de louvor e adoração a Deus, meu refúgio e minha fortaleza. Lugar de dons, músicas e alegria, que me faz ser um filho escolhido e amado. Lá estou por saber que o Senhor tem o melhor para minha vida. “Quero ser pra sempre um servo teu”.

A todos que contribuíram indiretamente para a conquista da minha formação profissional.

MISSÃO DO SAMU-192

*Problemas a ser enfrentados: **Diversos***

*Empenho da equipe para solucionar as
dificuldades: **Sem medida***

*Amizades feitas: **Incontáveis***

*Saudade que sentiremos: **Eterna***

*Pacientes graves atendidos e transferidos para
outros hospitais: **Muitos***

*Pacientes socorridos quase mortos e que
melhoraram durante o APH e o transporte:
quase todos*

*Óbitos: **Nenhum***

*Valores monetários recebidos pela missão:
Simbólicos*

*Valores obtidos sob forma de experiência
profissional, cidadania, amor ao próximo,
capacidade de improvisação, amadurecimento
para lidar com situações de crises e
enriquecimento espiritual: **Incalculável***

*Gratidão a Deus e aos amigos pelo suporte:
Profunda*

*Tempo que aguentaremos esperando pela
próxima missão: **Muito pouco***

Dr. Renato Gama
CRM-MT 4217

RESUMO

SERRA, R. A. **Dor, qualidade de vida e saúde dos profissionais do SAMU-192.** 2014. 169 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2014.

Introdução: O SAMU-192 é um serviço de salvamento emergencial, que presta socorro às pessoas em situações de agravos urgentes, nas cenas em que esses agravos ocorrem, garantindo atendimento precoce, adequado ao ambiente pré-hospitalar e ao acesso ao Sistema de Saúde. Esses profissionais, ainda assim, demonstram uma preocupação quanto aos possíveis desgastes físico e emocional decorrentes da rotina do serviço, sendo a dor neste estudo o sintoma mais prevalente, com efeitos psicossociais que podem impactar as dimensões da Qualidade de Vida (QV) desses indivíduos. **Objetivo:** Avaliar a prevalência da dor física, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e a relação com os domínios do Questionário Short Form Health Survey (SF-36) dos profissionais SAMU-192 de Campo Grande/MS. **Método:** Pesquisa quantitativa, descritivo-exploratória e de corte transversal, realizada em uma amostra de 135 profissionais do SAMU-192 de Campo Grande/MS. Para a obtenção das informações foram aplicados três instrumentos de pesquisa: 1) Questionário Sociocultural, 2) Questionário SF-36, que avaliou a QVRS, 3) Diagrama Corporal, extraído do Questionário de Dor de McGill e a Escala de Faces que mensurou a presença ou não e a intensidade da dor dos participantes. **Resultados:** A amostra foi composta por homens (51,4%) e mulheres (47,4%). Quanto à idade, possuem uma média de 38,2 anos. Predominou o estado civil casado/união estável (56,3%); apresentam o ensino superior incompleto/completo (44,4%); com renda mensal própria de 3 a 5 salários mínimos (43,7%); não trabalham em outro emprego (75,4%); realizam atividades físicas (62,2%); com tempo de serviço no SAMU-192 de até 1 ano (36,3%); categoria profissional que predominou foram os técnicos e auxiliares de enfermagem (35,6%) e a maioria possuem uma carga horária de trabalho de 50 à 72 horas semanais (31,2%), são concursados (91,9%) e (43,2%) escolheram trabalhar no serviço de urgência por gostarem da área. Em relação à dor física, 74,1% dos participantes disseram sentir dor. A região mais afetada foi a lombar com 31,3% e as respostas se concentraram nos níveis 1, 2 e 3, conforme escala de faces, que somados representam 62,2% de profissionais com algum tipo de dor. Entre os 8 domínios do SF-36, destacou-se o domínio capacidade funcional com média (86,2) que obteve maior pontuação, os domínios dor e vitalidade obtiveram valores menores (67,3) e (63,3) respectivamente, porém não foram estatisticamente significativos em relação ao corte (50). **Conclusão:** O sintoma dor não limita fisicamente e mentalmente os participantes. A dor física foi prevalente, porém os domínios do SF-36 que avaliaram a QVRS foram considerados bons. Com isso, atenta-se para a promoção de melhores condições de saúde e também no trabalho, visto ser uma população jovem, com pouco tempo de serviço, que gosta de atuar na área de urgência, podem com o passar dos anos apresentar comprometimento em relação a esses domínios. Sendo assim, como forma de enfrentamento aos fatores de riscos evidenciou-se possíveis fatores de proteção. Faz-se relevante novos estudos para melhor contribuir na prevenção em saúde desses profissionais.

Palavras-chave: Dor Física; QVRS; SAMU; SF-36; Diagrama Corporal e Escala de Faces.

ABSTRACT

SERRA, R. A. **Pain, Quality of Life and Health of the Professionals of SAMU-192.** 2014. 169 f. Thesis (Master Degree) – Dom Bosco Catholic University, Campo Grande, 2014.

Introduction: The SAMU-192 is an emergency service care and it's characterized by providing assistance to people in urgent injury situations, at the places where those injuries happen, ensuring early care, suitable to the pre-hospital environment and to the health care system. These professionals, even though, they show a worry about the possible physical wear coming out of the work routine, being the pain, in this study, the most prevalent symptom, with psychosocial effects that can impact all dimensions of Quality of Life (QoL) of these individuals. **Objective:** Evaluate the prevalence of Pain, the Health Related Quality of Life (HRQoL) and the relation with the sections of Short Form Health Survey (SF-36) among those professionals who work in SAMU-192 of Campo Grande/MS. **Method:** Descriptive-exploratory and cross-sectional survey carried out on a sample of 135 professionals of SAMU-192 Regional of Campo Grande/MS. To collect information it was used three research tools: 1) Social and occupational survey, 2) SF-36 Survey, which evaluated HRQoL and 3) Bodily Diagram, extracted from McGill Pain Questionnaire and the Faces Pain Rating Scale, that measured the presence or not and the intensity of pain of the participants. **Results:** The test was composed by men (51,4%) and women (47,4%). As for the age, the participants have an average of 38,2 years old. It has predominated the married/consensual marriage marital status (56,3%); with a complete/incomplete higher education (44,4%); with an average income between 3 and 5 minimum wages (43,7%); don't have other job (75,4%), do physical activities (62,2%); with period of employment in SAMU-192 up to one year (36,3%); the predominant professional category was Nursing Technician/Assistant (35,6%); and most of the participants have a work load between 50 and 72 hours/week (32,2%); are selected workers (91,9%) and (43,2%) have chosen to work in an emergency service care because they enjoy it. Related to Bodily Pain, 74.1% of the participants said they felt pain. The most affected area was the lumbar spine with 31.3% and the answers were concentrated in the levels 1, 2 and 3, according to the Faces Pain Rating Scale, that summed represent 62.2% of the professionals with some pain. Related to the 8 sections of SF-36, it was highlighted the physical functioning (86.2) that ranked the highest score, the bodily pain and vitality scored lower values (67.3) and (63.3) respectively, but they weren't statistically significant when compared to the minimum score required (50). **Conclusion:** The pain doesn't limit physically and mentally the participants. The pain was prevailing, but the sections of SF-36 that evaluated the HRQoL were considered good. Saying that, it's important to mention the importance of better health conditions at work, being the population young, with little length of service, that like to work in the emergency area, can, with time passing, show impairment related to these sections. Being this, as a way to tackle the risk factors, it was highlighted possible protection strategies. It is relevant new studies to contribute for the health promotion of those professionals.

Key-words: Bodily Pain; HRQoL; SAMU; SF-36; Bodily Diagram and the Faces Pain Rating Scale.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Organograma da Coordenação de Urgências de Campo Grande/MS	40
FIGURA 2 - Sede do SAMU-192	43
FIGURA 3 - Fluxo da Central de Regulação Médica das ambulâncias do SAMU-192 Campo Grande/MS.....	49
FIGURA 4 - Cursos de capacitações e treinamento do SAMU	57
FIGURA 5 - Distribuição percentual da avaliação da dor por meio do Diagrama Corporal	97
FIGURA 6 - Comparaçāo do nível da dor conforme Escala de Faces	98
FIGURA 7 - Localização da dor percebida durante atividade profissional	100

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Tipos de deslocamento e orientações médicas	50
GRÁFICO 2 - Ocorrências registradas e trotes	51
GRÁFICO 3 - Comparaçao das médias por domínio do SF-36 dos profissionais amostrados	108

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Atribuições básicas da Central de Regulação Médica de Urgências	46
QUADRO 2 - Relatório Estatístico – SAMU/192 Regional/Campo Grande, MS.....	52
QUADRO 3 - Qualidade de vida.....	52

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Portarias Federais da Política Nacional de Urgências.....	30
TABELA 2 -	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.....	75
TABELA 3 -	Distribuição de frequências e porcentagens das variáveis sociocupacionais da amostra.....	89
TABELA 4 -	Teste ANOVA para a diferença entre os domínios do SF-36 e o Diagrama Corporal/Prevalência da dor	104
TABELA 5 -	Teste ANOVA para a diferença entre os domínios do SF-36 e a Escala de Faces/Nível da dor	106
TABELA 6 -	Teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio capacidade funcional do SF-36	112
TABELA 7 -	Teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio limitação por aspectos físicos do SF-36	115
TABELA 8 -	Teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio dor do SF-36.....	118
TABELA 9 -	Teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio estado geral de saúde do SF-36	120
TABELA 10 -	Teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio vitalidade do SF-36.....	123
TABELA 11 -	Teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio aspectos sociais do SF-36	125
TABELA 12 -	Teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio aspectos emocionais do SF-36	128
TABELA 13 -	Teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio saúde mental do SF-36.....	131

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	- Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANOVA	- Analysis of variance
APH	- Atendimento Pré-hospitalar
ATS	- Australasian Triage Scale
CCCM	- Coordenação de Convênios e Cooperação Mútua
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CRM	- Conselho Regional de Medicina
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
CRS	- Centros Regionais de Saúde
CTAS [©]	- Canadian Triage Acuity Scale
CURG	- Coordenação de Urgência
ESI	- Emergency Severity Index
FUNAI	- Fundação Nacional do Índio
HRQoL	- Health Related Quality of Life
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Informed Consent
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
PNAU	- Política Nacional de Atenção às Urgências
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PQVT	- Programas de Qualidade de Vida no Trabalho
QualiSUS	- Qualificação da Atenção à Saúde
QV	- Qualidade de Vida
QVRS	- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
QVT	- Qualidade de Vida no Trabalho
RBCE	- Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	- Secretaria de Assistência à Saúde
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SESAU	- Secretaria Municipal de Saúde

- SF-36 - Short Form Health Survey
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TARM - Técnico Auxiliar de Regulação Médica
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UCDB - Universidade Católica Dom Bosco
- UPA - Unidades de Pronto Atendimento
- USA - Unidade de Suporte Avançado de Vida
- USB - Unidades Móveis de Suporte Básico
- UTI - Unidade de Terapia Intensiva
- VIR - Viatura de Intervenção Rápida
- WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
1 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU-192).....	25
1.1 ANTECEDENTES DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH)	26
1.2 FORMULAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL	
DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS.....	28
1.2.1 Conceitos e classificação das urgências	33
1.2.1.1 Rede de atenção às urgências	35
1.2.2 Atribuições gerais do SAMU-192	38
1.3 O SAMU-192 EM CAMPO GRANDE/MS.....	40
1.3.1 Estruturação da rede regionalizada	42
1.3.2 Operacionalização da Central de Regulação Médica de Urgências:	
rotinas e fluxos	44
1.3.3 Perfil, competências e formação dos profissionais do SAMU-192	53
1.3.4 Ética e princípios legais no atendimento das urgências.....	55
1.3.5 Qualidade de vida dos profissionais do SAMU-192: promoção em	
saúde.....	56
2 DOR	58
2.1 HISTÓRICO E DEFINIÇÃO DE DOR.....	59
2.1.1 Dor e auto percepção de qualidade de vida	61
2.1.2 Avaliação da dor	62
3 QUALIDADE DE VIDA	64
3.1 EVOLUÇÃO E CONCEITO DA QUALIDADE DE VIDA	65
3.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO.....	70
3.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	74
4 OBJETIVOS.....	77
4.1 OBJETIVO GERAL	78
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	78
5 HIPÓTESE.....	79

6 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	81
6.1 LOCUS DA PESQUISA.....	82
6.2 PARTICIPANTES	82
6.2.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	82
6.3 PROCEDIMENTOS	83
6.4 INSTRUMENTOS DA PESQUISA	84
6.4.1 Questionário socioocupacional	84
6.4.2 Questionário de Dor de McGill: Diagrama Corporal e a Escala de Faces	85
6.4.3 Medical Outcomes Studies 36 – item Short Form Health Survey (SF-36)	86
6.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	86
6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	87
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	88
7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOCUPACIONAL DA AMOSTRA	89
7.2 CARACTERIZAÇÃO DA PREVALÊNCIA E O NÍVEL DE DOR DA AMOSTRA.....	97
7.2.1 Relação entre os Domínios do SF-36 e Diagrama Corporal	103
7.2.2 Relação entre os Domínios do SF-36 e a Escala de Faces	105
7.3 CARACTERIZAÇÃO DA QVRS DA AMOSTRA.....	107
7.3.1 Relação entre as Variáveis Sociocupacionais e os domínios do SF-36.	111
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
REFERÊNCIAS.....	138
APÊNDICES	147
ANEXOS	153

INTRODUÇÃO

No Brasil, na maioria dos estados e municípios, os serviços de emergência sofrem pela falta de organização no sistema, a superlotação desses setores e seu impacto negativo para os pacientes, aumentando o risco de morte e o descontentamento das demandas, independente se o caso é grave ou não. Em geral, esses serviços constituem um importante componente da assistência à saúde e atualmente tem sido o alvo de críticas, por gerar inúmeros problemas de gerenciamento. Vieira e Mussi (2008) citam que o aumento do número de acidentes, da violência urbana e insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído para a sobrecarga desses serviços disponibilizados para o atendimento da população. Ainda citam que a política de saúde, fundamentada em suas principais leis e portarias, ainda hoje não tem sido suficiente para alterar a grande procura por esse tipo de serviço. O agravamento da situação se dá devido às alterações demográficas, ao incremento de doenças crônicas não transmissíveis, ao aumento da violência, à piora das condições de vida, ao mau uso do dinheiro público, ao aumento do desemprego, culminando com a crescente insatisfação dos usuários e dos trabalhadores de serviços de saúde.

Apesar da problemática em relação à demanda dos casos de emergência e também os casos considerados de urgência, o Ministério da Saúde (MS) por muitos anos têm se dedicado para a implantação e regulamentação de políticas assegurando esses pacientes com agravos clínicos, traumáticos, obstétricos e psiquiátricos. No ano de 2002, o MS aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e, em 2003, instituiu o SAMU, com a finalidade de implementar o serviço de atendimento de urgência por meio do Atendimento Pré-hospitalar (APH), proporcionando assistência indireta (por telefone) com uma orientação realizada pela regulação médica, ou direta, pela assistência prestada no local, de forma que, pela diminuição do tempo na prestação de socorro, possa diminuir o índice de mortalidade (PITTERI; MONTEIRO, 2009).

Cristina et al. (2008) diz que o termo emergência identifica-se com problemas de saúde que necessitam de cuidados especializados imediatos para evitar a morte ou complicações graves no indivíduo, e a urgência é definida como aquela situação que afeta ou coloca em perigo a saúde de uma ou demais pessoas. Com isso, observa-se ainda nas portas dos hospitais e em outros prontos-atendimentos uma grande demanda de pacientes que poderiam ter sua resolução na esfera da atenção básica, com suportes ambulatoriais e não propriamente dentro de uma área de risco de morte, superlotando as emergências com atendimentos classificados não emergenciais.

O APH desempenha importante papel na qualidade da assistência oferecida a população. Esta nova modalidade de assistência tem vários objetivos, como o de determinar a forma de melhor resposta à demanda solicitada, através da regulação de todos os chamados e prestar atendimento emergencial no campo pré-hospitalar, atendimento este que responda às necessidades prementes do paciente crítico (CYRILLO, 2005 apud CRISTINA et al., 2008).

Nesse serviço, médicos e enfermeiros prestam atendimento a casos de maior complexidade, ou seja, de maior gravidade por meio da Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA). Este suporte é oferecido através de ambulâncias equipamentos e instrumental utilizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI); e equipe de médicos, enfermeiros e com condutores de veículos de urgência capacitados. Esta especificação da estrutura do APH móvel e seus componentes são definidos pela Portaria do MS do Brasil (CRISTINA et al., 2008). Entende-se que a equipe frente aos atendimentos deve estar pautada não apenas na cena do agravo, mas na segurança de sua própria vida para a tomada de certas decisões.

É preciso reconhecer que o sistema brasileiro de atendimento às urgências e emergências ainda está em construção e o eixo de partida para a organização é o diagnóstico das necessidades da população, baseado em indicadores de saúde e dados de morbidade e mortalidade de uma determinada área geográfica.

Contudo, no cenário do APH móvel, profissionais que vivenciam esta realidade estão em constante desgaste físico e mental, pois se defrontam com várias situações de sofrimento, morte e ao mesmo tempo estar de prontidão, raciocínio e tomadas de decisões tão rápidas quanto ao deslocamento da viatura até a vítima e o bom condicionamento físico, para o manuseio e assistência ao paciente. Por isso se faz necessário à valorização da saúde desses profissionais não somente no ambiente de trabalho, mas em todas as esferas.

O interesse pela temática deve-se ao fato do pesquisador ser um profissional de saúde da rede pública, com experiência em APH, prestando serviço em um pronto atendimento por cinco anos e também por ter desenvolvido tais habilidades para este tipo de socorro em sua capacitação técnica, sendo também um profissional técnico de enfermagem. Assim, por ter uma rotina com esses profissionais do SAMU-192, saber das suas queixas, demandas de ocorrências no dia a dia e por meio do exposto, surgiu as seguintes indagações: Qual a prevalência de dor física e a relação com a QVRS nessa população? Este tipo de atuação profissional pode influenciar no reconhecimento que lhes é oferecido pela sociedade e por si mesmo? Faz-se importante identificar, pesquisar sua QV para implementar medidas de

cuidado e proteção social, garantir um adequado desempenho profissional e qualidade na atenção?

Portanto, esse estudo se propõe avaliar a prevalência da dor física, a QVRS e a relação com os domínios do SF-36 dos profissionais do SAMU-192 de Campo Grande/MS.

Os conhecimentos acumulados através da história culminaram dizer que a dor é um fenômeno complexo e subjetivo. Motivo de inúmeros problemas, ela pode tornar-se o foco principal da atenção do indivíduo, limitando-o para uma série de atividades diárias e afetando a sua Qualidade de Vida (QV). Colpo et al. (2013) dizem que fatores como depressão, incapacidade física e funcional, afastamento social, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, direcionam e limitam as decisões e comportamentos das pessoas.

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP) em 1979, a dor foi conceituada como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão. Esta definição significa que a dor pode estar associada a uma lesão tecidual, ou a variáveis cognitivas ou emocionais onde a dor é independente de dano tecidual. Hoje no conceito da dor estão incluídos os fatores sensoriais, emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais, devido os processos fisiológicos envolvidos na sua transmissão e modulação (MERSKEY, 1991 apud PORTNOI, 1999).

Portanto, a dor tem efeitos psicossociais que impactam todas as dimensões da QV das pessoas e atualmente é uma das grandes preocupações da sociedade moderna no cenário de saúde pública. Esta temática tem sido abordada com certa frequência nos estudos científicos como aspecto importante para a elaboração de medidas de proteção aos supostos riscos de adoecimento da população. Nota-se ainda que as discussões tenham permeado várias décadas com o intuito de agregar informações e contribuir para que o próprio ser humano tenha capacidade de produzir novos conceitos sobre este aspecto.

Campos et al. (2008) citam que a QV é uma essencial medida de impacto em saúde e também dizem que o interesse pela mensuração da QV está cada vez mais evidente, tanto nas práticas assistenciais, quanto nas políticas públicas, nos campos de prevenção de doenças e promoção da saúde. Os autores citados acima relatam ainda que o conceito “promoção de saúde” foca-se na produção social do processo e elege como objetivo a defesa da vida e o desenvolvimento humano, superando o modelo de intervenção como único e passando para práticas intersetoriais e conhecimentos interdisciplinares.

A partir de um conceito mais amplo que envolve outros fatores além da saúde, alguns autores tendem a delimitar a QV em duas vertentes: qualidade de vida não relacionada à saúde e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Estudos mostram que a QVRS representa a parte da QV ligada diretamente à saúde do indivíduo, ou grupo, e evidenciam a relação de fatores externos e internos na percepção e sensação de bem estar de uma pessoa. No ambiente de trabalho a necessidade da valorização das condições de trabalho, a definição de procedimentos de tarefas em si, o cuidado com o ambiente físico e também os bons padrões de relacionamento, representam o novo comportamento que as organizações têm buscado para o melhor empenho de seus trabalhadores. Garcia (2007) cita que as empresas têm feito algumas mudanças recorrentes às reivindicações dos trabalhadores, dentre as quais a busca por propiciar às pessoas maior Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), entendendo que este é um instrumento que pode auxiliar no alcance das metas empresariais. As ações de QVT são as que mais realçam a importância do aspecto humano para a empresa.

De acordo com essa problematização, por meio da aprovação no processo seletivo do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Psicologia em 2012, também com as discussões em sala de aula, as disciplinas e os debates no Laboratório de Saúde Mental e QVT, inciou-se a construção do projeto para esta pesquisa, com a seguinte titulação: Dor física e a QVRS dos profissionais que atuam em SAMU-192 de Campo Grande/ MS.

Esse serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, acionados por telefonia de discagem rápida (número 192), conhecido como SAMU-192, foi normatizado no Brasil, a partir de 2003. Segundo Ciconet et al. (2008) os SAMU's caracterizam-se por oferecer socorro às pessoas em situações de agravos urgentes, nas cenas em que esses ocorrem, garantindo atendimento precoce, adequado ao ambiente pré-hospitalar e ao acesso ao Sistema de Saúde. Investigar a relação da dor física e a QVRS nessa população pode também contribuir e proporcionar melhores condições físicas e emocionais aos profissionais seja eles, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas, médicos reguladores e auxiliares administrativos na regulação, que com suas competências e coragem se propõem a salvar vidas. Não obstante, a pesquisa justifica-se pela deficiência nas buscas realizadas nos bancos de dados, Scielo, Lilacs e Medline, principalmente com os descritores SAMU, QVRS de profissionais de urgência e também a não relação desta população com a dor, a QV e a saúde.

O SAMU forma um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), cuja publicação constitui um importante avanço na organização do Sistema de Saúde do País, pois estabelece a estruturação de uma rede de serviços regionalizada e

hierarquizada para atenção às urgências, bem como a implantação de um processo de regulação que de eficiência cotidiana ao sistema (BRASIL, 2006). Brasil (2006) ainda cita que a decisão do Ministério da Saúde de iniciar esta implementação parte do pressuposto de que as Centrais de Regulação Médica de Urgência são elementos potenciais de organização dos fluxos da atenção às urgências e ferramentas importantes de inclusão e garantia de acesso universal e equânime aos acometidos por agravos urgentes, de qualquer natureza.

A contribuição da ciência, da psicologia, da filosofia, da sociologia, da economia e demais áreas tem influenciado e proporcionado novos desafios às organizações, com o objetivo de conscientizar e responsabilizar a sociedade pela construção de novos conceitos sobre QV. Torna-se relevante dizer que este estudo possibilita reflexões e ações, tanto de gestores que atuam no APH, quanto dos demais profissionais, visando preservar a saúde e qualificar a assistência aos usuários que acessam o referido serviço. Para isso, esta dissertação está organizada em seis capítulos.

O primeiro capítulo aborda os antecedentes do APH e também sobre o SAMU, histórico e conceitos, implantações, áreas de abrangência, regulamentações, normas e sua inauguração em Campo Grande/MS. Ainda no primeiro capítulo será descrito sobre a operacionalização deste serviço de urgência municipal/estadual. O segundo capítulo destina-se a temática dor. No terceiro capítulo será abordado à evolução e os conceitos sobre a QV, QVT e QVRS, uma vez que esses conceitos se inter-relacionam.

O quarto capítulo apresenta o objetivo geral e os específicos deste estudo, seguidos pela hipótese, a metodologia utilizada, onde são descritos o lócus de pesquisa, os participantes, os procedimentos, informações a respeito dos instrumentos de pesquisa, aspectos éticos e a forma de análise da pesquisa. O último capítulo traz os resultados e a discussão sobre os achados da pesquisa, permitindo assim estabelecer a conclusão e as considerações finais desse trabalho.

1 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU-192)

1.1 ANTECEDENTES DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH)

A ideia do atendimento fora do ambiente hospitalar – pré-hospitalar, por meio de deslocamento de equipe e recursos materiais, tem sua origem em 1792, quando *Dominique Larrey*, cirurgião da Grande Armada de Napoleão utiliza uma “ambulância” (do latim Ambulare, que significa deslocar) para levar atendimento precoce aos acometidos em combate, já no próprio campo de batalha, observando que assim aumentavam suas chances de sobrevida (BRASIL, 2006).

Em Nova Iorque, no final do século XIX, surge então o atendimento externo à estrutura hospitalar com a utilização de ambulâncias medicalizadas. Tomou corpo e retornou à Europa, onde foi implementado pelos franceses, com a incorporação do conceito de regulação médica. Brasil (2006) cita que:

[...] o conceito de regulação médica das urgências que utilizamos no Brasil tem sua origem no atendimento pré-hospitalar francês, em que após mais de 50 anos de existência, em 1986, foi publicada uma lei governamental que definiu os SAMU (Sistemas de Atenção Médica às Urgências), com Centros de Recepção e Regulação das Chamadas – os Centros 15, localizados em serviços hospitalares, que coordenam os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR). Os SAMUs franceses têm como objetivo “responder com meios exclusivamente médicos às situações de urgência”, com as seguintes missões: “garantir uma escuta médica permanente; decidir e enviar, no menor prazo possível, a resposta mais adequada à natureza do chamado; assegurar a disponibilidade dos recursos hospitalares públicos ou privados adaptados ao estado do paciente, respeitando sua livre escolha e, preparar sua recepção; organizar o transporte para uma instituição pública ou privada, solicitando para isto os serviços públicos ou privados de transporte sanitário; garantir a admissão do paciente no hospital” (BRASIL, 2006, p. 51).

Existe, porém, um outro modelo de atendimento pré-hospitalar móvel também muito difundido, o norte-americano, que se baseia na atuação de profissionais intitulados paramédicos, que passam por um processo de capacitação para o atendimento no local da ocorrência, existindo inclusive diferentes categorias de atuação e respectiva carga horária de treinamento, sendo os profissionais de maior qualificação autorizados a realizar procedimentos como intubação, punção de tórax e administração de medicamentos. Esta atuação se dá, em geral, sem supervisão médica e sem regulação (BRASIL, 2006).

Machado et al. (2011) relata que o modelo francês permite o início precoce da terapêutica, fundamental para as emergências clínicas, mas tem sido criticado na atenção ao trauma pelo retardo no transporte para o local definitivo de atendimento. Diz que o modelo americano tem influência internacional e propõe a remoção rápida do paciente do local de

atendimento, com a intervenção feita por técnicos em emergências médicas (*Emergency Medical Technician*) e por paramédicos.

No Brasil, a discussão sobre o atendimento pré-hospitalar (APH) móvel começa a tomar corpo no início da década de 90 com o estabelecimento de uma Cooperação Técnica e Científica Franco-Brasileira, mediada pelo Ministério da Saúde e o Ministério dos Assuntos Estrangeiros na França, iniciada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com a concepção de modelo de atenção pré-hospitalar móvel centrada no médico regulador, contando, porém, diferentemente do modelo francês, também com a participação de profissionais da enfermagem nas intervenções em casos de menor complexidade (BRASIL, 2006). Considera-se APH toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, utilizando-se meios e métodos disponíveis. Esse tipo de atendimento pode variar de um simples conselho ou orientação médica até o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência onde haja pessoas traumatizadas, visando à manutenção da vida e à minimização de sequelas (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Minayo e Deslandes (2008) ainda citam que o pré-hospitalar móvel, tem como missão o socorro imediato das vítimas que são encaminhadas para o atendimento pré-hospitalar fixo ou para o atendimento hospitalar. O'Dwyer (2010) diz que para a reorganização e regulação desses serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi proposta a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), sendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) escolhido como primeira estratégia de implementação dessa política.

Fala-se em SAMU, conforme definido no Brasil, muitas vezes como um atendimento de urgência associado a uma ambulância. É essencial, no entanto, que a ideia do atendimento no local da ocorrência do agravo não seja dissociada da forma como esta ação é desencadeada, ou seja, por meio de telefonema gratuito pelo número nacional do pré-hospitalar móvel 192 a uma Central de Regulação, onde um profissional médico, com treinamento específico para tal, está na escuta, 24 horas por dia, acolhendo todos os pedidos de ajuda médica, julgando sua gravidade, priorizando o conjunto de necessidades que acorrem à central e gerenciando o conjunto de recursos disponíveis, de forma a oferecer a melhor resposta possível a cada demanda, sempre na perspectiva de garantia de acesso (BRASIL, 2006).

A Central de Regulação passa a representar uma porta de comunicação aberta ao público. Assim, abrem-se perspectivas para a estruturação da relação entre vários serviços e a qualificação dos fluxos dos pacientes na rede de atenção às urgências. Sob essa ótica, o SUS

ganha um observatório permanente de saúde, que tem a possibilidade de identificar os determinantes e a natureza dos problemas, bem como replanejar, de forma dinâmica, a assistência às urgências e à saúde (O'DWYER, 2010).

A escolha do SAMU como primeiro componente a ser implantado foi estratégica, já que disponibilizava um novo serviço, propunha a regulação do sistema, a qualificação dos profissionais, além de ser observatório da rede. Entretanto, é destacado que na década de noventa os militares dos corpos de bombeiros já atuavam no atendimento pré-hospitalar móvel com base no modelo americano (O'DWYER, 2010). Apesar dos novos serviços de atenção básicos já implantados em 1990, parte da população buscava consultas de ordem ambulatoriais nos pronto-socorros dos hospitais. De acordo com Machado et al. (2011), os hospitais eram importantes portas de entrada para a assistência médica, o que pode relacionar a dificuldades no acesso oportuno a serviços básicos, especializados e de apoio diagnóstico.

Ser “observatório de saúde e do sistema” é uma atribuição específica do SAMU em função da sua capacidade de monitorar, de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo seu funcionamento. Ter essa incumbência reforça, como um dos produtos da regulação, a produção de informações regulares para melhoria do sistema. Essa função exige um sistema de informação estruturado e é uma atividade primordial para a gestão da assistência (O'DWYER, 2010).

1.2 FORMULAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS

As urgências vêm sendo objeto de algumas iniciativas do governo federal, mas que não lograram causar impacto significativo na sua atenção. Em junho de 1998, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 2.923, que determinou investimentos nas áreas de Assistência Pré-hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 1998). Em abril de 1999, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 479, que criou uma série de pré-requisitos para o cadastramento de hospitais que, depois de habilitados, passaram a receber uma valorização no valor das internações realizadas dentro de uma lista pré-determinada de procedimentos considerados de urgência (BRASIL, 1999).

Em abril de 2000, foi realizado o IV Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), em Goiânia (Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, 2000),

sob a denominação: “Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências”, com grande mobilização de técnicos da área de urgências e participação formal do Ministério da Saúde que, a partir desse evento, desencadeou a organização de duas vertentes de atividades relacionadas à atenção às urgências:

a) Alguns técnicos foram convidados a compor um grupo-tarefa para avaliação do impacto da aplicação dos recursos acima mencionados, que produziu um relatório que foi remetido ao Reforsus no final de 2000;

b) A Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde designou um profissional para interlocução específica da área, que até então não contava com tal representação (BRASIL, 2006).

A partir da definição dessa interlocução, iniciou-se um ciclo de seminários de discussão e planejamento conjunto de redes regionalizadas de atenção às urgências, envolvendo gestores estaduais e municipais, em vários estados da federação e, ainda neste período, que se estendeu de junho de 2000 até meados de 2002, foi feita uma revisão da Portaria GM/MS n.º 824, de junho de 1999, republicada como Portaria GM/MS n.º 814, em junho de 2001. (BRASIL, 2006).

Entre os anos 1998-2002 surgem também discussões pela emissão de normas pontuais para a implantação dos sistemas estaduais para atendimento de urgência e publicação da primeira portaria voltada para o atendimento pré-hospitalar móvel. Ainda que não existisse uma política nacional estruturada para a área, debates subsidiaram sua formulação, como as experiências internacionais, de municípios específicos e do Corpo de Bombeiros no atendimento às urgências no país (MACHADO et al., 2011).

Com a construção da Política Federal para a atenção às urgências no Brasil, as portarias federais estabelecem normas legais com o objetivo de estruturar e regulamentar um sistema que contribua com a sociedade e exerça com responsabilidade suas atribuições. Foram inseridas como conteúdo da política a implantação do SAMU e estruturação de um sistema de regulação para os atendimentos (BRASIL, 2006).

Na tabela abaixo, segue algumas das principais portarias federais da PNAU e do SAMU criadas a partir de 1998:

TABELA 1 - Portarias Federais da Política Nacional de Urgências

Instrumento/Ano	Conteúdo
Portaria 2923/1998	Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência.
Portaria 479/1999	Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.
Portaria 824/1999a	Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar.
Portaria 814/2001a	Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que viessem a ser criados no País.
Portaria 2048/2002	Regulamenta o atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência.
Portaria 2072/2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e define suas atribuições e responsabilidades.
Decreto 5055/2004	Institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviços.
Portaria 1828/2004	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em Estados, municípios e regiões de todo território nacional.
Portaria 1927/2004	Estabelece incentivo financeiro aos Estados e municípios qualificados pelo Ministério da Saúde já cadastrados com SAMU para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência no território nacional.
Portaria 2420/2004	Constitui o Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS na abordagem dos episódios de morte súbita.
Portaria 2657/2004	Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU.
Portaria 3125/2006	Institui o Programa QualiSUS e define competências. Estabelece as diretrizes de estruturação e organização da atenção à saúde nas urgências tendo como foco ações nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.

Portaria 491/2008	Institui a Câmara de Assessoramento Técnico à CGUE/DAE/SAS/MS, para desenvolvimento de estudos, elaboração de descriptivos técnicos e termos de referência, voltados aos editais de aquisição de itens relacionados ao SAMU.
Portaria 2922/2008a	Estabelece diretrizes para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. Define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das UPA e SE em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes.
Portaria 2970/2008	Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU
Portaria 2971/2008	Institui e implanta o veículo motocicleta - motolâncias - como integrante da frota de intervenção em toda a Rede SAMU e define critérios e parâmetros para sua aquisição, utilização, financiamento e custeio.
Portaria 2972/2008	Orienta a continuidade do Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.
Portaria 1020/2009	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo - UPA e SE - visando à organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.

Fonte: Machado et al. (2011).

Brasil (2006) também resolve no art. 1º instituiu a PNAU a ser implantada em todas as unidades federadas e respeitadas as competências das três esferas de gestão. No art. 2º estabelece que a PNAU composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais. A Portaria/GM nº 1.864, de 29 de Setembro de 2003, institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU, por intermédio da implantação cia em municípios e regiões de todo o território brasileiro (SAMU-192). E ainda requer:

Art. 2º - Instituir financiamento para investimento e custeio do componente pré-hospitalar móvel, visando à implantação e implementação dos SAMU 192;

Art. 3º - Estabelecer que, para a organização da primeira etapa de implantação dos SAMU, serão destinados recursos para a aquisição de 650 unidades de suporte básico de vida e 150 unidades de suporte avançado de vida, equipamentos, construção, reforma e/ou ampliação de até 152 Centrais SAMU 192 e estruturação de 27 Laboratórios de Ensino em Procedimentos de Saúde para os Núcleos de Educação em Urgência (BRASIL, 2006).

No ano de 2003, marcado pela formulação da PNAU, o SAMU destaca-se no cenário político, propondo assim uma conformação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa

política estruturou-se em cinco eixos: promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da atenção (MACHADO et al., 2011). Mattos et al. (2012) descreve que esse novo serviço pretende organizar o acesso aos serviços de emergência hospitalar, ao leito hospitalar e à rede de forma mais ampla, propiciando o atendimento integral às urgências em todos os níveis de atenção do sistema. Portanto o SAMU consiste numa nova porta de entrada no sistema, acontecendo a partir das chamadas telefônicas e atendimento por ambulâncias conforme critérios de gravidade.

Em face da prioridade conferida ao SAMU, o desenho da estratégia se traduziu em instrumentos de indução, como normas federais e mecanismos financeiros. Os SAMUs são compostos por centrais reguladoras e por um conjunto de ambulâncias, e requerem profissionais qualificados e equipamentos adequados para o atendimento às urgências. No modelo brasileiro, adotaram-se dois tipos principais de ambulâncias. As de suporte básico contam com motorista, técnico de enfermagem e material básico para o primeiro atendimento às urgências, em casos sem risco imediato de vida, sob orientação dos médicos das centrais. Já as de suporte avançado incluem motorista, médico e enfermeiro, além de equipamentos para cuidados intensivos, nas situações de risco iminente de vida (MACHADO et al., 2011).

Segundo Mattos et al. (2012) desde 2003, houve uma expansão contínua de SAMU e em julho de 2010, existiam 151 SAMU em 1286 municípios, com previsão de atingir aproximadamente 162 milhões de habitantes ao final de 2010 (dados do site Ministério da Saúde). No município de Campo Grande/ MS implantou-se o SAMU no dia 17 de Abril de 2005. Assim, para o financiamento e a gestão do SAMU são previstos incentivos federais, com proposta de co-financiamento para as outras esferas de governo, cuja adesão é fundamental para a implantação. Faz-se responsável também os municípios e os Estados, com abrangência municipal ou regional, a depender da pactuação de ambos.

Diante dessas reformulações e interesse da política de urgências, Machado et al. (2011) cita um terceiro momento que parece se configurar a partir do final de 2008, quando as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) ganham destaque como o componente pré-hospitalar fixo da atenção, mobilizando os esforços federais nos âmbitos normativo, financeiro e político.

1.2.1 Conceitos e classificação das urgências

Considerando os dinâmicos processos de transição demográfica e epidemiológica, com o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas e degenerativas, da explosão da violência urbana nos municípios de médio e grande porte e o incremento acentuado de acidentes em rodovias estaduais e federais, a assistência hospitalar regionalizada configura-se como primeira referência para causas externas, agravos agudos e eventos decorrentes de doenças crônicas (DUBEUX et al., 2010).

Perante a prioridade desta situação, as iniciativas públicas federais para estruturação de Sistemas Regionalizados de Urgência e Emergência são marcadas pela implantação de programas para qualificação dos aspectos estruturais e dos processos de trabalho, destacando-se o Sistema Estadual de Urgência e Emergência em 2002, o Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (QualiSUS), instituído em 2004, a organização de Redes Loco-regionais de Atenção Integral às Urgências regulamentada em 2008, entre outros. Em conjunto, tais estratégias buscam a incorporação de avanços terapêuticos, tecnológicos e gerenciais específicos, que viabilizem o acesso aos serviços de urgência/emergência hospitalar com garantia de acolhimento, da primeira atenção qualificada e resolutiva, da estabilização das funções vitais e da referência adequada dos pacientes graves (DUBEUX et al., 2010).

O SAMU é um programa do governo federal que tem a finalidade de prestar socorro médico emergencial às pessoas e garantir a qualidade no atendimento em centros urbanos. Esses sistemas são caracterizados essencialmente por incertezas quanto a disponibilidade, localização e tempo de serviço dos servidores, e quanto à demanda dos usuários e o tempo de resposta para atendimento (SOUZA et al., 2013).

O conceito ampliado de urgência difere de acordo com quem percebe ou sente. Para os usuários e familiares, pode estar associado a uma ruptura do curso da vida, que pode ser traduzida pela frase “eu não posso esperar”. Para o médico, a urgência repousa não sobre a ruptura, mas sobre o tempo relacionado com o prognóstico vital em certo intervalo: “ele não pode esperar”. Uma das atribuições da regulação é ser mais permeável ao entendimento do paciente do que é urgência (O'DWYER, 2010).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua Resolução n.º 1.451, de 10/3/1995, temos:

Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 2006).

Na língua portuguesa, o termo emergência é relativo a emergir, ou seja, alguma coisa que não existia, ou que não era vista, e que passa a existir ou ser manifesta, representando, dessa forma, qualquer queixa ou novo sintoma que um paciente passe a apresentar. Assim, tanto um acidente quanto uma virose respiratória, uma dor de dente ou uma hemorragia digestiva, podem ser consideradas emergências (BRASIL, 2006). Este entendimento da emergência difere do conceito americano, que tem permanentemente influenciado nossas mentes e entende que uma situação de “emergência” não pode esperar e tem de ser atendida com rapidez, como incorporado pelo próprio CFM.

Brasil (2006) aponta que este entendimento da emergência difere do conceito americano, que tem permanentemente influenciado nossas mentes e entende que uma situação de “emergência” não pode esperar e tem de ser atendida com rapidez, como incorporado pelo próprio CFM.

Inversamente, de acordo com a nossa língua, urgência significa aquilo que não pode esperar (tanto que o Aurélio apresenta a expressão jurídica “urgência urgentíssima”). Assim, devido ao grande número de julgamentos e dúvidas que esta ambivalência de terminologia suscita no meio médico e no sistema de saúde, optou por não mais fazer este tipo de diferenciação. Passou a utilizar apenas o termo “urgência”, para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, tratando de definir o “grau de urgência”, afim de classificá-las em níveis, tomando como marco ético de avaliação o “imperativo da necessidade humana” (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de facilitar o estabelecimento de prioridades entre os diferentes casos de urgência, podemos didaticamente classificá-las da seguinte forma:

Nível 1: Emergência ou Urgência de prioridade absoluta. Casos em que haja risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário. Nível 2: Urgência de prioridade moderada. Compreende os casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas. Nível 3: Urgência de prioridade baixa. Casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas. Nível 4: Urgência de prioridade mínima. Compreendem as situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamento. (BRASIL, 2006, p.50).

Alguns autores reforçam que o serviço de urgências e emergências deve ser utilizado em circunstâncias específicas e que a utilização inadequada é prejudicial para os pacientes graves, sendo a classificação dos níveis expressamente necessária para o bom funcionamento da operação.

1.2.1.1 Rede de atenção às urgências

O Ministério da Saúde criou a portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a PNAU e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta rede tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso dos usuários em situação de urgência e emergência (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil (2011), constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências.

§ 1º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

§ 3º O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.

§ 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

Art. 4º A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II - Atenção Básica em Saúde;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;

IV - Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII - Hospitalar; e

VIII - Atenção Domiciliar.

Dos componentes da rede de atenção às urgências e seus objetivos, Brasil (2011) cita no:

No art. 7º o Componente SAMU-192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravio à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2011). Pode se referir a um atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2011).

Assim, em Campo Grande/MS foi criada em 27 de maio de 2008 a Coordenação de Urgência (CURG), que coordena: três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), seis Centros Regionais de Saúde – 24 h (CRS), Setor de Urgência Psiquiátrica (CAPS III – Aero Rancho), Hospital da Mulher, SAMU, com três Unidades Móveis de Suporte Avançado (USA), sete Unidades Móveis de Suporte Básico (USB), uma Viatura de Intervenção Rápida (VIR), uma USB em Terenos, uma USB em Sidrolândia, uma USB em Ribas do Rio Pardo e a Central de Regulação de Urgência, localizada em Campo Grande.

Diante dessas competências, a CURG tem por objetivo principal fornecer subsídios para a formulação e execução da PNAU, promovendo assim, o processo de articulação e integração dos diversos “atores” que compõem o Sistema Municipal e a permanente articulação interinstitucional, disponibilizando dados, indicadores e análises de situação sobre as condições de saúde e suas tendências no município (BRASIL, 2011).

1.2.2 Atribuições gerais do SAMU-192

O SAMU-192 é entendido como uma atribuição da área da saúde, vinculado ao uma central de regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades da população de um município ou região. Deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde devidamente regulada, conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional (CAMPOS, 2005, p.15).

Quando projetado e operado com eficiência, o SAMU pode salvar vidas. Por outro lado, quando ineficiente, é um potencial responsável pelo agravamento dos casos. A rapidez no atendimento às vítimas é uma das maiores exigências destes sistemas, e o tempo decorrido entre o instante da solicitação pelo serviço e o início do atendimento, denominado tempo de resposta, é um dos principais fatores que influenciam o nível de serviço aos usuários (TAKEDA et al., 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece como função principal de um serviço de atendimento médico-emergencial, dar suporte básico de vida a toda situação de risco envolvendo pessoas e bens (World Health Organization, 2000 apud TAKEDA, 2004).

Esses serviços de atendimento móvel formam um dos componentes da PNAU, cuja publicação constitui um importante avanço na organização do Sistema de Saúde do País, pois estabelece a estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para a atenção

às urgências, bem como a implantação de um processo de regulação que dê eficiência cotidiana ao sistema. A regulação ocorre por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgência, reiterando as definições do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (BRASIL, 2006 apud CICONET, et al. 2008).

No Brasil, o SAMU, propõe um modelo de assistência padronizado que opera com uma central de regulação, com discagem telefônica gratuita e de fácil acesso (linha 192), com regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Nesse sistema, há uma normalização para a composição das equipes de socorro, segundo complexidade, regulando os tipos de unidades móveis e suas atribuições e recursos. Há protocolos para atendimento de múltiplas vítimas, além de ferramentas operacionais regulares, identificando os pontos de apoio das unidades básicas e das unidades de maior complexidade, grade de referência e contrarreferência dos serviços interligados de urgência do município ou região; lista de todos os telefones; mapas para capacidade instalada dos serviços de urgência e viária e mapas de risco (BRASIL, 2006, p.52).

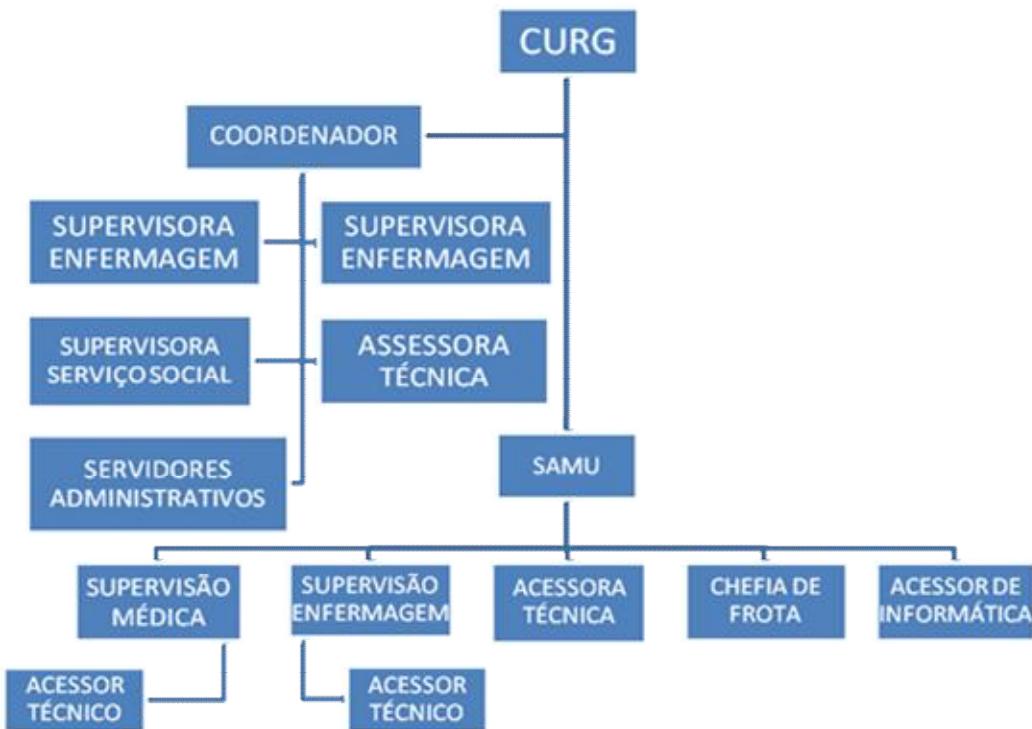
Operacionalmente, os SAMU's são sistemas que englobam uma determinada cidade ou até uma região constituída de várias cidades, e contém uma central telefônica de recepção de chamados, equipes de socorristas centralizados ou distribuídos pela área de atuação do sistema, ambulâncias com equipamentos de suporte básico de vida, e em alguns casos, unidades de reanimação pré-hospitalar (UTI's móveis) com equipe qualificada. Esta organização está coordenada com uma rede hospitalar municipal ou regional em que as estruturas hospitalares de atendimento são escolhidas em função de sua complexidade (TAKEDA, et al., 2004).

O SAMU-192 destina-se ao atendimento de urgência e emergência nas residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é feito após chamada gratuita para o telefone 192. A ligação é atendida por técnicos na central de regulação que imediatamente transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente ou a pessoa que fez a chamada sobre as primeiras ações (CABRAL; SOUZA, 2008).

1.3 O SAMU-192 EM CAMPO GRANDE/MS

Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul, possui uma população de aproximadamente 1 milhão de habitantes (IBGE, 2013), considerada o município mais populoso do Estado. O SAMU-192 desde a sua implantação em 17 de abril de 2005 no município, vem cumprindo com sua finalidade que é a estabilização do quadro de urgência do usuário no local do evento e quando necessário, realizar o transporte adequado para um serviço de maior complexidade devidamente hierarquizado no SUS para continuidade do tratamento. Além disso, ele mantém parcerias com os diversos órgãos do município para melhoria do atendimento na urgência, educação continuada e estratégias de prevenção para comunidade. A figura 1 mostra o organograma do serviço de urgência na capital:

FIGURA 1 - Organograma da Coordenação de Urgências de Campo Grande/MS



Antes da criação da CURG, o SAMU não estava sobre coordenação, contribuía como um serviço dentro da secretaria de saúde. Após a inauguração da coordenação da rede de

urgências, o serviço passou a ser composto pelo Coordenador do SAMU-192, pelo Supervisor Geral das Atividades Médicas, pelo Supervisor Geral das Atividades de Enfermagem, com a Assessoria Técnica, Assessoria Técnica do Setor de Informática, Chefia do Setor de Transporte, Assessoria Técnica do Setor Médico.

As chefias técnicas conforme art.13 da Resolução SESAU 49/2005 é uma indicação do Coordenador do SAMU/192, porém até este ano, a escolha desses profissionais sempre foram realizadas por indicação do grupo com aprovação e coordenação da SESAU. Todos os profissionais escolhidos são servidores concursados pela Prefeitura Municipal e de carreira no serviço, além de realizarem as tarefas de chefia realizam plantões eventuais em cada setor, acompanhando assim de modo presencial todas as rotinas do serviço (CAMPO GRANDE, 2005).

O SAMU tem como principal missão o atendimento das ocorrências primárias, porém a maior demanda de solicitações são para os atendimentos secundários, transferências para o nível terciário. A maioria das solicitações de encaminhamentos e transferências são demandas dos Centros de Especialidades do Município (CAPS III, Cedip, Cenort, CEM/UBS/UBSF) e Centros Regionais de Saúde (CRS) e UPAs, sendo disponibilizada ambulância para o transporte ou liberada senha para a admissão do paciente na referência através de meios próprios. O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área de saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região. Deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada e pactuada.

Para isso, a portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011 reformula a PNAU e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, constituindo a regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado os serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O processo de regionalização do SAMU foi iniciado pelo Governo do Estado de Mato Grosso do Sul através da Secretaria Estadual de Saúde (SES), sendo discutidos vários modelos de gestão e operacionalização. Atualmente, o Estado conta com três SAMUs implantados e em funcionamento, com suas respectivas Centrais de Regulação de Urgências:

- SAMU Campo Grande;
- SAMU Dourados;
- SAMU Três Lagoas.

O Plano Estadual encontra-se publicado em Diário Oficial na Resolução n. 103/SES/MS de 14/08/2010 (CAMPO GRANDE, 2010). Estabelece quatro centrais de regulação regionais, com suas respectivas áreas de abrangência:

- SAMU Campo Grande: Terenos, Sidrolândia, Ribas do Rio Pardo.
- SAMU Dourados: Ponta Porã, Naviraí, Nova Andradina e Mundo Novo.
- SAMU Três Lagoas: Paranaíba.
- SAMU Estadual: Corumbá/Ladário, Aquidauana/Anastácio e Coxim.

No dia 05 de março de 2012 o SAMU Campo Grande passou a ser denominado como SAMU Regional Campo Grande/MS atendendo os municípios de Terenos e Sidrolândia, já no dia 09 de março de 2012 iniciaram as atividades também no município de Ribas do Rio Pardo. Cada município contando com uma unidade de suporte básico sendo regulada pela Central de Regulação Médica de Urgências para o atendimento de ocorrências primárias (CAMPO GRANDE, 2012).

1.3.1 Estruturação da rede regionalizada

Quando o SAMU foi oficialmente inaugurado e as viaturas avançadas entraram em atividade, as mesmas foram baseadas nos quartéis do Corpo de Bombeiros da Costa e Silva e Coronel Antonino. Longe de serem as bases ideais, atendiam ao menos no quesito localização geográfica. Permaneceram no quartel do Corpo de Bombeiros até dezembro de 2006. Ao sair destas bases, durante três meses, as equipes peregrinaram em locais adaptados e indignos (sala dos motoristas da Secretaria de Saúde- SESAU, Hospital Sírio Libanês, sala administrativa da sede do SAMU, antiga sede do Dersul) até sediarem nas atuais bases: Unidade de Suporte Avançado - USA01 – SESAU, USA02 – UPA Cel. Antonino e USA03 – Central de Regulação (dividindo repouso com os médicos reguladores). Todo o procedimento de limpeza de materiais era realizado na Sede do SAMU, pois foi redirecionado a uma Central de Materiais própria do serviço montada e equipada no UPA Universitário, com isto as equipes das ambulâncias avançadas se deslocam até a Central para a troca de materiais esterilizados.

As oito viaturas de suporte básico, ficam baseadas nas UPAs ou nos CRS-24 horas (UPA Cel. Antonino, UPA Vila Almeida, UPA Universitário, CRS Nova Bahia, CRS Tiradentes, CRS Aero Rancho, CRS Guanandi, CRS Coophavila II), desde a implantação do serviço, e não possuem até a presente data, área adequada para desinfecção concorrente.

A estrutura física disponibilizada para as atividades desempenhadas no SAMU ainda não são suficientes sob o aspecto dimensional e técnico. As dificuldades desta inadequação são sanadas com algumas medidas de adaptação.

A maioria dos quartos de repouso dos profissionais, no início do serviço, estava aquém das expectativas, por serem mal localizados estrategicamente e fisicamente diminutos. Com a reforma dos CRS houve adequações que atenuaram estes quesitos. Entretanto nestas bases não há uma sala de armazenamento de materiais para o SAMU. Todo material de reposição das viaturas fica armazenado no próprio repouso, pois como existe material permanente a ser acondicionado, a equipe de cada viatura é responsável pelo seu uso e controle. Em relação à sede do SAMU-192, atualmente está localizada na Vila Pioneira, saída para São Paulo e abriga a sede administrativa e a Central de Regulação Médica de Urgências em dois prédios distintos. Em tempos pregressos funcionava neste prédio o Centro de Controle de Zoonoses da SESAU. O local sofreu reformas para funcionar como sede administrativa e Central de Regulação Médica de Urgência-192. As figuras abaixo mostram a sede do SAMU-192:

FIGURA 2 - Sede do SAMU-192



Fonte: SESAU (CAMPO GRANDE, 2012).

O prédio administrativo conta com sala administrativa, o antigo almoxarifado que foi transformado em sala da supervisão de enfermagem, sala da coordenação geral, repouso dos médicos, telefonistas e rádio-operadores, banheiros e cozinha. A sala administrativa por vários anos comportou todas as supervisões do SAMU, funcionando como sala de reunião e treinamentos (CAMPO GRANDE, 2012)

Alguns materiais e equipamentos que devem ser usados no dia a dia das ocorrências foram doados pelo Ministério de Saúde, chegando a meados de março de 2005 para a

inauguração do serviço na cidade. Atualmente os equipamentos são aquisições de rotina com pedidos periodicamente e fornecidos pelo governo municipal.

Quanto aos recursos humanos, para integrar o quadro dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) e não oriundos da área de saúde (condutores, TARM, rádio operador e os demais ass. administrativos) no SAMU-192 é necessário possuir habilidades, competências, aptidão e conhecimentos específicos para área de atendimento pré-hospitalar, o que é feito através de processo seletivo interno. Esses processos acontecem desde sua implantação conforme programação ou demanda de urgência por motivos de reposição de profissionais (CAMPO GRANDE, 2012)

Portanto, mesmo com algumas adaptações o quadro de profissionais do SAMU-192 conta hoje com: 77 médicos, 23 enfermeiros, 59 técnicos de enfermagem, 50 condutores, 22 assistentes administrativos, dentre esses estão com afastamento médico 16 profissionais, sendo 10 condutores e seis técnicos de enfermagem.

1.3.2 Operacionalização da Central de Regulação Médica de Urgências: rotinas e fluxos

A Regulação Médica de Urgências foi criada para a gestão dos fluxos e consiste em uma forma organizada de responder toda e qualquer situação de urgência que necessite de cuidados, por algum trauma ou fatalidade. Atualmente é considerada o meio mais eficiente para a oferta de atendimento e transporte de pacientes que necessitam de transferência para uma UPA ou para algum hospital e também indivíduos que por algum motivo procurem o serviço 192.

É um processo de trabalho por meio do qual se garante escuta permanente pelo médico regulador, com acolhimento de todos os pedidos de ajuda que acorrem à central, bem como o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema (BRASIL, 2006). Ainda descreve que:

[...] as Centrais SAMU-192, de abrangência municipal, micro ou macrorregional, devem prever acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito nacional 192, exclusivo para as urgências médicas, bem como aos profissionais de saúde, em qualquer nível do sistema, funcionando como importante “porta de entrada” do

sistema de saúde. Esta porta de entrada necessita, portanto, de “portas de saída” qualificadas e organizadas, que também devem estar pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção, garantindo acesso, por intermédio das respectivas centrais ou unidades de trabalho, à rede básica de saúde, à rede de serviços especializados (consultas médicas, exames subsidiários e procedimentos terapêuticos), à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), assistência e transporte social e outras que se façam necessárias (BRASIL, 2006, p.62).

A Portaria GM/MS n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a) define que:

[...] ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas nesta Portaria e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutiva previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades.

A portaria define, ainda, atribuições, competências e diretrizes da regulação médica, sendo importante destacar que, além da competência técnica, o médico regulador tem funções gestoras, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar meios de assistência, de acordo com seu julgamento:

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

[...] como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador (BRASIL, 2002a).

A gravação dos chamados dá respaldo a todos: solicitante, regulador e receptor, no sentido do registro correto e claro das informações, bem como da manutenção e observância de pactos e posturas éticas no trato dos pacientes acometidos por urgências que, pela gravidade do caso, perdem o direito à escolha e são submetidos a tratamentos cuja autorização a sociedade delegou ao médico. É por esta, entre outras razões, que este paciente deve ter garantido seu direito de acesso a um atendimento qualificado e adequado à sua necessidade (BRASIL, 2006).

De acordo com o quadro 1, veremos as atribuições básicas da Central de Regulação Médica de Urgências:

QUADRO 1 - Atribuições Básicas da Central de Regulação Médica de Urgências

Regulação médica do sistema de urgências.	<ul style="list-style-type: none"> Regulação de todos os fluxos de pacientes vítimas de agravos urgentes à saúde, do local onde ocorreram até os diferentes serviços da rede regionalizada e hierarquizada, bem como dos fluxos entre os serviços existentes no âmbito municipal e regional. Essa tarefa exige a apropriação dinâmica da situação real de todos os serviços de urgência do município, de forma a permitir uma distribuição equânime dos pacientes entre eles e, inclusive, a permuta entre os diferentes níveis de atenção, para sanar eventuais deficiências.
Cobertura de eventos de risco.	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de atividades esportivas, sociais, culturais diversas, por meio de apoio direto com equipe no local ou à distância com garantia de canal prioritário de comunicação.
Cobertura a acidentes com múltipas vítimas.	<ul style="list-style-type: none"> Regulação e atendimento local em situações de desastres, catástrofes ou acidentes com múltiplas vítimas de diferentes portes; Participação na elaboração de planos de atendimento e realização de simulados com Defesa Civil, Bombeiros, Infraero e demais parceiros.
Capacitação de recursos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> Participação na Política de Educação Permanente do SUS por intermédio dos Pólos de Educação Permanente e da estruturação dos Núcleos de Educação em Urgência a eles integrados.
Ações educativas para a comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> Participação ativa na estruturação de palestras sobre primeiro atendimento a urgências para empresas, escolas, creches, Conselhos de Saúde, instituições diversas e comunidade em geral; Participação no desenvolvimento de estratégias promocionais junto à comunidade, Segurança Pública, Departamento de Trânsito, Educação, Cultura e outros setores; Produção de estudos epidemiológicos e massa crítica capacitada para intervir positivamente na incidência de agravos à saúde.

Fonte: Brasil (2006).

Percebe-se que as atividades realizadas na Central de Regulação configura-se como a de maior cobrança junto aos trabalhadores do SAMU, principalmente pela falta de orientação

da população quanto à correta utilização do serviço e também pela grande demanda de atribuições.

Os profissionais que atuam no serviço de regulação iniciam as operações conforme a ligação do solicitante e esta passa primeiramente pelo TARM, que o acolhe com o serviço (SAMU-192), o nome do profissional e com uma saudação cordial. Logo após o profissional segue identificando o indivíduo com o nome, também recolhe as informações da cidade onde ele se encontra o tipo de ocorrência e algum ponto de referência para contribuir em um possível deslocamento da viatura. Nesta triagem o profissional TARM condiciona ao solicitante a situação da vítima, seus possíveis aspectos físicos e emocionais, para melhor transferir as informações ao médico regulador. Se por acaso a solicitação for por motivos de informações e não por atendimento a vítimas, traumas e outras situações de risco o TARM pode encerrar a ocorrência logo após as orientações necessárias.

Com o prosseguimento de uma ocorrência á vítimas, o TARM transfere a ligação para o médico regulador e este faz o risco indutivo quanto à situação do paciente. Ele atribui aspecto á vitima pelo que está ouvindo via telefone, classificando-a em paciente azul, verde, amarelo e vermelho, cores estas referentes ao nível de atendimento emergencial, principalmente pelo fato de ter ou não viaturas disponíveis.

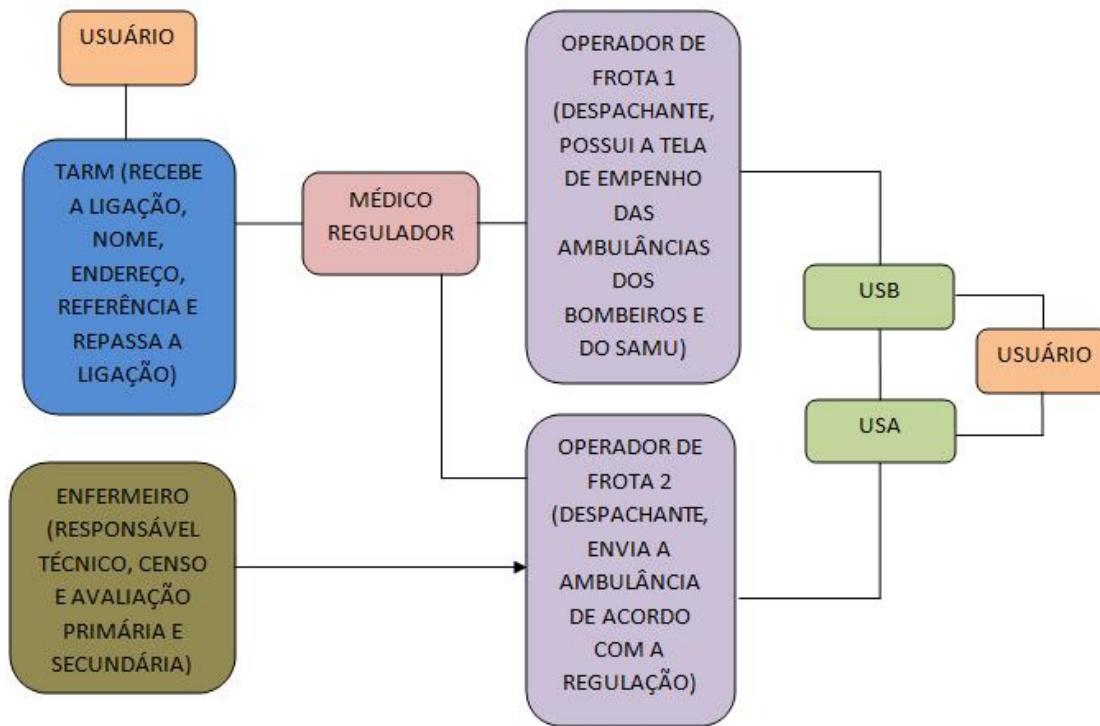
Ciente dos problemas existentes na atenção às urgências, o Ministério da Saúde lançou em 2004, a cartilha da Política Nacional de Humanização-PNH, na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência. A classificação de risco é processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço (SOUZA et al., 2011).

De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas/protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente. Dentre as escalas/protocolos, pode-se citar: a escala norte-americana - Emergency Severity Index (ESI), escala australiana – Australasian Triage Scale (ATS), o protocolo canadense – Canadian Triage Acuity Scale (CTAS©) e o protocolo inglês – Manchester Triage System – protocolo de Manchester (SOUZA et al., 2011).

Souza et al. (2011) relata ainda que o protocolo de Manchester é protocolo utilizado em muitos países para classificar o risco de pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência, e que, previamente à decisão de sua implantação depende da realidade de cada país. O Brasil tem buscado padronizar o processo de acolhimento com classificação de risco por meio da adoção de medidas que uniformizem esse processo, em todo o território nacional.

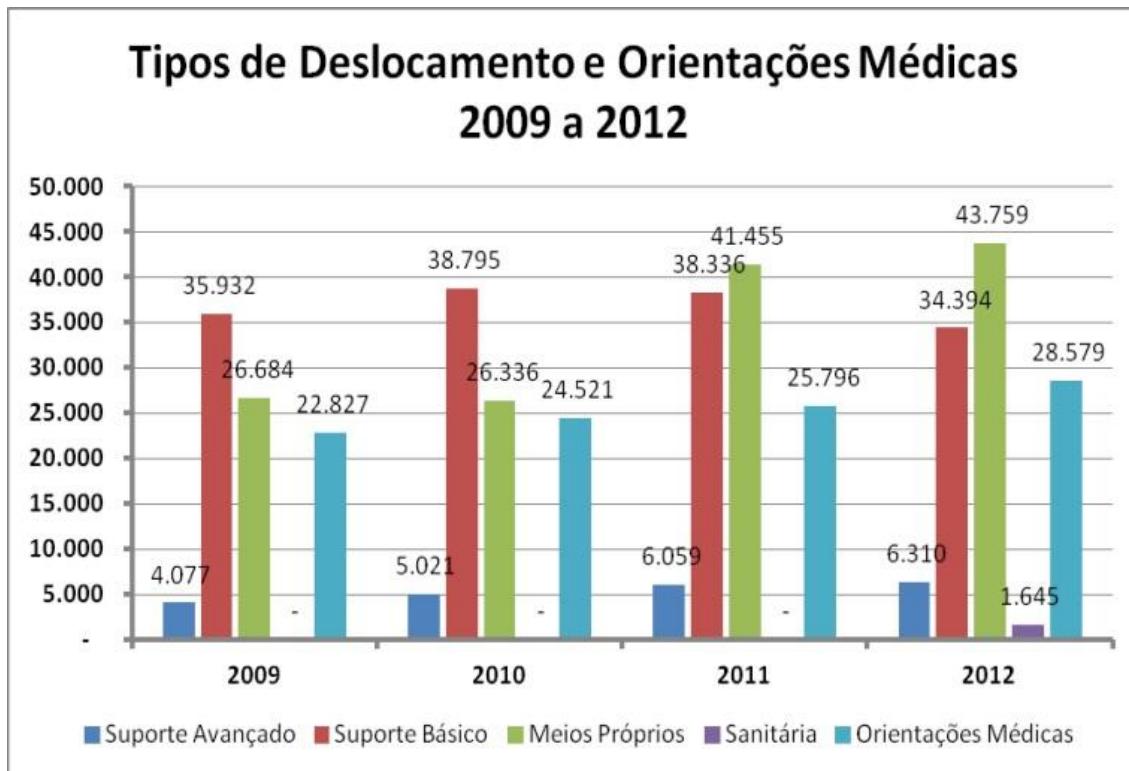
Diante da história clínica e dos sinais e sintomas apresentados, um discriminador é encontrado e o paciente é classificado em uma das cinco categorias: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Para cada categoria existe um tempo, alvo de atendimento, que são, respectivamente, 0, 10, 60, 120 e 240 minutos. Assim, é organizado o atendimento de forma que pacientes que apresentem sinais de gravidade tenham prioridade no atendimento (JUNIOR et al., 2012). Com essa definição, os profissionais foram treinados e adaptou-se então em Campo Grande/MS o protocolo de Manchester, sem o uso da classificação de cor laranja. Assim, antes de enviar a viatura, o médico identifica uma hipótese de diagnóstico, orientando o solicitante sobre o quadro de evolução do paciente, se há possibilidades do mesmo prosseguir para algum pronto atendimento mais próximo, por meios próprios ou se a vítima estiver em condições de risco grave, aguardar o deslocamento e chegada da viatura. Se classificada com riscos o médico regulador solicita ao rádio operador, responsável em despachar a ambulância, para encaminhar a viatura na ocorrência. Na figura 3 encontra-se o fluxo das solicitações e os devidos deslocamentos de ambulâncias:

FIGURA 3 - Fluxo da Central de Regulação Médica do SAMU-192 Campo Grande/MS



Diante de qualquer ocorrência, o atendimento ao usuário começa pelo telefonista e estes repassam qual a necessidade de cada ligação para a equipe médica de plantão. Após todo este procedimento citado anteriormente as viaturas são enviadas. Essas viaturas estão divididas em dois tipos de suporte: a Unidade de Suporte Avançado (USA), com um médico intervencionista, um enfermeiro e um condutor e a Unidade de Suporte Básico (USB), com um técnico de enfermagem e um condutor. No gráfico abaixo estão relacionadas os tipos de deslocamentos de ambulâncias e as orientações médicas mais utilizadas desde os anos de 2009 á 2012:

GRÁFICO 1 - Tipos de Deslocamento e Orientações Médicas

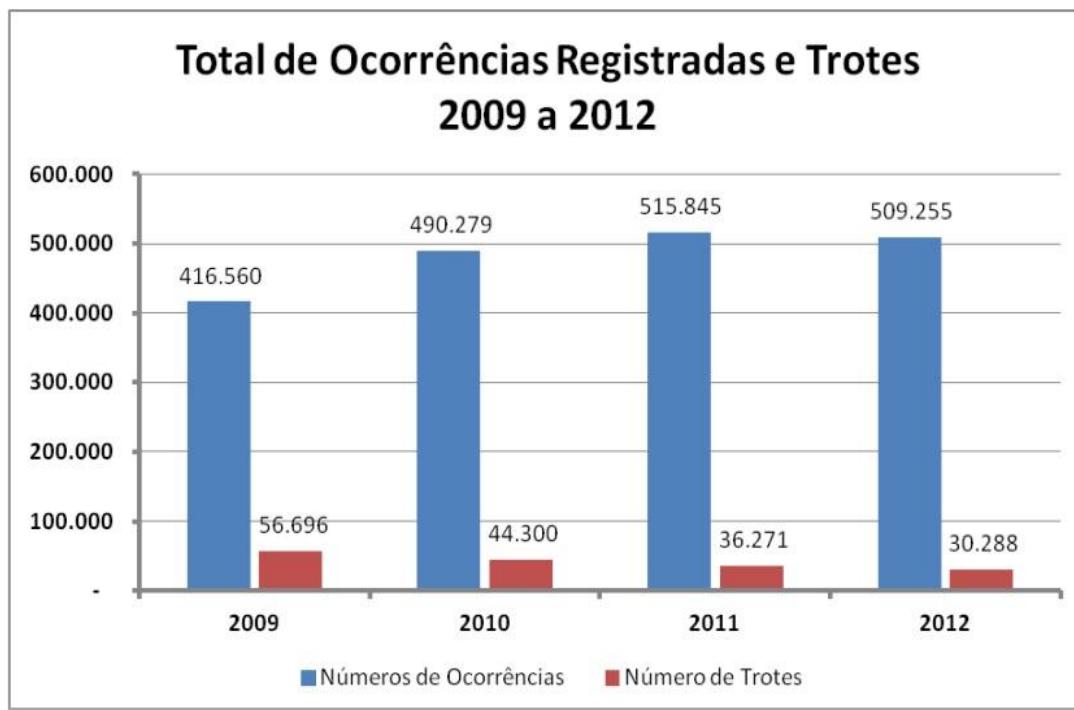


Fonte: SESAU (CAMPO GRANDE, 2012).

Conforme o gráfico 1, percebe-se no ano de 2009 o elevado índice de deslocamentos de viaturas de suporte básico, com 35.932 tipos de ocorrências e orientações, seguindo com 26.684 tipos por meios próprios, onde o solicitante consegue destinar-se ao local de pronto atendimento sem o uso de viatura. Compara-se com aos anos de 2010, 2011 e 2012 e verifica-se o crescimento desses números, chegando ao último ano com 43.759 tipos de deslocamentos de uma viatura de suporte básico. Cabe lembrar que esses profissionais atuantes na central de regulação se desdobram para garantir o recebimento e avaliação de todas as solicitações via número 192, haja vista o grande número de “trotos” telefônicos, que podem atrapalhar no socorro às vítimas (CAMPO GRANDE, 2012).

Em Campo Grande, desde 2006 a Central de Regulação Médica de Urgências opera com software fornecido pelo Ministério da Saúde no qual são registrados todas as informações referentes ao serviço, incluindo as estatísticas, as ocorrências registradas e seus detalhamentos (CAMPO GRANDE, 2012). No gráfico 2, observa-se que entre os anos de 2009 e 2012 a procura da população pelo serviço aumentou de forma significativa, em contrapartida o número de trotes que o serviço registrou apresentou importante redução:

GRÁFICO 2 - Ocorrências Registradas e Trotes



Fonte: SESAU (CAMPO GRANDE, 2012).

Estes resultados são positivos para o SAMU-192 Regional, pois significa que a população entende e valoriza a importância do serviço.

Em Campo Grande, no SAMU-192 encontra-se também registrados o quantitativo das ocorrências mais frequentes do ano de 2013. No quadro abaixo o relatório estatístico contempla os encaminhamentos, os locais de destino e os tipos de deslocamentos que o SAMU realizou no ano de 2013. Percebe-se a grande demanda de atendimento feito pelos profissionais, as particularidades de cada ocorrência e também o nível de crescimento entre os meses do ano.

QUADRO 2 - Relatório Estatístico - SAMU/192 Regional/Campo Grande, MS

	JAN (31 dias)	FEV. (28 dias)	MAR (31 dias)	ABR (30 dias)	MAI (31 dias)	JUN (30 dias)	JUL (31 dias)	AGO (31 dias)	SET (30 dias)	OUT (31 dias)	NOV (30 dias)	DEZ (31 dias)	TOTAL GERAL
Números de Ocorrências	44.366	36.727	47.285	47.161	45.163	44.613	45.936	48.058	45.584	44.771	44.503	41.272	535.439
Números de Ocorrências Reguladas (tronco 192)	11.242	9.885	10.580	10.120	10.703	10.243	10.266	10.556	10.295	10.592	10.600	10.308	125.390
Número de Regulações para o CIOPS	860	777	819	877	1.003	896	870	950	1.126	979	1.056	894	11.107
Total de Regulações	12.102	10.662	11.399	10.997	11.706	11.139	11.136	11.506	11.421	11.571	11.656	11.202	136.497
Número de Trotes	2.799	2.172	2.694	2.331	2.435	2.002	3.450	2.495	2.395	2.766	2.954	2.837	31.330
Deslocamento Viatura Suporte Avançado	522	498	568	526	529	537	529	563	503	536	511	501	6.323
Deslocamento Viatura Suporte Básico	3.104	3.145	2.843	2.952	3.365	3.255	3.523	3.571	2.830	3.012	3.340	3.397	38.337
Deslocamento Viatura Sanitária	58	67	60	22	7	0	1	1	28	3	0	0	247
Deslocamento por Meios Próprios	4.959	3.889	4.713	4.373	4.590	4.271	4.663	4.185	4.672	4.815	4.593	4.351	54.074
Orientações Médicas	2.599	2.286	2.396	2.241	2.212	2.180	2.027	2.236	2.262	2.226	2.156	2.059	26.880
Encaminhamentos													
Unidades de Pronto Atendimento - UPA's	848	717	762	747	818	948	962	942	869	918	864	826	10.221
Centros Regionais de Saúde - CRS's	812	792	900	724	827	709	783	781	560	640	682	735	8.945
UBS 24 Horas-Terenos	58	33	45	49	36	44	32	43	46	33	49	30	498
CENORT (Centro Ortopédico)	1.485	1.423	1.521	1.524	1.675	1.542	1.402	1.591	1.640	1.795	1.809	1.579	18.986
Santa Casa	2.093	1.858	2.035	1.896	2.147	2.034	2.392	2.475	2.343	2.401	2.467	2.545	26.686
CAPS (Centros de Atenção Psicossocial)	137	113	117	122	113	111	112	111	139	124	140	127	1.466
CEDIP (Centro de Doenças Infecto-Parasitárias)	108	65	55	21	7	8	9	5	9	7	7	6	307
CEM/UBS/UBSF	5	0	20	8	15	12	11	10	9	19	4	6	119
Hospital Regional Rosa Pedrossian	1.070	944	975	1.095	1.098	1.075	1.161	1.300	1.252	1.140	1.098	1.117	13.325
Hospital Universitário	1.273	1.073	1.038	1.040	1.060	922	682	396	408	515	483	478	9.368
Hospital da Mulher	91	74	89	86	67	68	82	39	41	55	59	53	804
Hospital de Municipal Ribas do Pardo	90	74	93	81	94	74	69	77	88	97	89	106	1.032
Hospital de Municipal São Gabriel do Oeste	-	-	-	-	-	-	-	-	110	91	97	92	85
Hospital de Sidrolândia	124	131	137	120	124	123	117	113	123	110	153	108	1.483
Hospital de Camapuã	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2	26	36	53
Maternidade Cândido Mariano	184	165	248	213	244	213	256	267	274	267	245	264	2.840
Outros Encaminhamentos	265	187	149	147	166	180	169	170	137	122	167	131	1.990
Patologias/Traumas	3.893	3.554	3.945	3.672	4.000	3.815	3.607	3.894	3.896	3.964	4.307	3.975	46.522
Patologias/Clínico-Adultos	4.669	3.979	4.007	3.683	3.942	3.865	4.190	4.148	3.798	3.536	3.701	3.824	47.342
Patologias/Clínico-Pediátricos	631	550	688	938	814	733	656	718	740	707	647	589	8.411
Patologias/Obstétricos	907	718	867	816	846	799	817	754	830	801	890	858	9.903
Patologias/Psiquiátricos	505	538	559	517	543	535	477	532	531	529	577	554	6.397
Patologias/Cirúrgico	637	546	514	494	558	496	519	510	500	499	478	508	6.259

Fonte: Campo Grande (2012).

1.3.3 Perfil, competências e formação dos profissionais do SAMU-192

A Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande/MS, em sua resolução n.49, de 15 de Abril de 2005, estabelece Normas e Procedimentos de Funcionamento do SAMU-192, e dá outras providências, como a Caracterização e Finalidade do serviço, a Organização e as Competências, os Profissionais, as Chefias e Disposições Gerais e Finais. Com isso a maior preocupação deste serviço de urgências é a prestação de um atendimento eficiente e eficaz ao paciente solicitante, buscando dinamizar o quanto antes seu salvamento ou até mesmo sua indicação para o serviço hospitalar (CAMPO GRANDE, 2005).

Assim sendo, abordaremos o perfil e as competências dos profissionais que atuam no SAMU-192. Define-se então:

a) Médico Regulador: Médico com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) de sua jurisdição, preferencialmente com certificado de residência médica e/ou título de especialista em áreas correlatas às urgências. É responsável pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder às solicitações, utilizando dos protocolos técnicos. Deve conhecer a rede de serviços da região; manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda e classificação em prioridades de atendimento. Manter o acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica; manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema; prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar; exercer o controle operacional da equipe assistencial; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço; obedecer às normas técnicas vigentes no serviço; preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar; garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência e obedecer ao código de ética médica.

b) Médico Intervencionista: Médico com registro no (CRM) de sua jurisdição, preferencialmente com certificado de residência médica e/ou título de especialista em áreas correlatas às urgências. É responsável pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte; deve chefiar a equipe em

serviço nas USAs e nas USBs; informar suas decisões a regulação; prestar assistência direta aos pacientes, assegurar e cumprir as normas éticas do serviço; planejar, solicitar, organizar, discutir, realizar estudos científicos e participar obrigatoriamente de programas de treinamento e aprimoramento de pessoal e saúde em urgências.

c) Enfermeiro: Enfermeiro com Registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN); é responsável pelo atendimento de enfermagem do paciente no local do evento e durante o transporte; deve prestar assistência direta com suporte avançado de vida; registrar todos os atendimentos prestados; conhecer todos os materiais e equipamentos da unidade móvel; colaborar na otimização de outros serviços; supervisionar os auxiliares e técnicos de enfermagem; planejar e solicitar recursos; participar em pesquisas científicas; manter-se quites com as obrigações do conselho; proceder à limpeza nos equipamentos e participar de programas de treinamentos.

d) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem: Deve estar com registro COREN; é responsável em prestar assistência de enfermagem de acordo com os protocolos do setor; observar e descrever sinais e sintomas; executar tratamento conforme regulação médica; realizar manobras de extração manual de vítimas; conhecer os materiais e equipamentos da unidade móvel; encaminhar o paciente ao destino definido pela central de regulação; proceder à desinfecção e limpeza dos materiais; cumprir as normas éticas da operação.

e) Assistente Administrativo ou Telefonista auxiliar na regulação médica: Maior de 18 anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole. Deve atender as solicitações telefônicas da população, anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio; prestar informações gerais ao solicitante; estabelecer contato radiofônico com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar; estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência a fim de colher dados e trocar informações; anotar dados e preencher planilhas e formulários específicos do serviço; obedecer aos protocolos de serviço; atender às determinações do médico regulador.

f) Assistente Administrativo ou Rádio-operador: Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de ambulâncias, obedecendo aos padrões de capacitação previstos. Dever ser maior de 18 anos com disposição pessoal para a atividade, com equilíbrio emocional e autocontrole. Sua atribuição é operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação, exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel, manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada

veículo da frota e conhecer a malha viária e as principais vias de acesso de todo o território abrangido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

g) Socorrista (Condutor de veículo de urgência): Conduzir veículo de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes; conhecer o veículo e as linhas de tráfego; auxiliar a equipe de saúde nos procedimentos, imobilizações, reanimação; cumprir normas éticas; conduzir o veículo de forma responsável; cooperar com a equipe; assegurar o local; participar de treinamentos e seguir as orientações executadas pelo médico intervencionista e enfermeiro assistencial durante todo o atendimento.

1.3.4 Ética e princípios legais no atendimento das urgências

O'Dwyer e Mattos (2013) diz que por ser um canal aberto, disponível 24 horas, a forma de comunicação direta do SAMU-192 com a população permite uma visão ampliada das dificuldades do sistema. Ao ser observatório da rede, este serviço contribui com a integralidade, no sentido de integração de serviços, se for capaz de gerar informações que possam ser usadas para propor ações específicas.

As pressões sobre os serviços de emergência têm aumentado em face de mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, por isso muitos países organizaram sistemas para atendimento às urgências, sob modelos distintos. Em geral, tais sistemas apresentam bons resultados em termos de diminuição da morbidade e mortalidade e nenhum desses modelos é comprovadamente mais eficaz (MACHADO, et al. 2011).

O modelo francês tem sido criticado por sua terapêutica nos traumas. O inicio do atendimento, é feito no local, com avaliação que permite um retardo no transporte das vítimas, sendo o fator que mais prevalece para a sobrevivência da vítima atendida. Outro modelo é o americano, que estabelece como princípio a remoção rápida do paciente para uma melhor avaliação e atendimento.

De acordo com Machado et al. (2011) no Brasil, o atendimento às urgências mostra deficiências estruturais do sistema de saúde, como: dificuldades de acesso em vários níveis de atenção, insuficiência de leitos especializados, incipiente dos mecanismos de referência e inadequação na formação dos profissionais de saúde.

Finkler et al. (2013) descreve que por formação ética, ou melhor, pela dimensão ética da formação profissional, entende-se o ensino/aprendizagem/vivência da ética em bases não

deontológicas, compromissado com o desenvolvimento e a realização de valores humanizadores e com a conformação da identidade profissional durante a graduação.

Valores humanizadores são valores morais, componentes fundamentais do mundo humano. Conceitualmente, valor é o caráter objetivo consistente na dignidade positiva ou negativa (desvalor) que reconhecemos quando valoramos algo ou alguém. Em outras palavras, são qualidades reais das pessoas, das coisas, das ações, das instituições e dos sistemas, que nos permitem analisar o mundo e modificá-lo para que possamos viver nele plenamente como pessoas (FINKLER et al., 2013).

Decisões éticas que envolvem seleção individualizada de beneficiários, em situações em que se pode identificar quem será beneficiado pelas prioridades estabelecidas na seleção de pacientes para o número insuficiente de vagas em hospitais e serviços de terapia intensiva e na escolha daqueles que deverão receber órgãos escassos para transplantes. A reflexão bioética sobre o tema se orienta pelo princípio ético da justiça distributiva. Este é um princípio intersubjetivo, que se refere às relações do eu com os outros, abrindo a pessoa à coletividade. Relaciona-se à distribuição de bens, produtos ou serviços e/ou ao justo acesso aos recursos (FORTES et al., 2012).

1.3.5 Qualidade de vida dos profissionais do SAMU-192: promoção em saúde

Para os profissionais que trabalham em APH, representados pelas equipes do SAMU-192, a atuação face ao inesperado é rotineira, pois na maioria das vezes não sabem qual o tipo de atendimento, o local e as características de cada trauma ou também urgências clínicas que irão atender. Esta assistência pode resultar em alterações na saúde desses trabalhadores, principalmente nos aspectos de condições e estilo de vida de cada um. As tomadas de decisões rápidas desses profissionais exigem um elevado nível emocional, causando ansiedade e estresse, possivelmente repercutindo no desempenho profissional, na vida pessoal, familiar e social e, como consequência, interferir negativamente na QV.

A QV dos profissionais que vivenciam essas situações de emergências está diretamente relacionada à realização profissional, depende da valorização, do reconhecimento que lhes é oferecido por meio de uma relação humanística. Segundo Stumm et al. (2009) dizem que QV é uma expressão de difícil conceituação, devido ao caráter subjetivo, complexo e

multidimensional. Desta forma, ter QV para os profissionais pode depender de fatores extrínsecos e intrínsecos, como cada um vive, trabalha e como pode estar inserido na sociedade.

A frequência e a gravidade de acidentes e intoxicações agudas relacionadas ao trabalho reforçam a necessidade de se incorporar ações de Saúde ao Trabalhador. Essas ações devem ser direcionadas a saúde dos trabalhadores e desenvolvidas no serviço de urgência e emergência. Esses serviços devem estar preparados para reconhecer o usuário enquanto trabalhador e prestar assistência de qualidade e resolutividade ao acidentado ou intoxicado. Assim, faz importante incorporar conteúdos de Saúde do Trabalhador na capacitação e educação permanente das equipes das unidades de serviço de urgência e emergência.

Com objetivo de alcançar a eficiência nos atendimentos e também na preocupação relacionada à saúde do trabalhador, o SAMU-192 oferece periodicamente capacitações e treinamentos para todos os profissionais atuantes em todas as áreas do serviço, conforme mostra as figuras abaixo:

FIGURA 4 - Cursos de Capacitações e Treinamento do SAMU



Fonte: SESAU (CAMPO GRANDE, 2012).

O SAMU-192 também promove eventos de integração e campeonatos com várias modalidades de esporte, a tradicional corrida e também oficinas de prevenção, na perspectiva de proporcionar aos trabalhadores melhores condições de saúde e de trabalho. Assim, mesmo que seja inseparável e diferente para cada indivíduo os sintomas de dor e também demais fatores de risco relacionados ao dia a dia profissional e pessoal desses profissionais podem ser minimizados conforme aceitação e adesão á hábitos saudáveis.

2.1 HISTÓRICO E DEFINIÇÃO DE DOR

A compressão do fenômeno doloroso sempre preocupou a humanidade. Conhecer a trajetória histórica das inúmeras tentativas para compor as peças deste complicado quebra-cabeça permite refletir sobre as bases do conhecimento que culminaram nos conceitos e teorias modernas (PORTNOI, 1999). O autor ainda cita que mesmo sendo um fenômeno universal, que varia de indivíduo para indivíduo, ela não pode ser sentida idêntica, pois em sua grande maioria decorre de aspectos sensitivos, emocionais, cognitivos e socioculturais. Neste sentido, esses aspectos estão indissociavelmente ligados à manifestação dolorosa. Esta definição pretende identificar três elementos presentes: uma sensação corporal, um mal-estar emocional e uma atividade de evitamento.

O homem primitivo apresentava inúmeras dificuldades para o entendimento da ocorrência da dor. Acreditava-se que a dor era algo que não pertencia ao corpo, considerada um ataque à pessoa. As doenças eram como se fossem castigos, espíritos malignos que incorporavam os indivíduos, uma punição dos inimigos do homem. Com isso, o exorcismo era uma prática realizada pelos sacerdotes para a expulsão desses demônios.

Alguns estudos também trazem as experiências dos povos egípcios, romanos, gregos, arabistas dos séculos XVI, para a evolução do conceito de dor. O controle, o tratamento, as diversas formas de experimentos, as terapêuticas e os medicamentos que mais usavam, perseguem os anos com o mínimo de conhecimento científico. Assim, a dor nessa época sofre pouco progresso, principalmente pelo fato dos próprios médicos adotarem lentamente conceitos conservadores, ao contrário do que a física, a matemática e biologia contribuíam com seus respectivos estudos, mantendo muitas vezes o tratamento e novas atitudes estáticas e ignoradas. Oréfice (2007) cita que ainda hoje a avaliação da dor é matéria controversa, pois, não se desenvolveu método preciso para sua mensuração.

Portnoi (1999) diz que as teorias explicativas sobre a dor são meras tentativas de solucionar um problema. Também fala que esses mecanismos da dor representam um conjunto de informações, cujas interrelações dinâmicas ainda estão por ser estabelecidas integralmente. É uma sensação na medida em que a dor é desencadeada por um sistema sensorial especializado de decodificação que informa o indivíduo sobre o seu ambiente e sobre o estado do seu organismo. Também é uma emoção penosa e desagradável, que a partir do momento em que surge suscita como primeira reação a sua recusa. A componente

comportamental da dor engloba um conjunto de manifestações verbais e não verbais da pessoa, tais como queixas, gemidos, mímicas, posturas anti-álgicas.

Melzack (1979 apud Oréfice, 2007) pode ser definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, e é por meio dela que a maioria das afecções se manifesta. Ainda refere que a dor é um desafio para o doente, uma vez que se deve encontrar meios médicos, científicos e financeiros para controlar ou prevenir, da melhor forma possível a sua dor. É também um desafio para os profissionais na medida em que tentam compreender não apenas os mecanismos biológicos, mas que a dor está integrada num trajeto ascendente e descendente e engloba a espinha medula, o sistema límbico e o córtex cerebral que interage ativamente com o estado bio psicológico de cada pessoa surgindo dificuldades no seu tratamento.

A dor define-se como uma experiência multidimensional, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado à dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial. Constatase, assim, que existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da dor, em face de uma mesma estimulação dolorosa (Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003).

Se por um lado a dor aguda, como a dor pós-operatória ou a dor pós-traumática, é, habitualmente, limitada no tempo, a dor crônica, como a dor neuropática ou a lombalgia, é, muitas vezes, rebelde, permanecendo e levando a sequelas incapacitantes. No entanto, todos os tipos de dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na QV dos doentes. Com a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, estão a desenvolver-se e a criar-se, por todo o País, Unidades de Tratamento de Dor, como recurso diferenciado para a abordagem da dor. Importa, assim, que a Dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de dor aguda ou dor crônica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital. (Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003).

2.1.1 Dor e auto percepção de qualidade de vida

A dor é um fenômeno subjetivo que faz parte do cotidiano de todo ser humano. Pode ser definida como uma experiência sensitiva emocional decorrente ou não de uma lesão descrita em qualquer parte do corpo. Essa subjetividade dificulta a definição e sugere então, apenas um conceito aproximado da intensidade da dor, no momento, ao invés de defini-la exatamente (SILVA; KOCHLA, 2009). Desse modo, entender como a dor se apresenta significa esclarecer e elucidar elementos que possibilitem melhor atenção à saúde dos profissionais do SAMU-192, também oferecer formação quanto aos fatores de risco, etiopatogenia e ao seu tratamento.

A dor desempenha o papel de alerta, informando ao indivíduo alguma alteração biológica. É um fenômeno multifatorial, onde lesão tecidual, aspectos emocionais, sócioculturais e ambientais a unificam. Manifesta-se em cada indivíduo de forma diferente e única, pois cada um possui uma percepção individual sobre a dor e está associada a fatores físicos e psíquicos (RUVIARO et al., 2012). Os autores dizem também que a dor é um sintoma e uma das causas mais frequentes da procura por auxílio médico. Estima-se que 80% da população mundial procure o sistema de saúde devido a essa morbidade. No Brasil, estima-se que a dor crônica acometa entre 30% e 40% da população e é a principal causa de absenteísmo, licenças médicas, aposentadoria precoce, indenizações trabalhistas e baixa produtividade sendo apontada como um problema de saúde pública (RUVIARO et al., 2012).

A dor é uma parte inseparável da vida cotidiana, sendo um dos sintomas mais presentes na prática dos profissionais de saúde. Constitui-se em uma experiência privada e subjetiva, não resultando apenas de características de lesão tecidual, mas que integra também fatores emocionais e culturais individuais. A dor é elemento crucial para a proteção e a manutenção da vida, pois é sinal de algum dano (BUDO et al., 2007).

Budo et al. (2007) também descreve que a dor pode ser manifestada por dois tipos de reações: involuntária e voluntária. A reação involuntária é instintiva, mas a reação voluntária à dor pode envolver outras pessoas e é influenciada, além do fator biológico, por fatores sociais e culturais.

Apesar da possibilidade de se definir seus limites, a relação entre a dor experimental e a observada no exercício clínico, as incapacidades, os déficits e os exames subsidiários são frequentemente incongruentes, o que torna questionáveis os métodos das escalas e os inventários desenvolvidos para avaliá-la (CARNEIRO, 2000 apud ORÉFICE, 2007).

A prevalência das condições dolorosas é ainda alta e crescente. Lacerda et al. (2011) diz que a maior longevidade dos indivíduos decorrente de novos hábitos de vida e do prolongamento da sobrevida de pacientes com afecções clínicas são alguns dos aspectos apontados como responsáveis pelo aumento dos registros de dor. Ainda cita que a dor exerce um importante impacto na QV dos indivíduos, devido ao sofrimento e as limitações causadas no dia a dia.

A política para o tratamento da dor, seja com seu controle próprio, seja na prestação de cuidados paliativos, é o exemplo maior de universalidade e da transversalidade das atividades interdisciplinares na área da saúde pública. A assistência ao paciente com queixa algica é complexa, exigindo tanto conhecimento quanto habilidade da equipe assistencial em perceber e tratar a dor de forma adequada. A falta de diagnóstico e tratamento adequado na fase aguda pode favorecer a cronificação da dor e o agravamento da apresentação clínica (RUVIARO et al., 2012).

2.1.2 Avaliação da dor

Atualmente existem vários instrumentos que se propõe para a avaliação e mensuração da intensidade da dor para diversas situações patológicas, de tratamento e faixas etárias. No entanto, a mensuração de condições subjetivas apresentadas pelo ser humano, como é a dor, constitui uma condição altamente desafiante a pesquisadores envolvidos nessa temática (AUGUSTO et al., 2004 apud ORÉFICE, 2007).

A necessidade de se conhecer e comparar quadros dolorosos entre populações diferentes e de quantificar a resposta às diversas terapias despertou, em alguns pesquisadores, o interesse em desenvolver instrumentos de avaliação de dor passíveis de comparação e que possibilassem o desenvolvimento de uma linguagem universal sobre a experiência dolorosa. Os instrumentos para a avaliação da dor crônica em adultos baseiam-se fundamentalmente no autorrelato. O doente é autoridade sobre sua dor, visto o caráter individual e subjetivo da experiência dolorosa (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos (2009, p. 86) o controle da dor deve se basear em avaliação cuidadosa com elucidação de suas possíveis causas e seus efeitos na vida do paciente, investigando fatores desencadeantes e atenuantes, além dos psicossociais, que possam influenciar o seu impacto.

O conceito de dor como um fenômeno diretamente relacionado à extensão da lesão tecidual foi preponderante até a década de 60. Esta é a razão pela qual os primeiros trabalhos sobre avaliação da dor mediam, exclusivamente, sua intensidade. Foram elaboradas várias escalas para mensurar a intensidade da dor, mas poucas aferem aspectos sensitivos e afetivos da experiência dolorosa. Dentre as escalas unidimensionais, destacaram-se as numéricas, onde o doente gradua a dor em intervalos de 0 a 5 ou 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 5 ou 10, respectivamente, significam a pior dor imaginável e a escala visual analógica, que consiste em uma reta de 10 cm onde nas extremidades constam as palavras âncoras: sem dor e pior dor imaginável (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

Após a publicação do trabalho de Melzack (1979 apud Oréfice, 2007), que enfatizou a importância das 3 dimensões da dor: a sensorial-discriminativa a motivacional-afetiva e a cognitiva avaliativa, sustentadas por sistemas fisiologicamente especializados no SNC, foi desenvolvida a primeira escala multidimensional de avaliação da dor. A partir da compreensão da necessidade de escalas que mensurassem as diferentes qualidades da dor, MELZACK, desenvolveu o “Questionário para Dor McGill”. É o instrumento mais utilizado para se avaliar outras características da dor, além da intensidade. Foi elaborado para fornecer medidas quantitativas da dor, que pudessem ser tratadas estatisticamente e permitir comunicação das qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas do fenômeno doloroso. Tem índices de validade e confiabilidade estabelecidos e poder discriminativo entre os diversos componentes da dor (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

Neste estudo, usaremos o Diagrama Corporal e a Escala de Faces, parte integrante do questionário de dor propriamente dito, para ampliar a avaliação da dor e relaciona-la com os domínios do SF-36. Estes instrumentos abordam de forma simples a localização da dor e sua intensidade, sendo relevantes para a implantação de medidas preventivas quanto aos sintomas dolorosos que os profissionais com o passar dos anos poderão adquirir. Assim, para identificar as possíveis alterações na QV dos profissionais, faz-se relevante abordar esta temática, a relação com o ambiente de trabalho e também com outros aspectos da saúde.

3 QUALIDADE DE VIDA

3.1 EVOLUÇÃO E CONCEITO DA QUALIDADE DE VIDA

O conceito de QV é tão antigo como a Grécia, de Aristóteles, o qual já tratava do assunto no século IV a.C. e dizia que o homem feliz era aquele que vivia bem e que estava bem. Aristóteles (300 a.C.) profere que a perfeita finalidade do homem não pode ser outra senão a felicidade. Desde então, políticos e pensadores têm refletido sobre o tema e neste sentido destaca-se a importância da saúde neste debate (BUSS, 2000). Alguns autores descrevem que na Idade Média a disputa por terras era sinônimo de uma vida boa e trazia mais dignidade para o homem daquela época. Minayo, Hartz e Buss (2000) esclarecem que na área da saúde as discussões sobre a QV surgiram no século XVIII e XIX com o aparecimento da medicina social, período em que estudos específicos começaram a fornecer subsídios para a elaboração de movimentos sociais e políticas públicas.

No decorrer do século XIX, com o reconhecimento dos direitos do cidadão, as obrigações do Estado referentes à saúde coletiva e aos cuidados das pessoas firmam-se como um espaço público e político. Nesse contexto, têm-se os construtos básicos para a gênese da QV, embora esse termo seja encontrado pela primeira vez somente no século XX. (SEIDL; ZANNON, 2004). Esses autores citados anteriormente relatam ainda as evidências de que o conceito surgiu na literatura médica na década de 30, período em que havia a definição do conceito no que se refere à avaliação da QV.

Há relatos que com a Revolução Industrial, as reivindicações dos trabalhadores tinham o intuito de melhores condições de vida e de trabalho. Entretanto, essa temática é atualmente recorrente há inúmeras áreas do conhecimento e se faz importante principalmente na saúde, onde pesquisadores retratam as perspectivas e anseios e buscam esclarecer sua evolução e conceitos que mais se aproximam do ser humano. Após a Segunda Guerra Mundial o termo QV começou a ser utilizado nos EUA com a finalidade de descrever o efeito gerado pela aquisição de bens materiais na vida das pessoas. Porém, mais tarde, este termo começou a ser empregado para capturar avanços e até mesmo expandir a avaliação nas áreas de saúde, educação e economia (LEVY, 2003). Com o tempo o conceito foi gradativamente ampliando para as áreas políticas e sociais, contribuindo assim para uma definição cada vez mais sugestiva ao bem estar do ser humano.

Segundo Minayo et al. (2000) QV é definida como uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma

síntese cultural de todos os elementos que determinada à sociedade, considerando seu padrão de conforto e bem-estar.

Podem ser encontradas diferentes e numerosas definições sobre QV e Campos et al. (2008) dizem que não existe um consenso sobre as mesmas. As definições englobam desde o estado de saúde, bem como uma variedade de domínios, como meio-ambiente, recursos econômicos, relacionamentos, tempo para trabalho e lazer. Os autores citam que:

Na conceituação adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a QV foi definida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Um aspecto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição genérica do termo QV é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos. (CAMPOS, 2008, p.234).

De acordo com Fleck et al. (2008), o Grupo WHOQOL definiu QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação as suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Wallander et al. (2001, apud CUNHA, 2007) destacam que a QV é vista como a combinação de um bem estar objetivo e subjetivo composto de múltiplos domínios da vida que são considerados importantes tanto na cultura quanto na época em que vive um indivíduo e que estão de acordo com padrões universais dos direitos humanos.

Segundo Cunha (2007) a avaliação da QV é um tema científico recente, mas que se consolidou como área de pesquisa e relaciona-se com várias outras áreas das ciências da saúde. A crítica e a definição do conceito de QV englobam desde mesmo a Antiguidade, diferentes referenciais filosóficos e conceituais sobre o que seja uma vida com qualidade.

Outra definição propõe que a QV seja a adequação entre o que o indivíduo aspira e o que ele efetivamente obtém na vida que leva. Portanto, é uma dimensão subjetiva, e sua avaliação é de extrema importância para medir o estresse, que abrange as diversas áreas da vida: profissional, familiar e lazer (CAÑETE, 2001 apud PRADO, 2011).

Embora difícil de definir com precisão, QV tem um significado inerente e complexo a cada pessoa. Fleck (2008, apud PRADO, 2011) mostra bem essa complexidade quando relata que a ausência de consenso a respeito de um conceito em um campo novo de conhecimento é algo comum e perfeitamente comprehensível, criando problemas por muitas vezes insolúveis. Refere que a QV só pode ser compreendida de forma global, onde o indivíduo deve ser o centro da avaliação, já que o objetivo se esclarece pelas atividades e experiências vividas e

nao suas condições de vida. Queiroz et al. (2004) cita que QV é uma expressão que se reveste de grande complexidade, dada à subjetividade que representa para cada pessoa ou grupo social, podendo representar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, morar bem, ganhar salário digno, ter amor e família, poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança. E pode significar todo esse conjunto de atributos e/ou benefícios.

Os autores citados anteriormente também relatam que QV, de acordo com o conceito positivo de saúde, é centrada no contexto histórico do processo saúde-doença e da promoção da saúde, através do movimento por cidades saudáveis. As políticas públicas devem ser como um instrumento do poder público para promover qualidade de vida, sob o olhar vigilante e a ação política dos cidadãos, focalizando as concepções, reforma do Estado e financiamento de novas políticas (QUEIROZ et al., 2004).

O uso de QV como conceito necessário na prática dos cuidados e pesquisa em saúde deve ser reforçado no campo de investigações científicas. Sendo assim, para medir diretamente a saúde dos indivíduos, têm-se desenvolvido e testados instrumentos estruturados e simplificados, capazes de reconhecer os estados de completo bem estar físico, mental e social, estabelecendo assim uma maior proximidade de definição para esta temática.

Com o intuito de avaliar QV, diferentes instrumentos foram formulados. De acordo com Minayo et al. (2000), um dos primeiros foi o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Os autores esclarecem que:

[...] o IDH é um indicador sintético de qualidade de vida que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população. A renda é avaliada pelo PIB real per capita; a saúde, pela esperança de vida ao nascer e a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados. Renda, educação e saúde seriam atributos com igual importância como expressão das capacidades humanas. O IDH se baseia na noção de capacidades, isto é, tudo aquilo que uma pessoa está apta a realizar ou fazer. Nesse sentido, o desenvolvimento humano teria, como significado mais amplo, a expansão não apenas da riqueza, mas da potencialidade dos indivíduos de serem responsáveis por atividades e processos mais valiosos e valorizados [...]. Mas também apresenta limitações que devem ser consideradas, seja no uso para comparar qualidade de vida entre territórios, seja ao longo do tempo em um mesmo território. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p.10).

O quadro a seguir resume os fatores ou parâmetros individuais e socioambientais que podem influenciar a QV de indivíduos ou grupos populacionais:

QUADRO 3 - Qualidade de Vida

Parâmetros socioambientais	Parâmetros Individuais
Moradia, transporte, segurança	Hereditariedade
Assistência médica	Estilo de Vida: <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimentares • Controle do Estresse • Atividade Física Habitual • Relacionamentos • Comportamento Preventivo
Condições de trabalho e remuneração	
Educação	
Opções de lazer	
Meio ambiente	
Cultura	

Fonte: NAHAS (2010).

Pode-se considerar a QV tanto na perspectiva individual quanto social. Para grupos sociais, geralmente utilizam-se indicadores estatísticos que caracterizam o grau de qualidade de vida ou desenvolvimento humano existente. São exemplos desses indicadores: a expectativa de vida, os índices de mortalidade e morbidade, os níveis de escolaridade e alfabetização dos adultos, a renda per capita, o nível de desemprego, a desnutrição e a obesidade. Mais do que apenas estatísticas, desenvolvimento humano envolve escolhas, envolve ampliação do acesso e aumento de oportunidades para uma vida melhor, uma vida feliz (NAHAS, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU), é um exemplo de indicador de qualidade de vida que reúne dados demográficos de mais de 170 países. O IDH é calculado pela ONU desde 1975 e tem como finalidade comparar o estágio de desenvolvimento relativo de países, regiões ou mesmo cidades. Este índice é inovador porque introduz variáveis que visam captar outros aspectos das condições de vida da população, além da variável econômica tradicionalmente utilizada. Com base no IDH, os países, estados ou municípios são classificados em três níveis de desenvolvimento: IDH baixo (até 0,499), IDH médio (0,500 a 0,799) e IDH alto (igual ou superior a 0,800). O Brasil ainda continua fora da lista dos países com melhores condições de

vida e infelizmente convivemos com desigualdades sociais que se refletem claramente nos indicadores de desenvolvimento humano ou de qualidade de vida. (NAHAS, 2010, p. 18).

A literatura científica classifica alguns instrumentos para medir QV em genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos possibilitam uma avaliação simultânea dos vários domínios e áreas e também podem ser utilizados em qualquer população. Essa vantagem dos instrumentos genéricos permite a comparação dos pacientes com as diferentes patologias. Os instrumentos específicos são destinados a determinadas doenças, como por exemplo, o diabetes e as doenças pulmonares. Gonçalves e Ciconelli (2006) dizem que os instrumentos específicos possuem maior sensibilidade clinicamente, porém, não permitem comparações entre patologias distintas e são restritos aos domínios de relevância do aspecto a ser avaliado.

A preocupação com a QV demonstra a necessidade de estudos integrados em várias áreas, que englobem aspectos de saúde física, desempenho e bem estar, sendo verificada também nas condições de segurança, educação, emprego e lazer. O ser humano pode influenciar-se por algum tipo de tensão, estresse ou até mesmo por algum sofrimento, onde somente ele poderá avaliar suas dimensões de boa qualidade em saúde, seguindo sua própria percepção. É importante que este conceito de QV seja analisado de acordo com as diferentes culturas, assim como em épocas distintas, visto que ele pode se diferenciar, tanto de indivíduo para indivíduo como em diferentes locais e ao longo do tempo.

QV pode ser vista em termos individuais, de grupos ou de grandes populações e os domínios de qualidade de vida mais frequentemente descritos na literatura dividem-se em quatro categorias: a) condição física e habilidades funcionais; b) condição psicológica e sensação de bem-estar; c) interação social; d) fatores e condições econômicas. Apesar de que alguns autores citem os fatores sociais e econômicos como uma das categorias que devem ser levadas em consideração quando avaliamos a QV de um indivíduo ou um grupo de pessoas, em países em desenvolvimento como o Brasil, devemos provavelmente considerar um outro fator: os direitos humanos (isto é, direito à educação, moradia, ao trabalho, ao emprego, à segurança pública...). Sem esses direitos básicos e primários garantidos, não podemos sequer iniciar uma avaliação sobre os níveis de qualidade de vida das pessoas (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000).

Araújo e Araújo (2000) dizem também que a QV de uma pessoa não pode ser considerada naturalmente, apenas pela via da saúde. Essa definição ainda está por amadurecer, mesmo porque, se considerarmos saúde apenas como ausência de doenças,

estamos tendo uma visão simplista e sectária desse conceito amplo que envolve outros fatores já citados anteriormente.

Os autores acima citados relatam também a boa condição física como fator importante para a prevenção e tratamento de doenças e manutenção da saúde, sendo um instrumento precioso para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Assim, a classificação de uma QV boa ou ruim está diretamente relacionada à maneira do indivíduo entender a vida e seu bem estar. No ambiente do trabalho, a satisfação do trabalhador deve ser influenciada por aspectos que podem determinar uma melhor QV deste profissional.

3.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Desde a Antiguidade o conceito de QVT foi citado como a preocupação de satisfação e bem-estar do trabalhador em suas tarefas. Vasconcelos (2001) mostra que:

[...] os ensinamentos de Euclides (300 a.C) de Alexandria sobre os princípios da geometria serviram de inspiração para a melhoria do método de trabalho dos agricultores à margem do Nilo. Assim como a Lei das Alavancas, de Arquimedes, formulada em 287 a.C., veio diminuir o esforço de muitos trabalhadores. (RODRIGUÊS, 1999, apud VASCONCELOS, 2001, p. 23).

Essa preocupação com a QVT possui um destaque especial em relação ao colaborador e a execução de suas tarefas há muito tempo dentro das organizações. Se antes os trabalhadores eram observados de maneira informal e sem interesse específico, com o passar do tempo foram evidenciados através dos resultados que poderiam proporcionar para a mesma (KUROGI, 2008). O termo QVT se impõe, tornando-se assunto primordial nas organizações.

O trabalho, no decorrer da história, foi ocupando a maior parte do tempo do ser humano. O que de início era para suprir suas necessidades básicas de subsistência, passa a ser, principalmente após a Revolução Industrial, o ponto central da vida do homem. O homem, desta forma passa maior parte de sua vida em seus locais de trabalho, dedicando sua força, energia e esforços para as organizações. Ou seja, disponibilizando maior parte do seu tempo ao trabalho do que propriamente com suas famílias e amigos. Garcia (2007) cita que a Revolução Industrial foi um marco histórico para o tema, à medida que com a sistematização dos métodos de produção, as condições de trabalho passaram a ser analisadas cientificamente pelos economistas liberais, pelos teóricos da Administração Científica e posteriormente pela Escola de Relações Humanas.

Alguns pesquisadores relatam a ideia de que na década de 1920 cresceu o interesse pelo o estudo da satisfação do trabalhador. Observam-se mudanças quanto à valorização do mesmo e no dia a dia de suas atividades, de forma a compreender como essas transformações ocorrem para o bem estar deste profissional e contribua em aspectos psicológicos e sociais consideravelmente importantes para sua qualidade de vida.

Lacaz (2000) diz que QVT é uma terminologia que tem sido largamente difundida nos últimos anos, inclusive no Brasil. Como incorpora uma imprecisão conceitual, vem dando margem a uma série de práticas nela contidas que ora aproximam-se da qualidade de processo e de produto, ora com esta se confundem. Uns enfatizam aspectos da reação individual do trabalhador às experiências de trabalho (década de 1960); outros aspectos de melhoria das condições e ambientes de trabalho, visando maior satisfação e produtividade (década de 1970). Nesse período acontece uma desaceleração das conquistas até então obtidas, pela preocupação que os países tinham com as crises existentes no mercado de trabalho, por exemplo, a crise do petróleo. A QVT é vista como um movimento, no qual termos como gerenciamento participativo de democracia industrial são dotados freqüentemente, como seus ideais.

Em 1960, a QVT começou a tomar uma forma não somente preocupada com o esforço físico demandado pelo trabalho. Um grupo de pesquisadores, alunos, sindicalistas e representantes do governo americano se interessou por estudar como seria possível influenciar a qualidade das experiências do indivíduo no trabalho (GARCIA, 2007). Walton (1974, apud PADILHA, 2010) explica QVT como uma ideia calcada em humanização do trabalho e responsabilidade social da empresa, envolvendo o entendimento de necessidades e aspirações do indivíduo, através da reestruturação do desenho de cargos e novas formas de organizar o trabalho, aliadas a uma formação de equipes de trabalho com um maior poder de autonomia e uma melhoria do meio organizacional. Para esse autor, a QVT se insere num contexto de equilíbrio ou conciliação entre trabalho e outras esferas da vida.

Na década de 1970 a QVT passou a ser um objeto de investimento para as organizações, sobretudo nas grandes corporações. Esse período histórico é marcado pela iniciativa de implantar Programas de Qualidade de Vida no Trabalho (PQVT). Mesmo com a crise em vários setores importantes do trabalho, o país instaura novas relações de produção, acompanhadas de políticas governamentais de valorização do capital financeiro, das questões legais e mais flexíveis para os contratos de trabalho, aumenta da taxa de desemprego e a exclusão social.

Ferreira et al. (2009) dizem que a necessidade de PQVTs nas organizações aparece marcada por uma aceleração de mudanças no mundo do trabalho, com destaque para o ritmo intenso das inovações tecnológicas na sociedade da informação, o crescente conteúdo de conhecimento agregado à produção, a diminuição do ciclo de vida dos produtos e os processos de produção que mudam em alta velocidade.

As denominadas “indústrias do conhecimento” crescem e demandam profissionais mais qualificados, exigindo que as habilidades tenham que ser atualizadas constantemente. Do “novo trabalhador” espera-se o desenvolvimento de capacidades para manejar novas ferramentas tecnológicas, lidar com problemas menos estruturados, relacionar-se socialmente (comunicação, negociação, solução de conflitos), trabalhar em equipes, e assumir novas responsabilidades para atuar em ambientes com maior incerteza, papéis pouco definidos e equipamentos altamente sofisticados (FERREIRA et al., 2006). Novas perspectivas surgem com o objetivo de se afirmarem como um novo conceito referente à qualidade de vida do trabalhador. O interesse da organização pela qualidade do produto não é mais isolado e sim paralelo à satisfação do profissional

De acordo com Rocha e Fernandes (2008), com o crescente processo de globalização que a sociedade atual vive e a consequente aceleração no ritmo da produção tecnológica observa-se uma profunda mudança nas relações desenvolvidas no mundo do trabalho e, em decorrência, queda crescente da qualidade de vida da população trabalhadora.

Para Ciborra e Lanzara (1985, apud LACAZ, 2000) são várias as definições da expressão QVT, ora associando-a as características intrínsecas das tecnologias introduzidas e ao seu impacto; ora a elementos econômicos, como salário, incentivos, abonos, ou ainda a fatores ligados à saúde física, mental e à segurança e, em geral, ao bem estar daqueles que trabalham. Em outros casos, segundo estes autores, considera-se que a QVT é determinada por fatores psicológicos, como grau de criatividade, de autonomia, de flexibilidade de que os trabalhadores podem desfrutar ou, fatores organizativos e políticos, como a quantidade de controle pessoal sobre o posto do trabalho ou a quantidade de poder que os trabalhadores podem exercitar sobre o ambiente circundante a partir de seu posto de trabalho.

Estudos mostram que no trabalho a QV representa a necessidade de valorização das condições de trabalho. A utilização de QVT como projeto de ações, de gestão com qualidade no processo e na evolução da consciência social e do direito à saúde é a forma mais eficiente de promover práticas para melhorar o estilo de vida dos trabalhadores. Neste cenário as propostas de prevenção, as ações ergonômicas e cuidados com a saúde mental do trabalhador,

bem como o incentivo às atividades de lazer, esporte e cultura, devem ser essenciais para o seu bem estar. Recentemente as questões de cidadania e a responsabilidade social também têm sido abordadas nas empresas, para melhor envolvimento do profissional na sociedade.

A busca constante por um ambiente humanizado é uma entre as tantas atribuições da QVT. A ideia básica consiste em aproveitar as habilidades mais refinadas dos trabalhadores, buscando assim um ajustamento entre tecnologia, tarefas e empregados. A QVT não se limita apenas prevenir acidentes de trabalho, tem que abranger todas as esferas da organização. Para isso, deve ser desenvolvido um estudo criterioso para apurar as causas de insatisfação dos funcionários, tanto a vida familiar como a vida social devem ser consideradas, tendo em vista que as mesmas se refletem no ambiente de trabalho, afetando a qualidade da produção e o desempenho em suas funções (CAVASSANI et al., 2006).

Atualmente as organizações vivem em um ambiente globalizado e competitivo e a busca por resultados torna-se cada vez mais desafiadora. Isto exige cada vez mais dos trabalhadores a capacidade de suportar cobranças e viver constantemente sob pressão. Por outro lado, as organizações veem a necessidade de investir em programas QVT, visando, assim, uma melhora no bem-estar dos funcionários, de sua capacidade produtiva e, consequentemente, de seus resultados (CAVASSANI et al., 2006).

Fernandes (1996, apud GARCIA, 2007) afirma que no Brasil os esforços pela QVT são mais tardios, mas também decorrem da busca de competitividade pelas empresas, a partir da abertura para importação de produtos estrangeiros e da corrida para a implantação dos Programas de Qualidade Total.

A QVT vem sendo estudada para agilizar, facilitar a vida do trabalhador. Tornar o trabalho mais prazeroso, trazer bem estar e amenizar o sofrimento no trabalho. Está ligado diretamente com a satisfação dos clientes internos e externos. Segundo estudos o profissional satisfeito veste a camisa da empresa, ou seja, a satisfação no trabalho reflete num melhor produto ou maior qualidade nos serviços prestados (CUNHA, 2013).

Entende-se que este termo seja como uma aplicação concreta de uma filosofia humanista, equilibrada, visando alterar aspectos do e no trabalho, para que sejam abordadas com relevância a questão da qualidade de vida no trabalho e suas gestões, a fim de se criar uma situação mais favorável à satisfação das necessidades dos trabalhadores.

Vale ressaltar que o nível de satisfação do trabalhador é diretamente proporcional à QVT e sua percepção com relação ao seu trabalho pode determinar valores que ampliem seu

crescimento dentro e fora da organização. Assim, a preocupação direcionada a saúde dos trabalhadores, não somente na produção sistemática deste profissional, mas também a relação com os aspectos condicionados é essencialmente determinante para que haja boas influências e auto percepção de cada individuo sobre seu estado geral de saúde. Com isso, a QVRS está necessariamente interligada aos conceitos de QVT.

3.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

O conceito QV é um termo utilizado em duas vertentes: (1) na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; (2) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde (SEIDL; ZANNON, 2004). Ainda citam que:

Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um continuum, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. (SEIDL; ZANNON, 2004, p.580).

Relacionada à Saúde, QV tem sido usado no campo para diferenciar-se no sentido genérico. É considerado sinônimo do termo “estado de saúde auto-percebida”, que contém três domínios: físico, psicológico e social. O domínio físico está relacionado a aspectos de capacidade funcional e capacidade de trabalho. O domínio psicológico está relacionado à satisfação, bem-estar, autoestima, ansiedade e depressão. O domínio social inclui os aspectos relativos à reabilitação para o trabalho, lazer, social e interação familiar (NOGUEIRA et al., 2012).

O avanço nos estudos sobre QV, no entanto, originou definições focais, ou seja, aquelas que se referem a somente um ou pequeno número de componentes da qualidade de vida. Surge, assim, o conceito de QVRS, definido por Monteiro et al. (2009) como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial. Em QVRS, é empregada uma abordagem multidimensional, que leve em

conta os aspectos físicos, mentais e sociais que estão mais claramente relacionadas com os sintomas, incapacidades e limitações causadas pela doença. Saúde auto avaliada e qualidade de saúde dos instrumentos de vida geram um conjunto de indicadores de saúde importantes para indivíduos e populações e são preditores significativos de mortalidade, principalmente em idosos (LIMA et al., 2009).

Segundo Arbex e Almeida (2009) a QVRS pode ser definida como o valor atribuído à duração da vida, quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos. Nahas (2010, p.20) cita que QV tem emergido em décadas recentes, como um fator de destaque nas investigações relacionadas à saúde, principalmente ligadas aos cuidados com pacientes de doenças infecciosas graves (AIDS, tuberculose, por exemplo) e crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e câncer).

A tabela a seguir demonstra algumas definições de QVRS, explicando assim que a saúde não é o centro da QV, é uma dimensão a ser explorada.

TABELA 2 - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

“É a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde.” (GUITERAS; BAYÉS, p.179)

“Refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida.” (CLEARY et al., p.91)

“É o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde.” (PATRICK; ERICKSON, 1993, apud Ebrahim, p. 1384)

Fonte: Seidl e Zannon (2004).

O conceito de QVRS é complexo, amplo e não tem uma definição global. Mas há maior entendimento de que isso deve ser avaliado de forma subjetiva e multidimensional, incluindo saúde física, psicológica e relações sociais. QV e estado de saúde podem estar relacionados, mas são conceitos distintos. O primeiro é determinado não só por problemas de saúde, como também pela resposta emocional a esses problemas (JUNIOR, 2012). A avaliação QVRS tem grande relevância em populações de indivíduos doentes e hoje é

reconhecida como importante indicador de saúde em populações saudáveis, incluindo trabalhadores.

QVRS pode ser definida como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, também no tratamento e na organização política e econômica do sistema assistencial. Nesse contexto, existe a valorização da subjetividade do indivíduo (SANTOS et al., 2011). O autor mencionado anteriormente diz que a avaliação QVRS requer a atenção para várias dimensões, incluindo as preocupações físicas (por exemplo, sintomas), capacidade emocional, sexualidade e funcionamento social.

Conforme Nicolussi et al. (2012) a QVRS pode ser definida como um ótimo nível de função mental, física, social e de papel desempenhado na vida, abrangendo relacionamentos, percepção de saúde, aptidões, nível de satisfação com a vida e sensação de bem-estar, e também relaciona as perspectivas futuras e a satisfação do paciente com seu tratamento, seus resultados e seu estado de saúde.

A QVRS deve ser medida para uma tomada de decisões em relação a tratamentos e intervenções; bem como, para avaliar resultados de políticas e programas dirigidos à melhoria da população. Mais do que a importância do estudo da população em geral, não doente, é o desejo de poder comparar unidades culturais diferentes, estabelecer padrões normativos da população e programas para melhorar a QV em geral (EVANS, 1994 apud SOUZA; CARVALHO, 2010).

Portanto, os hábitos de vida de cada pessoa repercutem muitas vezes em como e quanto cada um pode viver. Existem assim, fatores positivos e negativos no estilo de vida que comprovadamente afetam na saúde e no bem estar, a curto ou longo prazo. Esta percepção permite visualizar que o ser humano necessita estar inserido no meio em que vive de forma a exercer suas funções fisiológicas e por meio disto adquirir maior resistência para qualquer tipo de doença.

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência da dor física, a QVRS e a relação com os domínios do SF-36 dos profissionais do SAMU-192 de Campo Grande/MS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociocupacional da amostra;
- Caracterizar a prevalência e a intensidade da dor por meio do Diagrama Corporal e a Escala de Faces;
- Caracterizar a QVRS por meio dos domínios do SF-36 da amostra;
- Correlacionar os domínios do SF-36 com o Diagrama Corporal e a Escala de Faces;
- Correlacionar os domínios do SF-36 com as variáveis do questionário sociocupacional;
- Identificar possíveis fatores de proteção (psicossociais) que podem contribuir para a QV nessa população.

5 HIPÓTESE

A amostra possui uma prevalência de dor física e esta limita a QVRS.

6 CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva de corte transversal com caráter exploratório.

6.1 LOCUS DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada na sede administrativa e Central de Regulação Médica de Urgências (SAMU-192), localizada na Vila Pioneiras, saída para São Paulo, em Campo Grande/MS. No período de aplicação dos questionários, estenderam-se as coletas para a Escola Técnica em Saúde Pública, localizada no bairro Ipiranga, pelo fato dos profissionais estarem em curso de capacitação e também pela melhor comodidade dos mesmos.

6.2 PARTICIPANTES

Em Campo Grande/MS, temos um número total de 247 profissionais (N=247) do SAMU-192, dos que circulam na ambulância e também os que atuam na Central de Regulação Médica de Urgências.

A amostra deste estudo foi composta por 135 profissionais (n=135) das cinco categorias, médicos (n=15), enfermeiros (n=15), auxiliares e técnicos de enfermagem (n=48), condutores (n=29) e os assistentes administrativos (telefonistas e operadores de frota) da Central de Regulação Médica de Urgência (n=28). O processo de entrevista se deu por conveniência e não probabilística, todos os profissionais que estavam presentes nos dias da aplicação dos questionários foram convidados e aceitaram a participar da pesquisa. Os questionários foram aplicados pelo próprio pesquisador.

6.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Todos os profissionais concursados e contratados que atuam no SAMU-192, de ambos o sexo, os que cumprem a folha de frequência somente no serviço e também os plantonistas que atuam conforme escala de plantão, elaborada pela chefia imediata. Em relação a idade, somente os profissionais entre 21 e 65 anos e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), modelo anexado (APÊNDICE B).

Foram excluídos os profissionais afastados por atestado médico e os que não preencheram os critérios de inclusão.

6.3 PROCEDIMENTOS

O primeiro contato para autorização deste estudo foi feito por meio da Coordenação de Convênios e Cooperação Mútua (CCCM) da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Campo Grande/ MS, localizado na Av. Afonso Pena, região central. O próprio pesquisador visitou o setor de coordenação e para este setor foi entregue em mãos uma carta de apresentação do pesquisador assinada pelo orientador (APÊNDICE A). O documento constava como uma solicitação para a autorização da pesquisa no âmbito de um órgão público municipal, visto que a pesquisa realizou-se com os profissionais do SAMU-192. Anexado à carta de apresentação foi entregue também o projeto impresso com todos os critérios de exigências que a instituição determina (xerox de documentos pessoais). Contudo, esta viabilização e autorização se deu no período de 3 de maio à 7 de julho de 2013. No fim deste prazo o pesquisador retirou a carta de autorização da pesquisa do setor de Coordenação de Convênios (ANEXO B) e encaminhou para a CURG e esta para a sede administrativa do SAMU-192, localizada na Vila Pioneira, saída para São Paulo.

Após a autorização da CCCM, o estudo foi encaminhado ao CEP da UCDB no dia 8 de Setembro 2013, com aprovação no dia 5 de outubro de 2013. Com o resultado de aprovação pelo CEP e assinatura da folha de rosto para a pesquisa em seres humanos, iniciou-se o estudo piloto em uma população reduzida, de cinco participantes, semelhante à pesquisada, com o objetivo de calcular o tempo médio para aplicação dos instrumentos da pesquisa e também detectar possíveis viéses dos mesmos. Neste estudo piloto foram tomados os mesmos cuidados éticos que na pesquisa propriamente dita. Os questionários do estudo piloto foram aplicados no dia 10 de outubro de 2013, na CURG, localizada na SESAU, em Campo Grande, MS.

Logo após o estudo piloto, no dia 16 de Outubro de 2013, iniciou-se a pesquisa, onde foram apresentados aos participantes os questionários e seus objetivos.

Os profissionais em sua maioria fazem seu registro de ponto na sede administrativa do SAMU-192 para o início e término de jornada de trabalho e também para a assinatura de escalas de plantões eventuais. Esses profissionais foram abordados e avisados da pesquisa

pelo próprio pesquisador. Inicialmente foram informados do tema: Dor e QVRS dos profissionais que atuam no SAMU-192 de Campo Grande/MS. Na sequência foram esclarecidos os objetivos do estudo e por fim foram feitos os convites separadamente, para os profissionais participarem da pesquisa. Com o aceite, eles receberam um envelope contendo as seguintes informações na capa: quanto ao TCLE, que estava em duas vias, uma via deveria ficar com o participante, a outra deveria ser assinada e entregue ao pesquisador que informou dos procedimentos adotados, a fim de que os mesmos pudessem tomar sua decisão em participar do estudo de forma esclarecida e sem constrangimentos; quanto aos questionários: 1) que não identificassem com o nome, 2) que todas as perguntas deveriam ser respondidas, 3) que entregassem o envelope fechado após as respostas, 4) que respeitassem o prazo de entrega, estipulado para no máximo dia 11 de Novembro de 2013, 5) que se tivessem dúvidas, ligassem no número (celular ou residencial) ou endereço eletrônico (email) do pesquisador, identificado no envelope. No envelope constava separadamente o questionário sociocupacional, o questionário Short Form Health Survey SF-36 (ANEXO C) e o questionário de Dor de McGill: Diagrama Corporal e Escala de Faces (ANEXO D).

Como a maioria dos profissionais de nível médio estava em curso de capacitação na Escola Técnica em Saúde Pública, localizada na Vila Ipiranga, em Campo Grande/MS, na semana dos dias 22, 23 e 24 de Outubro de 2013, houve um acordo com as supervisoras técnicas do SAMU-192 e estas autorizaram a entrega dos questionários e seu preenchimento também nesta ocasião, os mesmos assinaram o termo e entregaram os questionários dentro do envelope.

A entrega dos envelopes contendo os termos e os três questionários encerrou-se no dia 11 de Novembro de 2013. Como se tratou de uma pesquisa de baixo perfil invasivo e instrumentos autoaplicáveis, não houve riscos para os participantes.

6.4 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

6.4.1 Questionário sociocupacional

Este instrumento foi elaborado pelo próprio pesquisador e buscou dados de identificação com as variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, cargo ocupado, qual regime de contratação, renda mensal própria, carga horária semanal de trabalho, necessidade de jornada dupla, se possuem outro vínculo empregatício, motivo pelo qual levou a trabalhar

no serviço de urgência, religião, se pratica atividades físicas regulares e quanto tempo já está no SAMU-192 (APÊNDICE C).

6.4.2 Questionário de Dor de McGill: Diagrama Corporal e a Escala de Faces

Este questionário teve sua tradução e validação para o português feita por Pimenta e Teixeira em 1997. Em sua forma abreviada, é um dos instrumentos multidimensional mais conhecido para a mensuração da dor. Possui como parte integrante, um diagrama corporal para as informações relacionadas com a localização anatômica da dor e a caracterização de aspectos como periodicidade e duração da queixa álgica (PIMENTA e TEIXEIRA, 1996). O questionário de McGill contém ainda uma escala de faces que caracteriza a intensidade da dor e pode variar de 0 a 5.

A escala de faces é um instrumento composto por seis expressões faciais (caricaturas) que representam à dor sentida pelo entrevistado. Possuem uma numeração de zero a cinco, com descritores pra a determinação de sua intensidade, sendo **zero** equivale a “feliz sem dor”, **um** equivale à “dor que machuca muito pouco”, **dois** equivale a “uma dor que machuca um pouco mais”, **três** equivale a “uma dor que machuca muito”, **quatro** equivale a “uma dor que machuca muito mais” e **cinco** equivale à “dor que machuca mais do que se possa imaginar” (SHIGUEMOTO, 2004 apud ORÉFICE, 2007). Segue abaixo as caricaturas:



O reconhecimento de que este questionário é o melhor instrumento existente para se avaliar a dor sob o prisma multidimensional, a compreensão de que sua elaboração foi calcada no referencial teórico da fisiologia da dor, o que pressupõe alguma universalidade das qualidades álgicas e, finalmente, os estudos que confirmaram que indivíduos com diferentes antecedentes sócio-culturais, mas com sintomas similares, tendem a escolher as mesmas palavras para descrever sua experiência dolorosa, estimularam a adaptação do questionário para diferentes línguas tais como: italiano, espanhol, francês, dinamarquês, alemão e finlandês (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

6.4.3 Medical Outcomes Studies 36 – item Short Form Health Survey (SF-36)

Pesquisadores do Medical Outcomes Studies selecionaram e adaptaram itens para um questionário através de várias fontes e desenvolveram um instrumento chamado Perfil de Funcionamento e Bem Estar que contém 149 itens. Este instrumento foi à origem para a elaboração das instruções e itens do SF-36. O SF-36 foi construído com a preocupação de satisfazer os padrões psicométricos necessários para comparação entre grupos (SANTOS, 2009).

O SF-36 é um instrumento genérico, composto por 36 itens que avaliam as seguintes dimensões: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde); vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar) (CICONELLI, 2003).

Foi traduzido, adaptado e validado no Brasil por Ciconelli, após um estudo realizado com pacientes portadores de artrite reumatóide, na Divisão de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) no ano de 1997 (CICONELLI et al. 1999). Este questionário conta com uma avaliação, onde a partir do resultado, é aplicado um escore para cada questão que posteriormente são transformados numa escala de 0 a 100, ao pior estado de saúde com pontuação de 0 e ao melhor 100, sendo analisado cada dimensão separado (CICONELLI, 2003).

6.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) sob o número 415.354 (ANEXO A). Para sua viabilização, seguiram-se as orientações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas com seres humanos por meio da resolução CNS/466, 2012.

Participaram deste estudo somente os entrevistados que concordaram em assinar o TCLE. Foi mantido sigilo do nome dos participantes durante todo o processo de realização da pesquisa.

6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a coleta, os dados foram tabulados no software Excel 2007, em planilhas, pelo pesquisador e posteriormente enviados para análise estatística, que contou com o apoio de um profissional específico dessa área, o qual organizou junto com o pesquisador o delineamento da análise.

A análise foi feita inicialmente por meio de uma estatística descritiva, a qual apresenta os valores médios, desvios-padrões quando as variáveis são numéricas e as proporções, quando as variáveis nominais. Em seguida, foram realizados testes estatísticos (estatística inferencial) para identificar se existe relação de dependência entre as variáveis do estudo. Para isso, utilizou-se unicamente da *Análise de Variância* (ANOVA) e foram testadas as possíveis diferenças entre o questionário sociocupacional, também para a prevalência e intensidade da dor, conforme o Diagrama Corporal e a Escala de Faces e as notas dos oito domínios do SF-36. O nível de significância também é denominado de p-valor, sendo o valor a partir do qual se considera que há evidência suficiente para refutar a hipótese nula (não há diferença entre os valores médios) e aceitar a alternativa (H^1).

Considerou-se um erro máximo de 5%, uma confiabilidade de 95% e uma proporção de aproximadamente 50% de profissionais para as respostas.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram divididos em quatro partes. Por meio do teste ANOVA serão apresentados na primeira parte a caracterização sociocupacional da amostra. Na segunda parte a caracterização da prevalência e o nível de dor dos participantes. Logo após serão apresentados as relações feitas para a diferença entre a prevalência de dor nos profissionais e sua intensidade conforme o Diagrama Corporal retirado do questionário de McGill, a Escala de Faces e os domínios do SF-36. Na terceira parte a caracterização da QVRS por meio dos domínios do questionário SF-36, com a média entre eles, o desvio padrão e o p-valor. Na quarta parte, a relação entre às variáveis sociocupacionais e os domínios do SF-36, para a verificação em qual domínio os profissionais estão melhores ou piores em relação à QVRS.

7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOCUPACIONAL DA AMOSTRA

A tabela 3 apresenta o perfil sociocupacional dos participantes e os dados estão categorizados com as varáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda mensal própria, se trabalha em outro emprego, religião, se pratica atividades físicas e o tempo de serviço no SAMU, categorias do serviço, carga horária de trabalho, com os valores de frequência absoluta (N) e relativa (%).

TABELA 3 – Distribuição de frequências e porcentagens das variáveis sociocupacionais da amostra

	N	%
Masculino	71	52.6
Feminino	64	47.4
Idade		
Média	38.2	
Desvio Padrão	9.3	
Estado Civil		
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	51	37.8
Casado(a)/ União Estável	76	56.3
Outro	8	5.9
Escolaridade		
Médio Incompleto/Completo	54	40.0
Ensino Superior Incompleto/Completo	60	44.4
Pós-Graduação	21	15.6
Qual sua renda mensal própria?		
De 1 a 3 salários mínimos	45	33.3
De 3 a 5 salários mínimos	59	43.7
De 5 a 8 salários mínimos	9	6.7

Acima de 8 salários mínimos	22	16.3
Trabalha em outro emprego		
Sim	30	24.6
Não	92	75.4
Qual sua religião		
Católico	66	48.9
Protestante	19	14.1
Outros	42	31.1
Não tem religião	8	5.9
Realiza atividade física		
Sim	84	62.2
Não	51	37.8
Tempo de Serviço nesta atividade no SAMU		
Até 1 ano	49	36.3
Até 3 anos	38	28.1
Até 5 anos	16	11.9
Até 8 anos	32	23.7
Categoria do Serviço		
Condutor/Socorrista	29	21.5
Enfermeiros	15	11.1
Médicos	15	11.1
Técnico Auxiliar/Ass. Administrativos	28	20.7
Técnico de Enfermagem	48	35.6
Carga Horária Semanal de trabalho		
Até 24 horas	26	19.2
De 30 horas a 48 horas	41	30.4
De 50 horas a 72h	42	31.2
Mais que 74h	26	19.2
Motivo de atuação na área de urgência	N	%
Afinidade	27	15.3
Gosto pela Área	76	43.2
Satisfação	48	27.3
Retorno Financeiro	25	14.2
TOTAL	176	100

Ao contrário destes achados, Tavares et al. (2010), Branco et al. (2010) e Cavagioni e Pierin (2011) e (2012) obtiveram em seus resultados um percentual elevado de profissionais do sexo feminino (85,9%), (86,3%), (60,4%) e (63,9%) respectivamente, visto que a maior parte desses trabalhadores era da enfermagem. Cruz et al. (2013) também observaram diferença entre os indivíduos que participaram de seu estudo, com percentual de 38% homens e 62% mulheres. Neste contexto, a mulher vem alcançando gradativamente seu espaço em tantas outras profissões, lutando por uma carreira de sucesso e também por equilíbrio na vida pessoal.

Pitteri e Monteiro (2009) relatam em seu estudo sobre a caracterização do SAMU em Palmas/Tocantis o predomínio de uma população masculina (64,4%), resultado que se assemelha com a pesquisa de Avelar e Paiva (2010) sobre a configuração identitária de enfermeiros de um SAMU em um município mineiro que tange ao grupo estudado um percentual de 66,6% profissionais homens. Apesar da crescente participação feminina no mercado de trabalho, essa ainda é bem inferior à masculina. Na pesquisa de Vegian e Monteiro (2011) intitulada condições de vida e trabalho de profissionais de um serviço de atendimento móvel de urgência, houve predomínio do sexo masculino (61,4%), fato este que os autores citados justificam pela demanda de força e preparo físico que exige as atividades no SAMU.

Em relação os sujeitos do presente estudo, a faixa etária revela a presença de profissionais considerados jovens e maduros no exercício de suas funções. Observou-se também no estudo de Pitteri e Monteiro (2009) uma população com faixa etária de 31 a 45 anos (74,5%) com uma menor proporção de profissionais de 51 a 55 anos (3,4%). Os valores são semelhantes dos achados do pesquisador deste estudo, com a média de idade dos profissionais de 38,2 anos. Analisando a idade dos participantes, evidencia-se uma população em plena fase produtiva. Por esse fato, os trabalhadores necessitam de uma atenção da gestão quanto à sua saúde e também aspectos relacionados à QV, ao ambiente de trabalho, as atividades laborais realizadas, as capacitações, treinamentos, quanto aos equipamentos de segurança e aos fatores estressantes em geral, para que cultivem essa disposição física e mental no decorrer de sua rotina. Zapparoli e Marziali (2006) obtiveram em seus achados sobre o risco ocupacional no SAMU de uma cidade do interior de São Paulo o mesmo percentual entre as faixas etárias pesquisadas, com média de 18 a 28 anos (32,5%) e de 38 a 51 anos (32,5%), corroborando o presente estudo e reforçando que essa relação, onde houve valores iguais representa a fase madura e mais produtiva dos adultos profissionais e com certeza contribui no melhor desempenho desses trabalhadores.

Quanto ao estado civil dos profissionais estudados, constatou-se um percentual de (56,3%) casados/união estável, uma semelhança com o estudo de Campos (2005) sobre a satisfação dos profissionais do SAMU de Natal, que mostrou um valor de 58,8% dos participantes casados e Coutinho e Frankem (2009) com a QV dos profissionais de saúde do serviço público que também obteve prevalência dos participantes casados (73,3%). As pesquisas citadas corroboram os achados do pesquisador. Alguns autores dizem que o casamento está diretamente relacionado à felicidade e evidenciam como a característica

sociodemográfica que tem revelado índices positivos de satisfação das pessoas na saúde física e mental, isto menos observado nas pessoas solteiras. Cacciari et al. (2013) em seu estudo sobre o estado de saúde de trabalhadores de enfermagem em readequação e readaptação funcional realizado em um hospital universitário público localizado na região norte do estado do Paraná, assemelha-se também com a presente pesquisa totalizando um percentual de 40% de indivíduos casados. Diferente da pesquisa estudada, De Marco et al. (2005) obtiveram uma prevalência de solteiros, divorciados e viúvos com 57,6% da amostra estudada.

No que diz respeito à escolaridade dos participantes do presente estudo, destaca-se os participantes que estão no ensino superior incompleto/completo (44,4%), ou seja, este percentual refere-se à soma dos profissionais que estão estudando o ensino superior e dos profissionais que já concluíram o ensino superior. Ao contrário deste, evidenciou-se na pesquisa de Almeida et al. (2011) com trabalhadores de enfermagem, que a formação de ensino médio completo obteve maior prevalência com percentual de 49,5%, atentando-se para que haja mais incentivos aos profissionais em sua formação acadêmica. O estudo de Stumm et al. (2009) difere desses achados e demonstra um maior percentual para indivíduos com título de especialista (43,9%). Comprova-se que as pessoas estão cada vez mais interessadas em se capacitar, investindo em formação profissional, para assim atuarem de forma mais efetiva diante das situações vivenciadas no ambiente de trabalho (STUMM et al., 2009). Assim, supõe que a maioria desses profissionais que buscam se qualificar apresentam mais expectativas em relação ao trabalho e o cuidado com sua própria saúde.

Dessa maneira, Meira (2007) relata que há necessidade de programas de educação permanente que estimula a capacitação e aprimoramento das equipes em urgências e emergências, que deve estar baseado não só no conhecimento científico e nas habilidades dos profissionais para a promoção de um cuidado de saúde eficaz, mas também para o conhecimento do SUS, nas suas dimensões política, ética e social. Nesse contexto, é primordial essa qualificação para o sucesso dos trabalhadores e das organizações em que atuam.

Quanto ao cargo ocupado dos entrevistados do presente estudo, destacaram-se os técnicos e auxiliares de enfermagem, com percentual de 35,6% (48) da amostra. Corroboram esses achados Bueno e Bernardes (2010) com a pesquisa sobre a percepção da equipe de enfermagem de um SAMU sobre o gerenciamento de enfermagem com 18 profissionais da enfermagem, Pitteri e Monteiro (2009) que obtiveram em sua pesquisa predominância de profissionais técnicos de enfermagem (32,2%), seguida de condutores (25,4%), médicos (16,9%), e somando os assistentes administrativos da central de regulação médica e os

enfermeiros (8,5%) e Motke e Franco (2003) com prevalência da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem (90%) dos estudados. Os achados deste presente estudo diferem de Pelliciotti (2009) e Lima et al. (2013) que obtiveram a categoria de enfermeiro com maior prevalência, sendo 39 e 90 enfermeiros respectivamente. Nota-se a preocupação e o envolvimento da classe de enfermagem, onde realizam um papel fundamental no atendimento e deslocamento de vítimas em estado de urgência e emergência.

Estes profissionais técnicos de enfermagem no SAMU-192 possuem a rotina de trabalho em uma viatura de suporte básico e estão sempre de prontidão para aqueles eventos e ocorrências avaliadas sem risco de vida, acionadas pelo telefone 192. Torna-se importante à valorização deste profissional quanto à sua saúde, sua capacitação para melhor atuar e a sua segurança dentro e fora do ambiente de trabalho. Cordeiro (2012) cita que os profissionais de enfermagem prestam assistência ao outro e esquecem de si, abandonam o autocuidado colaborando para o comprometimento da QV, além do acúmulo de atividades e papéis na sociedade. A autora citada anteriormente, em seu estudo, ainda obteve a maioria dos profissionais de enfermagem do sexo feminino que exercem suas funções no trabalho, como mãe, dona de casa, esposa, entre outras, sobrando pouco tempo para as atividades recreacionais, esportivas e para o lazer.

O trabalho de enfermagem se situa no contexto do setor saúde, sendo, portanto, um trabalho agregado aos demais profissionais da saúde. Assim, o processo assistencial congrega diferentes trabalhadores, instrumentos e finalidades específicas, com um objetivo comum, que é a saúde do paciente. Cuidar é uma ação com finalidade de transformar um estado percebido de desconforto ou dor em outro estado de mais conforto e menos dor, logo, tem uma perspectiva terapêutica sobre um objeto animado, que tem uma natureza física e social (MARTINS, 2002).

Sabe-se que, no SAMU as atividades são desenvolvidas em meio a um processo norteado pela necessidade de agilidade, dinamicidade e que, muitas vezes, ocorrem em situações tensas. Na pesquisa de Guimarães et al. (2011) sobre a percepção dos técnicos de enfermagem sobre o uso de equipamentos de proteção individual em um serviço de urgência, relatam que estas características não devem impedir a reflexão sobre as práticas, sobre o paciente assistido, sobre os procedimentos e sobre as possibilidades de prevenção, bem como sobre a necessidade de utilização das barreiras de proteção do próprio profissional. Dessa maneira se fazem necessários mais investimentos nas condições de trabalho, nos recursos ainda escassos e nas relações interpessoais destes profissionais.

Diferente dos achados deste estudo, Vegian e Monteiro (2011) demonstraram em seus resultados o predomínio da categoria de condutores (30,1%) atuantes no SAMU-192, seguido pelos médicos (18,3%) e auxiliares de enfermagem (16,8%), e Zapparoli e Marziale (2006) também com o predomínio da categoria de condutores, total de 14 participantes. Esta categoria é responsável pela condução da viatura, também no auxílio e atendimento às vítimas. Prestam uma importante função de transportar com segurança a equipe e o paciente ao local destinado.

Quanto a faixa salarial, constatou-se predominante na presente pesquisa de 3 á 5 salários mínimos, diferente dos resultados de Vegian e Monteiro (2011) que trazem um valor até 2 salários mínimos e que a metade dos trabalhadores (48%), aproximadamente, relataram fazer horas extras e 50,3% dos profissionais relataram período de desemprego em alguma etapa da vida profissional. Carvalho (2009) descreve em seus achados uma média de 3 salários mínimos para os profissionais de saúde entrevistados. Ainda existem poucos estudos relacionados á essa questão salarial dos profissionais do SAMU.

Portanto, permitiu-se identificar na população estudada uma grande satisfação quanto sua remuneração. Ainda assim, esta mesma população realiza plantões eventuais, com horas extras, que proporcionalmente contribui para o aumento da faixa salarial. Observou-se também nos achados que 75,4% não trabalham em outro emprego. Em relação a ter outro emprego, Vegin e Monteiro (2011) em sua pesquisa descreveram que os entrevistados possuem outro vínculo empregatício (42,1%), com resultados de que a maioria desses, 38,3%, além de atuarem no SAMU, trabalham em outro local, sendo que, em 80,5% dos casos em outro serviço de saúde. Alguns estudos mostram que os colaboradores terão uma melhor satisfação no ambiente de trabalho quando a remuneração for feita corretamente, com isso mais probabilidade de estarem motivados para com os objetivos organizacionais.

Quanto ao tempo de atuação profissional no SAMU-192, constatou-se um percentual de 36,3% com até 1 ano no serviço, diferente do estudo de Stumm et al. (2009) que evidenciou um percentual próximo de 60% de profissionais que atuam há menos de 5 anos. Os profissionais do SAMU-192 que atuam até 3 anos e até 8 anos são de (28,1%) e (23,7%), respectivamente. De Marco et al. (2008) citam em sua pesquisa que os profissionais que têm entre cinco e dez anos e mais de dez anos de trabalho no mesmo departamento apresentam níveis menores de satisfação com relacionamento mantido no local de trabalho, e profissionais que trabalham mais de 20 horas semanais não se sentem tão satisfeitos com a qualidade dos serviços oferecidos. Neste contexto, ainda que se trate de uma população jovem/madura, com

pouco tempo de atuação na área, devido também ao recente período de implantação do serviço de urgência em Campo Grande/ MS é relevante dizer que atualmente não apresentam índices elevados de desgaste físico e emocional, frente ás situações de risco, o acúmulo de horas extras trabalhadas e também alguns profissionais com outro vínculo empregatício. Acredita-se na necessidade de planejamento e estratégias de prevenção aos riscos de saúde tanto na vida pessoal como na profissional dos profissionais que trabalham na área de urgências, pois com o passar dos anos esses riscos podem resultar em acúmulo de fatores negativos como o estresse, complicações funcionais, muitas vezes inviabilizando o exercício profissional, a saúde e o bem estar desses indivíduos.

Observou-se na população estudada a prevalência de carga horária de trabalho em torno de 50 a 72 horas semanais, incluindo as horas dos plantões eventuais não obrigatórios que a maioria dos profissionais realiza para o aumento na faixa salarial. Esse percentual corresponde á 31,2% da amostra. Os profissionais que responderam de 30 horas a 48 horas de trabalho obtiveram um percentual de 30,4% e os que assinalaram acima de 74 horas semanais com percentual de 19,2%. Cavagioni e Pierin (2012) corroboram a presente pesquisa, pois obtiveram em seus achados uma carga horária semanal dos profissionais do SAMU maior de 60 horas. Outro dado evidente é que a maioria gosta de atuar na área de urgência. Supõe também que realizam mais plantões pelo fato de estarem motivados com as atividades de socorro e salvamento.

Neste estudo, verificou-se que todos os profissionais de enfermagem trabalham 40h semanais e alguns desses realizam de dois á três plantões eventuais de 12h por semana, inclusive nos finais de semana. Os condutores têm 40h semanais e estão numa escala de 12h de trabalho por 36h de descanso, devido à sobrecarga excessiva de atenção ao trânsito. Os assistentes e auxiliares de telefonia e também os operadores de frota possuem uma carga horária semanal de 40h, eventualmente plantões de 6h ou 12h na semana. Na escala médica, a maioria dos concursados realiza 24h semanais, alguns deles atuam somente na regulação médica, enquanto outros fazem regulação médica e intervenção na USA, com escala de 12h nos plantões eventuais. Os plantões podem ser diurno ou noturno, desde que estejam autorizados pela chefia imediata.

No SAMU de Palmas, criado em 2005, os profissionais de enfermagem trabalham 30 horas semanais, em plantões de 12h por 60h de descanso. Existe uma lei municipal que garante esta carga horária a estes profissionais. Condutores e os assistentes de telefonia também fazem 40h semanais, corroboram a presente pesquisa. Os médicos atuam 12h

semanais, com plantões eventuais e todos eles atuam na regulação médica e na unidade móvel, dividindo a metade do plantão para cada função (PITTERI e MONTEIRO, 2009).

A Lei Complementar 213/12, referente às 30 horas de jornada de trabalho para a Enfermagem e Assistência Social do Município de Campo Grande (MS), aprovada pela Câmara Municipal e promulgada dia 31 de dezembro de 2012, encontra-se sem validade nenhuma, segundo o site (*portal.coren-sp.gov*). Alguns representantes do governo municipal dizem que a lei apresenta “vícios de origem” e ainda não possui valor jurídico. A implantação das 30h para a enfermagem não foi sancionada pelo prefeito até a data presente.

Quanto à religião, 48,9% responderam que são católicos. Com este percentual predominante, pode-se afirmar que a religião, a espiritualidade e as crenças pessoais podem ter uma relação positiva na saúde do indivíduo. Essas práticas religiosas constituem uma fonte de apoio ao enfrentamento de vários eventos estressores no dia a dia e no processo saúde-doença que esses profissionais venham a adquirir.

Outro achado evidente no presente estudo foi que (62,2%) dos entrevistados relataram que praticam atividades físicas. Em específico, a caminhada foi citada como atividade física que realizam diariamente ou pelo menos três vezes por semana, no mínimo 40 minutos. Os demais 37,8% dos profissionais citaram que não realizam atividades físicas regulares, percentual preocupante, visto que esta é uma população jovem/madura. Os dados não constam em tabelas e não foram correlacionados na análise estatística, apenas a título de conhecimento. Araújo e Araújo (2000) descreve que podemos ser ativos fisicamente sem estarmos envolvidos em programas com supervisão ou treinamento, bastando, para isso, que estejamos envolvidos em atividades diárias ou de trabalho que demandem níveis razoáveis de atividade física e de gasto energético.

A melhoria da percepção sobre a imagem corporal associada à atividade física também parece estar relacionada aos benefícios psicológicos. Destaca-se ainda a atividade física como um importante fator para a sensação de bem estar e autoestima, capaz de diminuir estados de ansiedade e depressão. Há evidências de que a atividade física tem efeito benéfico sobre o humor e ainda afeta a qualidade do sono e as funções cognitivas. Por outro lado, há indícios que a inatividade física está relacionada a níveis maiores de depressão (SANTOS, 2009).

Contudo, em uma sociedade contemporânea, de reformas, imagina-se que essa priorize aspectos relacionados à uma vida ativa fisicamente, com práticas sociais ativas, com acesso ao conhecimento, dos benefícios e com atividades que permitam o ser humano ter acesso às

demandas de programas públicos de atividade física. Percebe-se ainda, a necessidade do planejamento por parte das políticas públicas e também de instituições privadas, que incorporem condições como segurança pública, parques e jardins, centros comunitários que proporcionem diferentes atividades físicas a população.

7.2 CARACTERIZAÇÃO DA PREVALÊNCIA E O NÍVEL DE DOR DA AMOSTRA

Para a mensuração da dor física, foi aplicado um Diagrama Corporal e a Escala de Faces, retirados do Questionário de McGill. Ao serem perguntados se sentem alguma dor corporal, 74,1% das pessoas que participaram deste estudo disseram que “sim” e 25, 9% disseram que “não”, conforme a figura 5:

FIGURA 5 - Distribuição percentual da avaliação da dor por meio do Diagrama Corporal.



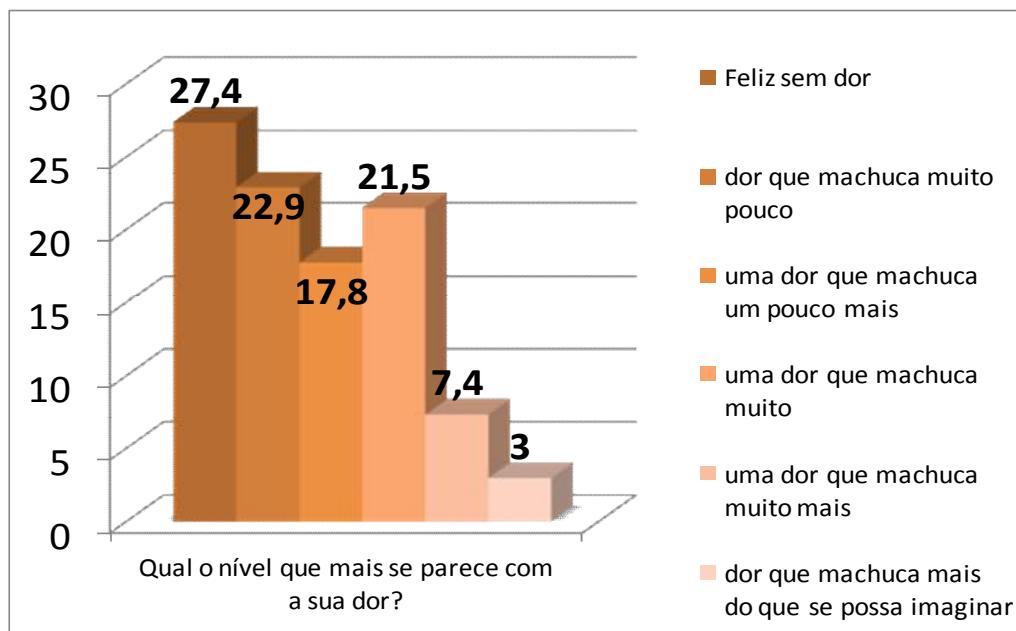
Assim, pode-se afirmar que a dor foi prevalente em grande parte da amostra, mas não limita os profissionais em relação às atividades desempenhadas no ambiente de trabalho. A satisfação em trabalhar na área de urgência, a idade e o pouco período de atuação neste serviço, pode ser o fator de proteção frente aos sintomas de dor. Tidos como heróis pela sociedade, esses indivíduos superaram os riscos dentro da profissão, como as dores musculares, por gostarem de realizar o atendimento e salvamento emergencial as pessoas.

Hansen et al. (2012) citam que os trabalhadores dinamarqueses de ambulâncias tem metade de prevalência de auto-avaliação de saúde ruim comparado ao núcleo da força de trabalho. Dizem também que os níveis de saúde mental foram os mesmos dentre as duas

amostras, enquanto uma proporção substancialmente alta do pessoal da ambulância relatou dor musculo-esquelético.

Quando perguntados quanto ao nível de dor, os mesmos assinalaram as caricaturas, sendo que 27,4% responderam a caricatura com valor 0, que significa feliz sem dor, 22,9% responderam 1, que significa dor que machuca muito pouco, 17,8% responderam 2, que significa uma dor que machuca um pouco mais, 21,5 responderam 3, uma caricatura que significa uma dor que machuca muito, 7,4% responderam 4, uma dor que machuca muito mais e apenas 3,0% responderam 5, uma caricatura que significa uma dor que machuca mais do que se possa imaginar, conforme figura 6:

FIGURA 6 - Comparação do nível da dor conforme Escala de Faces



Portanto, a presença e o nível de dor são estatisticamente significativos para o valor total ($n=135$) de entrevistados. As respostas se concentraram nos níveis 1, 2 e 3 que somados representam 62,2% de indivíduos com algum tipo de dor.

O trabalho dos profissionais do SAMU é considerado estressante e de alto risco de adoecimento. De acordo com Magnago et al. (2008) está associado a características como: trabalho coletivo (própria equipe ou outros profissionais) que pode ser conflitivo, pois cada um está carregado de valores, símbolos e representações e poderes perante a saúde, a doença, a vida e a morte; trabalho fortemente normatizado, fragmentado, turnos e rotatividade de

pessoal, excessiva atenção, necessidade constante de conhecimento específico, limitada autonomia, baixo poder de decisão e as frequentes exposições às cargas de trabalho. Portanto, a exposição á esses fatores aliadas as situações e condições impróprias de trabalho, podem conduzir o trabalhador ao adoecimento físico, em destaque os distúrbios musculoesqueléticos.

Souza et al. (2011) entendem que a imobilização e a inatividade física provocam efeitos deletérios à coluna vertebral, sendo, portanto, recomendável a prática de atividades físicas (principalmente o exercício físico) como uma forma de tratamento e prevenção da lombalgia.

Constata-se em alguns estudos sobre os profissionais de transportes urbanos, que realizam suas atividades laborais na maior parte do tempo sentados, assemelhando-se assim aos condutores do SAMU-192, a prevalência e fatores associados a dor nas costas, um segmento corporal extremamente exigido no cotidiano desses trabalhadores. Pesquisa feita por Guterres et al. (2011) com os profissionais de transporte urbano, motoristas e cobradores da cidade de Pelotas/RS, mostram a prevalência de dor com percentual de 59,9% para os motoristas e 55,8% entre os cobradores. Relataram ainda que 74,7% dos entrevistados referiram que a dor aumenta durante a jornada de trabalho e 41,1% relataram dor em outra região do corpo que não o desfecho estudado.

Vitta et al. (2013) nos seus achados identificaram sintomas musculoesqueléticos apresentados pelos trabalhadores de uma empresa de ônibus urbano de um município do estado de São Paulo e demonstraram que a prevalência de sintomatologia musculoesquelética é alta, pois 65,7% dos motoristas referiram sintomas nos 12 meses antes da pesquisa. Sendo assim, na amostra estudada justifica-se a prevalência de dor por se tratar de uma população com carga horária excessiva, sobrecarga física, percentual significativo de indivíduos que não praticam exercícios físicos e um número considerável de profissionais do sexo feminino.

Acredita-se ainda que as medidas de proteção possam ser tecnicamente viáveis, mas quando não oferecem completa proteção contra riscos e acidentes de trabalho aos profissionais, devem ser utilizadas como meio de controle desses riscos.

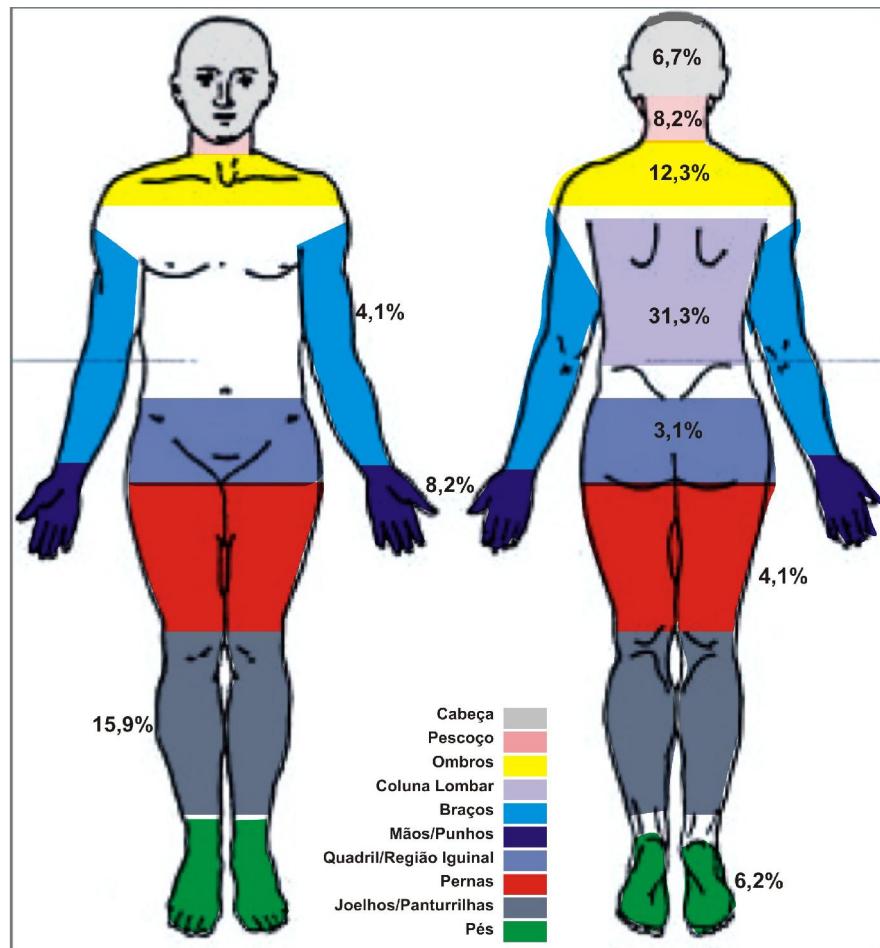
Martins (2005) diz que, tanto como prevenir a doença é igualmente importante investir na saúde e valorizar positivamente os fatores que a determinam. Passou-se do investimento na prevenção da doença para o investimento na prevenção e promoção da saúde. Entre os principais fatores de risco relacionados aos distúrbios musculoesqueléticos dentro das organizações estão, o aumento da jornada de trabalho, as horas extras excessivas, falta de

profissionais, fatores relacionados ao ambiente, sobrecarga física, repetição dos movimentos e posturas inadequadas no decorrer das atividades laborais.

Em virtude das atividades inerentes ao trabalho dos profissionais de enfermagem, os riscos ocupacionais dessas ações podem comprometer ainda mais a saúde desses trabalhadores. Aliada a rotina desgastante outros agravantes se fazem relevante descrever, como dependência dos pacientes, a falta de colaboração da equipe, a falta de treinamento e o grande número de equipamentos com defeito. Mesmo com essas condições e o tipo de trabalho, os profissionais podem apresentar alguns fatores de proteção considerados redutores das influências negativas que este serviço propõe, aceitando esses riscos de forma adaptativa, criando alternativas para enfrentar essas dificuldades.

Os participantes também relataram qual o local na região do corpo que mais sentem dor. Vale ressaltar que a maioria relatou sentir dor em mais de um seguimento corporal. Segue abaixo na figura 7:

FIGURA 7 - Localização da dor percebida durante atividade profissional.



Os resultados demonstraram sintomas de dor estatisticamente significativos na região lombar (31,3%), joelhos (15,9%) e ombros (12,3%). Entende-se que esse elevado índice de complicações anatômicas, comprometimento funcional e riscos de doenças crônicas requerem cuidados e atenção especiais a esses profissionais. Comprova-se assim que grande parte do quadro de funcionários realiza sua rotina de trabalho com esses sintomas. Dessa forma, sugere-se que a gestão desenvolva programas em educação postural, atividades laborais e orientações que gerem conscientização e adesão dos trabalhadores na tentativa de diminuir esse quadro clínico.

A lombalgia foi a maior causa de transtorno de saúde apontada pelos participantes da presente pesquisa, conforme citada anteriormente. Pode-se atribuir à esses resultados os fatores de risco individuais que são: a idade, o sexo, o índice de massa corporal, a capacidade de força muscular e aos fatores de risco profissionais que envolvem as movimentações e as posturas incorretas decorrentes das inadequações do ambiente de trabalho. Junior et al. (2010) dizem que o trabalho por longas horas, o trabalho pesado, o levantamento de peso, a falta de exercícios físicos e os problemas psicológicos representam alguns dos principais fatores que contribuem para a cronicidade da dor lombar. De Marco et al. (2008) obtiveram em seus achados escore de dor abaixo da média no quesito QV e alertam para consequência muitas vezes não associada ao trabalho, mas que podem estar relacionadas à ergonomia e psicodinâmica do trabalho.

Ao analisar os trabalhadores que apresentaram sintomas osteomusculares, num período de 12 meses, independente da região corporal, Célia e Alexandre (2003) obtiveram um resultado de 82% de profissionais com dor, sendo que as regiões mais atingidas estão relacionadas com a coluna vertebral. A região lombar (59%) e a região torácica (49,2%) foram as mais citadas com sintomas de dor musculoesqueléticos. No estudo de Martello e Benatti (2009) os resultados mostram que a metade dos trabalhadores entrevistados referiu problemas osteomusculares na região dos ombros e 43% apresentaram dor na parte superior das costas. A região do pescoço e a parte inferior das costas também foram significantes (37%).

Nishide e Benatti (2004) em sua pesquisa sobre riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva apontaram as dores nas costas como um expressivo problema de saúde para os trabalhadores. As autoras citadas anteriormente atribuíram como fator de risco para as lombalgias o transporte e a movimentação de pacientes, a postura inadequada e estática e a inadequação do mobiliário e

dos equipamentos. Assim, esta fala corrobora os mesmos riscos evidenciados com os participantes deste presente estudo. Magnago et al. (2007) mostraram em seu estudo uma elevada ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem (80 a 93%) e que tais distúrbios atingem principalmente a região lombar, os ombros, os joelhos e região cervical. Tal fato, possivelmente está diretamente relacionado ao tipo de atividade desenvolvida por esses profissionais. Gurgueira et al. (2003) avaliaram os sintomas musculoesqueléticos em 105 técnicos e auxiliares de enfermagem do sexo feminino e evidenciou para tal distúrbio a movimentação (87,6%) e o transporte de pacientes (49,5%).

As condições crônicas em geral provocam grande comprometimento da QV, em especial a dor crônica é hoje considerada um importante problema de saúde pública. Alguns estudos mostram que a dor é o mais persistente sintoma relatado nos serviços de saúde, frequentemente acompanhada por sintomas de depressão e ansiedade (CAPELA et al., 2009). Célia e Alexandre (2003) conforme os dados de seus resultados, demonstraram que os trabalhadores pesquisados apresentaram uma ocorrência elevada de sintomas osteomusculares em diversas regiões corporais, afetando particularmente a coluna vertebral na região lombar.

Pelo questionário McGill de Dor, Colpo et al. (2013) verificou os principais locais acometidos por dor numa intensidade de moderada a insuportável, nos sujeitos da amostra. Corroboram os dados, a região lombar foi a mais citada, presente em 35% dos questionários, seguida do pescoço, ombro esquerdo, ombro direito, pé esquerdo e face.

Gurgueira et al. (2003) em seu estudo sobre prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadoras de enfermagem, usou um instrumento derivado do *Standardized Nordic Questionnaire*, que avaliam distúrbios osteomusculares dentro de uma abordagem ergonômica. O questionário contém uma figura humana vista pela região posterior, dividida em nove regiões anatômicas: região cervical, ombros, região torácica, cotovelos, punhos/mãos, região lombar, quadril/coxas, joelhos, tornozelos/pés. Os autores acima citados, dizem que as participantes apresentaram as mais elevadas taxas de distúrbios osteomusculares nos últimos 12 meses, antecipados da pesquisa, nas seguintes regiões anatômicas: lombar (59%), ombros (40%), joelhos (33,3%) e região cervical (28,6%). Em relação à presença de dor nos últimos 7 dias, a região lombar continuou sendo a mais citada (31,4%), seguida pelos ombros (16,2%). Ainda destacou a elevada presença de dor em áreas não relacionadas com a coluna vertebral em um período de 12 meses, punhos/mãos (24,8%).

Martarello e Benatti (2009) obtiveram a metade dos trabalhadores investigados com problemas osteomusculares na região dos ombros e 43% apresentaram dor muscular na parte

superior das costas. Suda et al. (2011) relataram que a ocorrência de dor foi mais predominante na região dos pescoço, seguida pela região lombar e pelos ombros. Estudos mostram que a dor é o mais persistente sintoma relatado por profissionais da saúde, e frequentemente é acompanhada por sintomas de depressão e ansiedade.

Dessa forma, é possível afirmar que os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho de transportar pacientes com o passar dos anos de trabalho, podem representar um sério risco ocupacional para os trabalhadores, confirmando a necessidade de ampliar-se os estudos ergonômicos com relação ao transporte de pacientes. Em longo prazo, supõe também que se esses profissionais não se dedicarem, cuidarem da sua própria saúde, mais os fatores de riscos serão evidenciados dentro do ambiente de trabalho, assim sendo complicador na saúde e na QV dos trabalhadores.

7.2.1 Relação entre os Domínios do SF-36 e Diagrama Corporal

Nesta seção é testada a relação de dependência entre os domínios do SF-36 e o diagrama corporal. Para isso foi utilizado o teste ANOVA, com um nível de 5% de significância. A seguir na tabela 4 são mostrados os resultados do teste:

TABELA 4 - Teste ANOVA entre os domínios do SF-36 e a Diagrama Corporal/Prevalência de dor.

	Média	D.P	P-valor
Sente alguma dor			Capacidade Funcional
Sim	83.7	17.0	0.01
Não	93.3	11.0	
Sente alguma dor			Limitação por aspectos físicos
Sim	67.2	34.6	0.06
Não	79.3	28.1	
Sente alguma dor			Dor
Sim	58.7	19.3	0.01
Não	91.8	13.7	
Sente alguma dor			Estado geral de saúde
Sim	70.4	17.7	0.01
Não	82.3	14.1	
Sente alguma dor			Vitalidade
Sim	61.3	11.5	0.01
Não	68.7	12.1	
Sente alguma dor			Aspectos sociais
Sim	70.1	23.7	0.01
Não	82.5	17.7	
Sente alguma dor			Limitação por aspectos emocionais
Sim	64.7	36.0	0.01
Não	81.9	27.2	
Sente alguma dor			Saúde mental
Sim	72.5	15.6	0.01
Não	83.2	11.7	

Em todos os domínios do SF-36 os escores das pessoas que disseram não sentirem dor alguma foram maiores que as pessoas que sentem alguma dor. Sendo que, exceto no domínio limitação por aspectos físicos, às diferenças são estatisticamente significativas. Isto implica dizer que a sensação de dor reduz os escores do SF-36 de forma significativa.

A dor é elemento crucial para a proteção e a manutenção da vida, pois é sinal de algum dano, tem papel biológico fundamental e pode ser manifestada por dois tipos de reações: involuntária e voluntária. A reação involuntária é instintiva, mas a reação voluntária à dor pode envolver outras pessoas e é influenciada, além do fator biológico, por fatores sociais e culturais (HELMAN, 2003, apud BUDO et al., 2007).

Portanto, os profissionais percebem o dano que a dor física pode trazer para a saúde, mas ainda assim executam suas atividades laborais, pois a maioria trabalha com este

complicador. Pode-se dizer ainda que, talvez pelo pouco período de atuação ou também pela questão salarial, a satisfação e o gosto pela área de urgência, esses profissionais executam suas atividades com prazer, mesmo com a prevalência da dor.

Fonseca e Fernandes (2010) cita que é possível que os fatores psicossociais afetem diretamente a carga física, como a pressão de tempo aumenta a ocorrência da aceleração dos movimentos e posturas inadequadas. As demandas psicológicas podem também produzir tensão aumentada nos músculos e exacerbar a solicitação biomecânica das tarefas. Ainda, podem influenciar a sensibilidade à dor, podendo afetar a atenção aos sintomas e aumentar o relato de sintomas e/ou percepção de suas causas.

7.2.2 Relação entre os Domínios do SF-36 e a Escala de Faces

Na tabela 5 são mostrados os resultados do teste ANOVA para as diferenças entre os domínios do SF-36 e o nível da dor. Nestes resultados apenas nos domínios: dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental, foi encontrada alguma diferença estatisticamente significativa entre os escores. Segue abaixo a tabela:

TABELA 5 – Teste ANOVA para a diferença entre os domínios do SF36 e a Escala de Faces/ Nível da dor

	Média	D.P	P-valor
Qual o nível que mais se parece com a sua dor	Capacidade Funcional		
0- feliz sem dor	91.9	11.6	
1- dor que machuca muito pouco	83.4	21.3	0.14
2- uma dor que machuca um pouco mais	81.0	19.1	
3- uma dor que machuca muito	86.2	13.0	
4- uma dor que machuca muito mais	85.0	10.0	
5-dor que machuca mais do que se possa imaginar	90.0	10.8	
Qual o nível que mais se parece com a sua dor	Limitação por aspectos físicos		
0- feliz sem dor	79.0	28.6	
1- dor que machuca muito pouco	68.5	32.9	0.25
2- uma dor que machuca um pouco mais	57.3	38.6	
3- uma dor que machuca muito	72.4	33.6	
4- uma dor que machuca muito mais	72.5	29.9	
5-dor que machuca mais do que se possa imaginar	62.5	43.3	
Qual o nível que mais se parece com a sua dor	Dor		
0- feliz sem dor	**86.4	19.6	
1- dor que machuca muito pouco	*70.6	18.7	0.01
2- uma dor que machuca um pouco mais	58.9	20.5	
3- uma dor que machuca muito	55.6	16.3	
4- uma dor que machuca muito mais	50.0	22.3	
5-dor que machuca mais do que se possa imaginar	41.5	16.3	
Qual o nível que mais se parece com a sua dor	Estado geral de saúde		
0- feliz sem dor	**81.4	15.4	
1- dor que machuca muito pouco	74.8	16.4	0.01
2- uma dor que machuca um pouco mais	*69.3	17.3	
3- uma dor que machuca muito	*67.6	17.6	
4- uma dor que machuca muito mais	68.8	22.2	
5-dor que machuca mais do que se possa imaginar	69.5	15.0	
Qual o nível que mais se parece com a sua dor	Vitalidade		
0- feliz sem dor	**66.7	14.0	
1- dor que machuca muito pouco	66.0	9.5	0.04
2- uma dor que machuca um pouco mais	61.0	12.2	
3- uma dor que machuca muito	*58.3	11.1	
4- uma dor que machuca muito mais	64.0	9.0	
5-dor que machuca mais do que se possa imaginar	57.5	11.9	
Qual o nível que mais se parece com a sua dor	Aspectos sociais		
0- feliz sem dor	81.1	18.3	
1- dor que machuca muito pouco	75.0	22.8	0.08
2- uma dor que machuca um pouco mais	69.3	25.3	
3- uma dor que machuca muito	68.1	22.3	
4- uma dor que machuca muito mais	72.5	26.9	
5-dor que machuca mais do que se possa imaginar	53.1	27.7	
Qual o nível que mais se parece com a sua dor	Limitação por aspectos emocionais		
0- feliz sem dor	77.5	30.5	
1- dor que machuca muito pouco	78.5	31.7	0.06
2- uma dor que machuca um pouco mais	58.3	37.1	
3- uma dor que machuca muito	57.5	36.6	
4- uma dor que machuca muito mais	73.3	34.4	
5-dor que machuca mais do que se possa imaginar	58.3	41.9	
Qual o nível que mais se parece com a sua dor	Saúde mental		
0- feliz sem dor	^a 82.6	12.7	
1- dor que machuca muito pouco	^b 73.3	14.7	0.01
2- uma dor que machuca um pouco mais	^b 74.2	14.9	
3- uma dor que machuca muito	^b 69.2	14.6	
4- uma dor que machuca muito mais	^{ab} 80.0	15.9	
5-dor que machuca mais do que se possa imaginar	^b 61.0	25.0	

Os maiores escores foram das pessoas que marcaram 0 com a média (86,4) no domínio dor do SF-36. Sendo que na dor, este escore foi estatisticamente significativo maior que todos os outros. Já no domínio estado geral de saúde o escore de quem marcou 0 com a média (81,4) foi estatisticamente significativo maior apenas do que os profissionais que marcaram 2 (69,6) e 3 (67,6). Enquanto no domínio vitalidade as pessoas sem dor com média (66,7) tiveram média significativamente maior apenas que os com intensidade 3 de dor (58,3). E por fim, na saúde mental, a diferença das pessoas sem dor (82,6) só não foi significativamente maior que as pessoas com intensidade 4 de dor (80,0). As características descritas pelos participantes foram analisadas por meio da escala de faces e contribuiu para a mensuração desse sintoma agravante na QV dos profissionais.

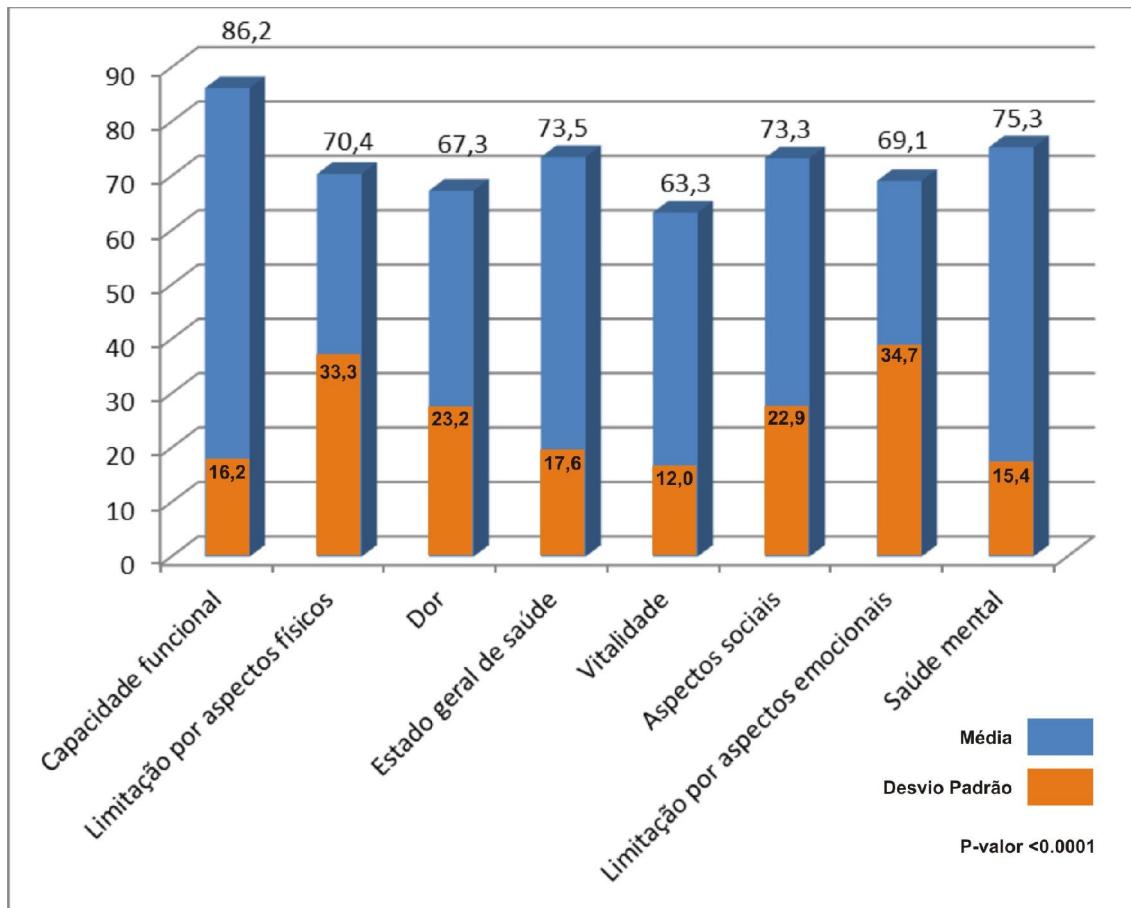
Ao observar o domínio dor do SF-36, percebe-se que os escores foram diminuindo conforme a sensação da dor foi aumento, mesmo que nem todas as médias apresentassem diferenças entre elas, mostram um comportamento de redução quase linear. Pode-se dizer que o nível da dor mostrou-se pouco acentuado nos profissionais do SAMU-19 e que houve uma associação significativa com os domínios do SF-36. Portanto, é necessário um conjunto de intervenções interdisciplinares que levem em consideração as necessidades de conforto físico e psíquico dos profissionais, para que em longo prazo esses aspectos não comprometam a sua QV.

7.3 CARACTERIZAÇÃO DA QVRS DA AMOSTRA

Para a caracterização da QVRS da amostra, utilizou-se do Questionário SF-36. Este instrumento analisou oito domínios: a capacidade funcional, os aspectos físicos, os aspectos emocionais, a dor, o estado geral de saúde, a vitalidade, aspectos sociais e saúde mental totalizando 36 itens avaliados, que são pontuados de zero a cem, sendo zero o pior valor e cem o melhor.

No gráfico 3 observa-se as médias por domínios do SF-36 e a melhor percepção da QV é no domínio capacidade funcional quando comparada aos domínios dor e vitalidade ($p<0.001$), que apresentou menores médias. Numa escala de zero (0) a 100, onde zero (0) é o pior estado e 100 o melhor estado de saúde, observou-se que o valor médio obtido pelos sujeitos do estudo identificados, para cada componente do SF-36 situou-se entre 63 e 86,2. Segue abaixo o gráfico:

GRÁFICO 3 - Comparação das médias por domínio do SF-36 dos profissionais amostrados.



Os resultados que chamam a atenção no gráfico 3 são o maior escore médio para capacidade funcional, com valor de 86,2 (DP 16,2) e os domínios que apresentaram menores escores médios foram para: dor e vitalidade, com média de 67,3 (DP 23,2) e 63,3 (DP 12,0) respectivamente. Portanto, é possível afirmar que a amostra do estudo apresenta um escore acima de 50%, satisfatório para os domínios do SF-36 que avaliam a QV e a saúde dos profissionais. Porém os domínios de dor e vitalidade demonstram valores mais próximos do ponto de corte (50) que analisados separadamente demonstraram possíveis relações de insatisfação dos participantes em relação à sua saúde.

O domínio capacidade funcional, que avalia a presença e extensão de restrições relacionadas à capacidade física dos indivíduos, apresentou na pesquisa de Martarello e Benatti (2009) com profissionais de higiene e limpeza hospitalar, a maior pontuação entre os grupos (86,7), sugerindo uma boa condição física, também percebida neste presente estudo.

Célia e Alexandre (2003) e Jansem et al. (2011) trazem em seus achados escores maiores para capacidade funcional e escores menores para dor, saúde mental, aspectos sociais e vitalidade.

Motke e Franco (2003) demonstraram nos valores médios obtidos para cada componente do SF-36, maior escore para o domínio “aspectos emocionais”, “vitalidade” e “dor” com menores escores. Diferente dos achados da presente pesquisa, Ferreira et al. (2011) em seu estudo realizado com cuidadores de idosos em assistência domiciliar, evidenciam a pior pontuação no domínio aspecto emocional com média de 50,9 pontos e desvio padrão de 40,5. Pode-se afirmar que os profissionais do SAMU-192 possuem uma boa percepção sobre suas limitações e capacidades físicas, mesmo diante de tantas atividades vigorosas e cargas excessivas em sua rotina de trabalho.

Os resultados de Célia e Alexandre (2003) ainda mostraram que os trabalhadores estudados relataram uma elevada ocorrência de sintomas músculos-esqueléticos, independente da área afetada. Gurgueira e Alexandre (2002) e Gobbi (2003) nos estudos com trabalhadores de enfermagem e trabalhadores dentistas, destacaram a prevalência dos mesmos sintomas. No entanto, a dor nesta população estudada mesmo não apresentando escore abaixo da média, mostra um valor preocupante devido às demandas físicas da profissão, onde em sua maioria relatam que atuam em atendimentos externos, ruas, situações de risco, ocorrências que demandam de força física, onde possivelmente são os maiores indicadores para esses sintomas.

Souza et al. (2012) corroboram os achados deste estudo e dizem que o sexo feminino apresentam maior prejuízo nos domínios relacionados a limitações das atividades físicas devido as características físicas inerentes ao sexo feminino, associadas ao desgaste por sobrecarga de atividades tradicionalmente destinadas à mulher. Vale lembrar que neste estudo com os profissionais do SAMU-192 não foi constatado escores negativos, mas com proximidade ao ponto de corte, por isso a preocupação com a saúde desses trabalhadores, na perspectiva de conscientizá-los ao longo de suas vidas e carreiras.

Diante das situações de urgência e emergência, constata-se a presença de cargas mecânicas e fisiológicas, sendo que essas condições podem contribuir para os distúrbios em relação à dor. Essas cargas são vivenciadas diariamente por esses profissionais durante o transporte dos pacientes, nas condições de instalação e na utilização dos equipamentos de proteção e segurança às vítimas. A exposição a essas cargas gera um desgaste físico e possíveis problemas de saúde. Cacciari et al. (2013) observou em seu estudo sobre o estado de saúde de trabalhadores de enfermagem em readequação e readaptação funcional que a dor

corporal foi o domínio do SF-36 mais comprometido com média de 41,8, sendo determinada pelos distúrbios musculoesqueléticos. Destacaram que os principais fatores de risco foram a organização do trabalho (aumento da jornada de trabalho), horas extras excessivas, ritmo acelerado, fatores ambientais e possíveis sobrecargas de segmentos corporais, por exemplo, os movimentos repetitivos. O domínio dor foi evidenciado no estudo de Capela et al. (2009), com escore abaixo da média (36,7) para dores do tipo difusa e crônica. Esses resultados diferem-se da presente pesquisa, pois os profissionais mesmo com escore de dor próximos do corte, demonstraram-se satisfeitos, com queixas álgicas, mas que não são consideradas no momento fator complicador para a QV dos mesmos.

A dor em especial a dor crônica, é hoje considerada um importante problema de saúde pública, pois tem atingido com alta relevância a população adulta, principalmente com sintomas relacionados ao esforço físico no ambiente de trabalho. Estudos mostram que estes sintomas têm prevalência nos serviços de saúde que oferecem os primeiros cuidados, fato este relacionado ao esforço físico e mental no ambiente de trabalho e frequentemente chegam acompanhados de sintomas de depressão e ansiedade.

Bacchi et al. (2013) em seus resultados da avaliação da percepção da QV dos estudantes de numa cidade do Rio Grande do Sul, também demonstrou semelhanças com o presente estudo. A maioria dos domínios do SF-36 apresentou uma boa QV, exceto o domínio dor que apresentou um escore mais baixo, de 36,7. Observou-se uma alta prevalência de dor, principalmente nas costas dos estudantes. O domínio dor nesta presente pesquisa, não é tão preocupante quanto os achados do autor citado, mas são valores relevantes para a construção de políticas de prevenção aos profissionais de saúde.

Em relação ao domínio “vitalidade” do SF-36, apresentado anteriormente com o valor de 63,3 próximos do ponto de corte, é possível afirmar que os profissionais atribuem essa média devido às atividades realizadas no dia a dia. Com o passar dos anos, a atuação destes profissionais irá requerer maior desgaste físico, pelo fato de exercerem suas funções num curto intervalo de tempo, muitas vezes sem o descanso e intervalos para a alimentação, não poupando energia e força física. Pode-se dizer que esses sintomas de esgotamento, de fadiga, o elevado índice de horas trabalhadas, as escalas excessivas de plantões e a sobrecarga física e mental diante das ocorrências poderão contribuir para uma pior QV futuramente. Cruz et al. (2013) e Nogueira e Navega (2011) corroboram os resultados e evidenciaram o domínio vitalidade com menor escore em sua amostra.

Souza et al. (2012) mostram em seus resultados que o domínio vitalidade também foi o mais prejudicado entre os 4 anos de graduação dos estudantes de enfermagem, em uma

cidade de Minas Gerais. Os estudantes do quarto ano apresentaram escores significativamente menores quando comparados com escores do primeiro e do segundo ano ($p=0,00$, Tamanho de Efeito (TE) = 0,5 e 0,6, respectivamente). O nível de significância adotado pelos autores citados acima foi $<0,05$. Na pesquisa de Marco et al. (2008) sobre o impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional apontaram os domínios dor e vitalidade abaixo da média no quesito qualidade de vida, alertando para a consequência muitas vezes não associada ao trabalho, mas relacionadas à ergonomia e à psicodinâmica do trabalho.

Com base nisso, é imprescindível destacar que a vulnerabilidade as situações adversas nesta profissão devem estar relacionadas à capacidade do ser humano de compreender e superar essas pressões. As pessoas que conseguem se recuperar e apresentam um desenvolvimento saudável na vida adulta, conseguem ter motivação, satisfação e saúde para trabalhar. Por esse motivo à compreensão de como as pessoas resolvem seus problemas no contexto de trabalho são relevantes (RIBEIRO et al., 2011).

Assim, o domínio capacidade funcional foi significativamente maior que os outros valores como citado anteriormente, pelo tempo de serviço e também pela idade, uma população jovem e madura, que gosta do que faz. Os valores dos escores demonstraram que os profissionais possuem média significativa nos domínios dor e vitalidade e possuem uma boa QV. Supõe que os participantes mesmo com uma saúde boa e com fator de risco evidenciado neste estudo, a prevalência de dor, não atrapalha significativamente dentro da estatística proposta na QV dos profissionais.

7.3.1 Relação entre as Variáveis Sociocupacionais e os domínios do SF-36.

A tabela 6 mostra o teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio capacidade funcional do SF-36. Apenas na categoria de serviço foi encontrada diferença significativa, a qual os condutores/socorristas tiveram médias significativamente maiores que os assistentes administrativos e os auxiliares e técnicos em enfermagem.

TABELA 6 – Teste ANOVA para diferença entre as variáveis socioocupacionais e o domínio capacidade funcional do SF-36

	Capacidade Funcional	P-valor	
	Média	Desvio Padrão	
Sexo		0.23	
Masculino	87.8	17.2	
Feminino	84.4	14.9	
Estado Civil		0.23	
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	83.7	18.8	
Casado(a)/ União Estável	87.2	14.6	
Outro	93.1	10.3	
Escolaridade		0.27	
Médio Incompleto/Completo	87.3	17.3	
Ensino Superior Incompleto/Completo	84.0	10.2	
Pós-Graduação	90.2	16.7	
Qual sua renda mensal própria?		0.47	
De 1 a 3 salários mínimos	86.2	15.1	
De 3 a 5 salários mínimos	84.3	19.2	
De 5 a 8 salários mínimos	91.7	9.7	
Acima de 8 salários mínimos	89.1	10.3	
Trabalha em outro emprego		0.46	
Sim	84.2	16.6	
Não	86.7	16.7	
Qual sua religião		0.75	
Católico	87.4	16.1	
Protestante	86.0	18.8	
Outros	85.4	14.0	
Não tem religião	81.2	22.5	
Realiza atividade física		0.34	
Sim	87.3	15.9	
Não	84.5	16.6	
Tempo de Serviço nesta atividade no SAMU		0.96	
Até 1 ano	86.1	12.6	
Até 3 anos	86.3	18.4	
Até 5 anos	84.4	23.9	
Até 8 anos	87.2	14.1	
Categoria do Serviço			
Condutor/Socorrista	94.0**	6.7	0.01
Enfermeiros	91.0	9.3	
Médicos	85.7		
Técnico Auxiliar/Ass. Administrativos	82.1*	18.5	
Técnico em Enfermagem	82.6*	19.7	
Carga Horária de trabalho		0.59	
Até 24 horas	87.1	10.5	
De 30 horas a 48 horas	85.6	13.6	
De 50 horas a 72H	88.3	13.9	
Mais que 74H	82.9	25.6	

Observou-se que no domínio capacidade funcional do SF-36 os profissionais não apresentaram diferenças estatisticamente significativas na correlação com as variáveis: sexo, estado civil, escolaridade, a renda mensal, se tem outro emprego, religião, se realiza atividade física, tempo de serviço no SAMU, categoria do serviço e carga horária de trabalho. É possível afirmar que estas variáveis estão com a média acima do esperado. Isto indica que a capacidade funcional é a mesma em todas as variáveis. Sendo assim, as médias do domínio capacidade funcional do SF-36 foram estatisticamente significativas apenas para a categoria profissional (serviço). Os valores foram diferentes de acordo com a função que o profissional exerce. Os profissionais condutores (socorristas) no que se refere ao cargo ocupado obtiveram maior pontuação para capacidade funcional (94,0) do que os auxiliares e assistentes administrativos (82,1), e estes se assemelham aos auxiliares e técnicos em enfermagem (82,6).

Cacciari et al. (2013) observou-se quanto às categorias profissionais, que os auxiliares, técnicos de enfermagem e auxiliar operacional obtiveram escores abaixo no domínio capacidade funcional e os que ocupavam cargo técnico-administrativo apresentaram melhor escore em comparação aos demais. É possível afirmar que os profissionais do SAMU-192 conseguem perceber seus limites quanto à realização de atividades que requerem capacidades físicas. Assim, nesta pesquisa, com maior escore para o domínio capacidade funcional destacou-se a categoria de condutores. Supõe, como forma de enfrentamento as horas de trabalho em excesso, a sobrecarga física, a repetição de movimentos, as posturas inadequadas, pois grande parte do tempo permanecem sentados, conduzindo a viatura, que os profissionais condutores recorrem aos possíveis fatores de proteção como o gosto e satisfação pelo serviço de salvamento para uma boa saúde. Nesse sentido, é relevante destacar a possibilidade de criação de novas estratégias para evitar possíveis danos futuros.

Souza e Reimão (2006) em seu estudo sobre QV de caminhoneiros, profissão que se assemelha aos motoristas do serviço de urgência, pelo fato de exercerem suas atividades sentados, obteve maior escore para desempenho físico, vitalidade e na função social, também por meio do SF-36.

Percebe-se neste presente estudo que o domínio capacidade funcional têm um escore menor para os profissionais auxiliares e assistentes administrativos, mas ainda com escore estatisticamente maior em relação ao corte (50). Os auxiliares e assistentes administrativos realizam sua função via telefone e a maioria desses profissionais atende todo e qualquer tipo de solicitação e informação pelo número 192. Embora esse percentual esteja associado aos aspectos funcionais, presença ou extensão das limitações relacionadas à capacidade física, um

fator preocupante neste ambiente de tele atendimento é a presença de alguns sintomas vocais, decorrentes da exposição ao ar condicionado, baixa umidade do ar, ruídos, falta de repouso vocal, tempo prolongado de uso de voz, além da ausência de programas de prevenção que permitem identificar esses sintomas vocais. É possível afirmar que esse valor seja estatisticamente significativo pelo fato de estarem trabalhando em um local fechado, sentados, com menores riscos e comprometimentos físicos e que estes profissionais procuram suportar essas situações adversas no seu dia a dia de trabalho devido o gosto pela área e a satisfação em atender as solicitações de urgência e emergência. Fazem-se necessárias pesquisas que evidencie essa temática, relacionando-a com a qualidade de vida desses profissionais.

Fatores de risco para disfonia relacionados ao ambiente de trabalho têm sido descritos na literatura. Vários desses fatores são observados na rotina dos profissionais de tele atendimento, como a baixa umidade do ar, tempo prolongado de uso de voz sem repouso adequado, ruídos excessivos, além da escassez de programas de prevenção das organizações. As doenças de vias áreas, o fumo e as doenças de refluxo gastresofágico, por exemplo, modifica de forma abrupta essa associação dos riscos com a profissão. No estudo feito por Rechenberg et al. (2011) sobre o impacto da atividade laboral de tele atendimento em sintomas e queixas vocais, 70% desses profissionais identificaram e referiram que estes sintomas interferem na sua atividade profissional. Assim, estes profissionais que exercem essa função dentro do serviço de urgência provam com esses achados que estão cientes e buscam alternativas para que não haja nenhum tipo de agravo em seu desempenho vocal, não interferindo em sua QV, no que se refere ao domínio capacidade funcional.

Ao contrário dos profissionais do tele atendimento (192), os auxiliares e técnicos de enfermagem atuam nas ocorrências externas e percorrem por locais nem sempre apropriados para o atendimento. Exercem uma rotina desgastante, por estarem expostos a vários fatores de riscos. A exposição do corpo á condições físicas, mecânicas e psíquicas adversas, favorece o surgimento de doenças ocupacionais. Na área de urgência, não só os profissionais de enfermagem, mas todos os profissionais no atendimento móvel externo executam suas funções em ambientes estressores, seja no sol, na chuva, no calor e no frio. Portanto, para alguns pesquisadores o ambiente de trabalho é considerado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de alterações no sistema musculoesquelético.

A tabela 7 mostra o teste ANOVA para diferença entre as variáveis socioocupacionais e o domínio limitação por aspectos físicos do SF-36.

TABELA 7 – Teste ANOVA para diferença entre as variáveis socioocupacionais e o domínio limitação por aspectos físicos do SF-36

	Limitação por aspectos físicos		P-valor
	Média	Desvio Padrão	
Sexo			0.02
Masculino	64.1	35.5	
Feminino	77.3	29.4	
Estado Civil			0.85
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	68.6	35.3	
Casado(a)/ União Estável	71.0	32.9	
Outro	75.0	26.7	
Escolaridade			0.19
Médio Incompleto/Completo	75.5	31.6	
Ensino Superior Incompleto/Completo	64.6	35.1	
Pós-Graduação	73.8	31.1	
Qual sua renda mensal própria?			0.18
De 1 a 3 salários mínimos	77.8	32.1	
De 3 a 5 salários mínimos	68.6	33.0	
De 5 a 8 salários mínimos	72.2	34.1	
Acima de 8 salários mínimos	59.1	34.9	
Trabalha em outro emprego			0.52
Sim	75.0	31.5	
Não	70.6	32.6	
Qual sua religião			0.90
Católico	69.3	32.7	
Protestante	67.1	37.3	
Outros	72.6	32.6	
Não tem religião	75.0	37.8	
Realiza atividade física			0.21
Sim	67.6	35.1	
Não	75.0	30.0	
Tempo de Serviço nesta atividade no SAMU			0.66
Até 1 ano	66.8	34.4	
Até 3 anos	71.7	33.5	
Até 5 anos	67.2	35.0	
Até 8 anos	75.8	31.4	
Categoria do Serviço			
Condutor/Socorrista	74.1	36.3	0.18
Enfermeiros	65.0	31.0	
Médicos	61.7	39.9	
Técnico Auxiliar/Ass Administrativos	82.1	30.3	
Técnico em Enfermagem	65.6	30.8	
Carga Horária de trabalho			0.51
Até 24 horas	67.3	37.9	
De 30 horas a 48 horas	65.2	33.5	
De 50 horas a 72H	75.0	31.7	
Mais que 74H	74.0	31.2	

Na tabela 7, observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis estado civil, escolaridade, a renda mensal, se tem outro emprego, religião, se realiza atividade física, tempo de serviço no SAMU, categoria do serviço e carga horária de trabalho. Constatou-se a diferença estatisticamente significativa entre os sexos, sendo que as mulheres ($M=77,3$) apresentaram média maior que os homens ($M= 64,1$). As demais variáveis foram consideradas independentes da limitação por aspectos físicos. Ferreira et al. (2011) em seu estudo com cuidadores de idosos em assistência domiciliar, obtiveram maiores valores para as mulheres em relação aos aspectos físicos do SF-36 do que os homens, corroborando este presente estudo. Assim, é possível afirmar que as mulheres parecem ter uma percepção mais acurada de sua condição de saúde, principalmente pelo fato de realizarem diversas tarefas da vida diária e também no trabalho, com isso elas desenvolvem maiores relações com os serviços de saúde em razão de seus atributos e funções reprodutivas.

Cicconelli (1997) diz que os aspectos físicos do SF-36 investigam as limitações no tipo e na quantidade de trabalho e nas atividades de vida diária, em decorrência de problemas físicos. Dessa forma pode-se afirmar que as mulheres que apresentaram esse percentual, conseguem perceber suas limitações físicas e principalmente, tendem a adquirir um melhor desempenho em suas atividades do que os homens. Leva-se em consideração que este estudo apontou semelhança nos valores quanto ao sexo dos participantes. As mulheres que atuam no SAMU-192 possuem as mesmas obrigações (atribuições) dentro do serviço, realizam as mesmas funções e, além disso, prestam uma dedicação especial aos filhos e aos afazeres domésticos. Para os homens esses aspectos se tornam prejudicados principalmente pelo desgaste físico em atividades que realizam por serem supostamente mais preparados fisicamente.

Pertencer ao sexo masculino pode influenciar em alguns fatores de risco na vida desses profissionais. Alguns estudos relatam que até 50 anos de idade o predomínio de hipertensão arterial (HA) é maior em homens, muito em função das alterações hormonais nas mulheres, com inversão desses valores após esse período de menopausa. Pode-se dizer que mesmo a amostra deste estudo apresentando um percentual semelhante referente ao sexo, a atuação do homem ainda impera por vários fatores principalmente por se tratar de uma atividade que necessite de maior esforço físico e com mais atribuições relacionadas ao cargo ocupado. Cavagioni e Pierin (2012) em seu estudo sobre o risco cardiovascular em profissionais do SAMU obtiveram na população estudada um predomínio do sexo feminino (60,4%) e citam que a prevalência de hipertensão pode ter sido influenciada pelo tipo de atividade realizada por essas profissionais, como a exposição mais intensa ao estresse físico e mental e alteração do ritmo cardíaco durante a jornada de trabalho. Estudos realizados entre

outros grupos específicos de trabalhadores demonstraram uma prevalência variável de hipertensão arterial. Em trabalhadores de uma indústria de refrigerantes, Cassani et al. (2009) identificaram a hipertensão arterial em 28% dos indivíduos e Martinez e Latorre (2006) em trabalhadores metalúrgicos obtiveram 24,7% de indivíduos hipertensos.

Os dados de Martinez e Latorre (2006) ainda evidenciaram que o trabalhador acima de quarenta anos é uma prioridade para ações de intervenção que possam favorecer a prevenção primária e secundária dos dois agravos. Nessas ações, deve-se dar atenção especial à alimentação e à prática de exercícios físicos, favorecendo o controle da obesidade e da dislipidemia. Os dados também evidenciaram a existência de fatores comuns associados à HA e ao diabetes mellitus (DM), caracterizando a ocorrência da síndrome metabólica entre os trabalhadores estudados, o que significa aumento da probabilidade de desenvolver doença cardiovascular. Pode-se supor com os achados da presente pesquisa, a prevalência de profissionais que futuramente poderão apresentar esses índices, quanto à faixa etária e ao sexo possa progressivamente aumentar com o passar do tempo, com a falta de atividade física e a exposição constante a demandas físicas em suas atividades rotineiras. Vale destacar a importância de novos hábitos no estilo de vida, uma vez que a população estudada demonstrou 37,8% de indivíduos que não realizam atividades físicas regulares, entre homens e mulheres, sendo essas atividades responsáveis por uma série de respostas benéficas do sistema cardiovascular.

Obteve-se ainda com os resultados desta presente pesquisa uma regularidade na média das limitações por aspectos físicos em todas as demais variáveis da amostra. Os achados permitem identificar que grande parte dos profissionais permanece, segundo o SF-36, satisfeitos com sua saúde e QV, independente das adversidades no serviço de urgência. Diante dos achados, mesmo estes não relacionarem especificamente com o ambiente de trabalho, é relevante dizer da satisfação que cada profissional possui e que este fator está relacionado ao próprio trabalho e a seu conteúdo. A satisfação no trabalho é uma avaliação subjetiva realizada pelo trabalhador sobre o quanto os aspectos laborais podem ser prejudiciais ou benéficos ao seu bem-estar. Trata-se de avaliação dinâmica, ou seja, o estado de satisfação ou insatisfação pode mudar conforme as condições gerais de trabalho oferecidas (MELO et al. (2011). De acordo com Manetti et al. (2008) a satisfação no trabalho é derivada das atitudes e percepções dos vários elementos do trabalho, podendo ainda ser definida como a reação afetiva aos resultados percebidos e aos desejados no exercício ocupacional.

A tabela 8 mostra o teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio dor do SF-36.

TABELA 8 – Teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e domínio dor do SF-36

	Dor		P-valor
	Média	Desvio Padrão	
Sexo			0.40
Masculino	68.9	23.7	
Feminino	65.5	22.6	
Estado Civil			0.07
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	65.4	20.9	
Casado(a)/ União Estável	66.6	24.8	
Outro	85.2	11.8	
Escolaridade			0.30
Médio Incompleto/Completo	70.9	24.6	
Ensino Superior Incompleto/Completo	64.2	22.5	
Pós-Graduação	66.7	20.9	
Qual sua renda mensal própria?			0.12
De 1 a 3 salários mínimos	70.0	23.8	
De 3 a 5 salários mínimos	62.1	24.4	
De 5 a 8 salários mínimos	71.2	17.9	
Acima de 8 salários mínimos	74.0	18.1	
Trabalha em outro emprego			0.60
Sim	64.9	24.2	
Não	67.6	24.1	
Qual sua religião			0.41
Católico	69.3	23.6	
Protestante	59.5	20.1	
Outros	68.1	24.2	
Não tem religião	64.2	19.9	
Realiza atividade física			0.43
Sim	66.1	23.2	
Não	69.1	23.2	
Tempo de Serviço nesta atividade no SAMU			0.35
Até 1 ano	68.3	22.6	
Até 3 anos	67.1	23.7	
Até 5 anos	74.8	20.7	
Até 8 anos	62.2	24.4	
Categoria do Serviço			
Condutor/Socorrista	71.1	27.8	0.50
Enfermeiros	72.7	21.3	
Médicos	70.5	15.2	
Técnico Auxiliar/Ass Administrativos	63.5	22.7	
Técnico em Enfermagem	64.5	23.0	
Carga Horária de trabalho			0.22
Até 24 horas	62.9	17.2	
De 30 horas a 48 horas	70.9	23.6	
De 50 horas a 72H	70.2	26.4	
Mais que 74H	61.2	21.3	

No que se refere às variáveis, sexo, estado civil, escolaridade, renda mensal, se trabalha em outro emprego, religião, se realiza atividades físicas, tempo de serviço no SAMU, categorias do serviço e carga horária de trabalho não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Supõe que os profissionais mesmo com esses escores próximos do corte realizam suas atividades laborais com algum tipo de dor, mas isso não influência na QVRS dos mesmos.

Diante desta situação e também da prevalência de dor encontrada nesta população, pode-se afirmar que com o tempo neste serviço, á longo prazo o sintoma de dor pode influenciar negativamente nos aspectos e condições de saúde desses profissionais. A cronificação da dor pode ser um fator complicador para a adaptação ao ritmo de trabalho e também da vida particular, tornando o individuo cada vez mais dependente de afastamentos de sua rotina.

A tabela 9 mostra o teste ANOVA para a diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio estado geral de saúde do SF-36.

TABELA 9 – Teste ANOVA para diferença entre as variáveis socioocupacionais e o domínio estado geral de saúde do SF-36

	Estado geral de saúde		P-valor
	Média	Desvio Padrão	
Sexo			0.85
Masculino	73.2	18.1	
Feminino	73.8	17.0	
Estado Civil			0.42
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	71.2	17.6	
Casado(a)/ União Estável	74.5	17.5	
Outro	68.4	17.9	
Escolaridade			0.25
Médio Incompleto/Completo	76.5	17.0	
Ensino Superior Incompleto/Completo	71.0	18.6	
Pós-Graduação	72.6	15.6	
Qual sua renda mensal própria?			0.40
De 1 a 3 salários mínimos	75.6	17.7	
De 3 a 5 salários mínimos	72.1	18.1	
De 5 a 8 salários mínimos	79.8	13.0	
Acima de 8 salários mínimos	71.0	17.3	
Trabalha em outro emprego			0.55
Sim	75.7	18.2	
Não	73.5	17.2	
Qual sua religião			0.35
Católico	76.2	17.4	
Protestante	72.5	14.7	
Outros	70.1	18.2	
Não tem religião	71.1	21.4	
Realiza atividade física			0.07
Sim	75.6	16.8	
Não	69.9	18.3	
Tempo de Serviço nesta atividade no SAMU			0.88
Até 1 ano	74.6	18.5	
Até 3 anos	71.9	19.5	
Até 5 anos	75.2	14.4	
Até 8 anos	72.8	15.6	
Categoria do Serviço			
Condutor/Socorrista	77.0	16.6	0.20
Enfermeiros	73.7	14.7	
Médicos	70.5	18.9	
Técnico Auxiliar/Ass Administrativos	78.1	17.0	
Técnico em Enfermagem	69.5	18.4	
Carga Horária de trabalho			0.95
Até 24 horas	74.8	17.4	
De 30 horas a 48 horas	73.8	17.7	
De 50 horas às 72H	73.2	18.3	
Mais que 74H	72.1	17.0	

Os resultados do teste ANOVA não apresentaram nenhuma pontuação estatisticamente significativa com relação às variáveis do questionário sociocupacional. Supõe que os participantes deste estudo possuem uma relevante perspectiva sobre sua saúde geral. Diferente deste estudo, Capela et al. (2009) em seus resultados, identificaram a média de (44,3) para o domínio estado geral de saúde do SF-36, correlação com todas as variáveis sociodemográficas. Os achados dessas autoras também evidenciaram a relação da dor e os demais fatores que levam o indivíduo a ter uma pior QV. Atentou-se para este estudo citado anteriormente o fato dos participantes já terem algum sintoma de dor e depressão. Martarello e Benatti (2009) também obtiveram menor valor para o domínio estado geral de saúde, percebendo o comprometimento da QV dos participantes.

Diferente desses achados, para o domínio estado geral de saúde, Ferreira et al. (2009) encontraram uma média de 85,9 em seus resultados, sugerindo uma boa percepção sobre este item. Corrobora o presente estudo, pois mesmo diante de tantas situações de riscos, que vivenciam os profissionais do SAMU, os mesmos demonstraram nos resultados valores satisfatórios no domínio estado geral de saúde e que a grande maioria está ciente quanto aos cuidados e prevenção no dia a dia.

Em 1986, a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, define na sua declaração final (Carta de Ottawa) um novo conceito de promoção da saúde: “processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam.” A base estratégica decorrente desta conferência engloba a elaboração de políticas saudáveis, a criação de ambientes saudáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de capacidades individuais (CARRONDO, 2006, p.35). Martins (2005) diz que atualmente a saúde é entendida como uma situação de equilíbrio entre o nível físico, psíquico e sócio-ambiental. Mais do que prevenir a doença, importa hoje prevenir a saúde. Ainda cita que a promoção da saúde é a grande chave para esse objetivo.

A promoção da saúde passou, assim, a ser definida como um processo e deixou de ser entendida como um conjunto de atividades de prevenção primária (educação sanitária, exames seletivos periódicos, aconselhamento matrimonial, etc.), tal como conceituado por Leavell e Clark (1977) nos níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença – prevenção primária, secundária e terciária (CARRONDO, 2006). O conceito de promoção da saúde assente, no paradigma salutogênico, valoriza os fatores que interferem positivamente na saúde. A ação sobre aqueles fatores tem que ser multidireccional e multidimensional e deve fazer apelo ao contributo de diferentes disciplinas e setores (MARTINS, 2005).

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Noronha et al. (2009) citam que a resiliência como foco da temática do desenvolvimento humano em situações de risco também vem sendo estudada por vários autores, principalmente pela busca de subsídios e programas de intervenção e políticas públicas no âmbito da saúde mental e física dos trabalhadores. Do processo de resiliência em contextos organizacionais, Ribeiro et al. (2011) dizem que é importante destacar os fatores de risco e de proteção que permitem a superação das condições adversas e a convivência com a incerteza inerente ao ambiente organizacional atual, dinâmico e globalizado. Segundo Job (2003) os fatores de risco seriam tensões acumuladas, geradas por inúmeros eventos estressores a partir de outros fatores. Já os fatores de proteção seriam os redutores das influências negativas dentro do trabalho, uma forma adaptativa de enfrentar as dificuldades.

No SAMU, os profissionais vivenciam situações estressantes e na maioria das vezes convivem com o sofrimento e o adoecimento da população solicitante. A pressão e a responsabilidade do trabalho, a falta de tempo para a família, a falta de apoio dos pares ou das chefias, a falta de autonomia, medo de adquirir infecções no trabalho, assédio e agressões morais e físicas, são citados como principais fatores de risco para o adoecimento dos profissionais e ao mesmo tempo considerados importantes como fatores de proteção empreendidos por eles como mecanismos de defesa contra essas situações adversas no trabalho.

De acordo com Ribeiro et al. (2011) o trabalho ocupa posição de destaque na vida do sujeito, carregando consigo valores importantes que permeiam várias instâncias do seu viver, e por isso exerce influência sobre sua motivação e satisfação e é também um fator relevante para a formação da identidade e a inserção desse sujeito na sociedade. Portanto, afirma-se com este presente estudo que para o trabalhador expressar bem-estar e motivação pelo trabalho, o mesmo deve adquirir equilíbrio entre suas expectativas em relação à atividade a ser executada, as possibilidades de reconhecimento dentro da organização e, sobretudo a concretização destas.

A tabela 10 mostra o teste ANOVA para a diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio vitalidade do SF-36.

TABELA 10 – Teste ANOVA para diferença entre as variáveis socioocupacionais e o domínio vitalidade do SF-36

	Vitalidade		P-valor
	Média	Desvio Padrão	
Sexo			0.40
Masculino	64.1	13.4	
Feminino	62.3	10.4	
Estado Civil			0.49
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	61.8	9.9	
Casado(a)/ União Estável	64.3	13.0	
Outro	62.5	15.6	
Escolaridade			0.27
Médio Incompleto/Completo	65.3	14.0	
Ensino Superior Incompleto/Completo	61.7	10.2	
Pós-Graduação	62.6	11.1	
Qual sua renda mensal própria?			0.63
De 1 a 3 salários mínimos	64.0	14.7	
De 3 a 5 salários mínimos	63.0	11.1	
De 5 a 8 salários mínimos	66.6	9.7	
Acima de 8 salários mínimos	60.9	9.2	
Trabalha em outro emprego			0.31
Sim	61.3	12.8	
Não	64.0	12.2	
Qual sua religião			0.55
Católico	63.4	12.3	
Protestante	66.3	12.2	
Outros	62.3	12.3	
Não tem religião	60.0	7.6	
Realiza atividade física			0.87
Sim	63.4	13.0	
Não	63.0	10.4	
Tempo de Serviço nesta atividade no SAMU			0.83
Até 1 ano	62.7	12.2	
Até 3 anos	62.4	13.7	
Até 5 anos	63.7	10.7	
Até 8 anos	64.8	10.5	
Categoria do Serviço			
Condutor/Socorrista	65.7	13.9	0.63
Enfermeiros	63.0	8.4	
Médicos	62.0	9.8	
Técnico Auxiliar/Ass Administrativos	64.5	10.9	
Técnico em Enfermagem	61.6	13.2	
Carga Horária de trabalho			0.052
Até 24 horas	65.0	8.0	
De 30 horas a 48 horas	65.6**	11.9	
De 50 horas a 72H	63.3	13.0	
Mais que 74H	57.7*	13.0	

Constata-se que a média do domínio vitalidade do SF-36 não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sociocupacionais. No que se refere à carga horária de trabalho, pode-se observar uma menor pontuação dos profissionais que trabalham 74 horas semanais. Nota-se também uma semelhança dos percentuais entre os profissionais que trabalham de 50 a 72 horas (63,3) e os que trabalham de 30 a 48 horas (65,6) semanais. Ferreira et al. (2011) observaram em seu estudo diferenças significativas, nas médias dos domínios capacidade funcional, aspecto físico e aspecto emocional no que se refere as horas dedicadas ao cuidado de idosos em domicílio, diferente dos achados desta presente pesquisa. Os autores ainda citam aqueles que dedicavam de 12 a 24 horas do dia ao cuidado apresentaram piores pontuações quando comparados àqueles que dedicavam de 1 a 12 horas do dia ao cuidado.

No presente estudo os profissionais obtiveram médias próximas ao ponto de corte, sem que sejam consideradas negativas, do ponto de vista do domínio vitalidade, mas é relevante dizer que estes participantes demonstraram na variável carga horária de trabalho, um percentual próximo ao corte, que se deve tomar atenção pelo fato de trabalharem com carga horária excessiva. Apesar do desgaste físico, cansaço, esgotamento, falta de energia para o trabalho e outras atividades, é possível afirmar que esses indivíduos recorrem à essa possibilidade de horas extras pelo fato de ser esta, mais uma ajuda de custo, ou seja, cada hora equivale ao um valor a mais no salário. Costa (2010) apresenta em seus achados sobre a QV dos farmacêuticos, percentuais estatisticamente significativos nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental em relação à carga horária dos farmacêuticos. Observou-se que nestas dimensões os farmacêuticos que trabalhavam mais de 44 horas semanais apresentaram pior QV. No estudo de Guterres et al. (2011) dos trabalhadores estudados, (93,2%) apresentaram uma carga horária de mais de 6 horas, durante 6 dias na semana (75,7) e 50% do total dos trabalhadores desempenham a função a mais de 10 anos.

Como citado anteriormente os participantes deste presente estudo obtiveram um percentual de 36,3% de profissionais que atuam na área de urgência há 1 ano. Contudo, pode-se dizer que estes profissionais estão satisfeitos com sua QV, porém afirma-se também que este período curto de tempo na área de urgência, com o passar dos anos pode sim trazer algum malefício, devido ao alto índice de atendimento e com isso maiores risco de desgaste físico e emocional.

A tabela 11 mostra o teste ANOVA para a diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio aspectos sociais do SF-36.

TABELA 11 – Teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio aspectos sociais do SF-36

	Aspectos Sociais		P-valor
	Média	Desvio Padrão	
Sexo			0.48
Masculino	74.6	22.7	
Feminino	71.9	23.1	
Estado Civil			0.08
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	67.9	22.0	
Casado(a)/ União Estável	77.1	22.9	
Outro	71.9	22.9	
Escolaridade			0.01
Médio Incompleto/Completo	77.8**	24.0	
Ensino Superior Incompleto/Completo	66.9*	23.0	
Pós-Graduação	80.4**	14.0	
Qual sua renda mensal própria?			0.84
De 1 a 3 salários mínimos	70.8	24.3	
De 3 a 5 salários mínimos	74.4	24.3	
De 5 a 8 salários mínimos	73.6	15.9	
Acima de 8 salários mínimos	75.6	19.1	
Trabalha em outro emprego			0.91
Sim	73.3	25.8	
Não	73.9	22.6	
Qual sua religião			0.48
Católico	75.8	20.0	
Protestante	68.4	25.1	
Outros	70.8	26.6	
Não tem religião	78.1	19.7	
Realiza atividade física			0.40
Sim	72.0	22.1	
Não	75.5	24.2	
Tempo de Serviço nesta atividade no SAMU			0.69
Até 1 ano	70.4	25.6	
Até 3 anos	74.0	20.8	
Até 5 anos	74.2	19.6	
Até 8 anos	76.6	22.8	
Categoria do Serviço			
Condutor/Socorrista	79.3	25.1	0.07
Enfermeiros	75.8	18.6	
Médicos	72.5	19.6	
Técnico Auxiliar/Ass Administrativos	78.6	21.2	
Técnico em Enfermagem	66.1	23.5	
Carga Horária de trabalho			0.98
Até 24 horas	73.6	20.4	
De 30 horas a 48 horas	73.8	24.2	
De 50 horas a 72H	73.8	24.2	
Mais que 74H	71.6	22.2	

Observou-se que as médias do domínio aspectos sociais do SF-36 assemelham-se entre todas as variáveis sociocupacionais, mas demonstram uma diferença estatisticamente significativa em relação a variável escolaridade. Foram encontrados escores médios dos profissionais com Ensino Superior Incompleto/Completo (66,9), os profissionais com Ensino Médio Incompleto/Completo (77,8) e os demais com Pós-Graduação (80,4), sendo estes últimos iguais, mas significativamente maiores que o primeiro. As outras variáveis sociocupacionais não apresentaram relação de dependência com o domínio aspecto social.

Os achados deste presente estudo demostram que os profissionais especialistas consideram-se melhor nos aspectos sociais do que os egressos na faculdade e os que possuem ensino médio incompleto/completo. É possível afirmar que a variável escolaridade sofre uma relação negativa no que se referem aos conceitos de saúde e bem estar dos amostrados. Vale lembrar que grande parte dos participantes deste estudo ainda não possui ensino superior completo (44,4%), dado este preocupante diante do crescimento de pesquisas que identificam melhor qualidade de vida aos indivíduos que buscam formação universitária. Martinez et al. (2004) obteve em seus achados 63,4% de trabalhadores com ensino superior completo. Mesmo não ocorrendo diferenças estatisticamente significativas entre as médias de satisfação de trabalho com a variável escolaridade, observou-se também no estudo citado anteriormente que quanto menor o tempo na empresa, maior o nível de satisfação no trabalho. Stumm et al. (2009) observou em seus resultados que 40% dos entrevistados eram especialistas e, em torno de 25% graduados. De Marco et al. (2008) dizem que nos seus resultados prevaleceram os participantes cursando ou com pós-graduação concluída (71,4%). Portanto, entende-se que as pessoas estão investindo em sua formação profissional e cada vez mais qualificadas para atuarem em diversas áreas, assim essa preocupação pode influenciar positivamente, tanto nas percepções dos profissionais quanto no enfrentamento de situações vivenciadas no ambiente de trabalho. Pode-se supor também que profissionais que buscam atingir um melhor nível de escolaridade possuem mais expectativas em relação ao trabalho. Vale lembrar que os trabalhadores do SAMU de Campo Grande/MS, não têm em sua política nenhum plano de cargos e carreiras e isso pode influenciar nas perspectivas e satisfação desses profissionais.

Lacaz et al. (2010) em seu estudo sobre QV, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do SUS em São Paulo, no que diz respeito à cobertura dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), observou-se que São Paulo e Guarulhos elaboraram planos destinados, exclusivamente aos trabalhadores do SUS, enquanto Campinas aprovou plano que engloba trabalhadores de outros setores da Prefeitura. Os

autores também citam que, tendo como referência também a qualidade de vida no/do trabalho, outro aspecto importante é relacionado à configuração dos cargos, visto que a homogeneidade e compatibilidade dos cargos nas diferentes esferas do poder público são condições necessárias para a efetivação dos princípios da equivalência e mobilidade previstos nas diretrizes do PCCS-SUS. Dos oito municípios estudados, em apenas três já existe o plano de cargos e carreiras e esta situação é com certeza um fator desestimulante para o ingresso de novos profissionais no serviço.

A portaria 646/GM de 8 de abril de 2004, define: plano de carreira é o conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoal; carreira é a trajetória do trabalhador desde o seu ingresso no cargo ou emprego até o seu desligamento, regida por regras específicas de ingresso, desenvolvimento profissional, remuneração e avaliação de desempenho; cargo é o conjunto de atribuições assemelhadas quanto à natureza das ações e às qualificações exigidas de seus ocupantes, com responsabilidades previstas na estrutura organizacional e vínculo de trabalho estatutário (BRASIL, 2004).

Embora exista apoio legal para que os municípios utilizem dessas definições, nota-se a constante falta de valorização destes profissionais. Com o presente estudo constatou-se que a maioria dos profissionais é estimulada principalmente por gostarem da área de urgência, pela afinidade que possuem com o serviço mesmo com tão pouca atuação da gestão, quanto aos benefícios e melhorias para o serviço referentes ao PCCS. Com isso, o domínio aspectos sociais do SF-36, não são afetados negativamente, pois quanto mais esses profissionais se dedicam e buscam conhecimento, seja em especializações e cursos, mais são capazes de enfrentarem situações que os levariam algum risco de adoecimento.

A tabela 12 mostra o teste ANOVA para a diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio limitação por aspectos emocionais do SF-36.

TABELA 12 - Teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio aspectos emocionais do SF-36

	Limitação por aspectos emocionais		P-valor
Sexo	Média	Desvio Padrão	0.48
Masculino	67.1	37.1	
Feminino	71.3	31.9	
Estado Civil			0.91
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	70.6	36.3	
Casado(a)/ União Estável	68.0	34.6	
Outro	70.8	27.8	
Escolaridade			
Médio Incompleto/Completo	72.8	32.4	0.03
Ensino Superior Incompleto/Completo	61.1*	36.9	
Pós-Graduação	82.5**	29.1	
Qual sua renda mensal própria?			0.83
De 1 a 3 salários mínimos	71.1	33.0	
De 3 a 5 salários mínimos	68.9	36.0	
De 5 a 8 salários mínimos	74.1	32.3	
Acima de 8 salários mínimos	63.6	37.0	
Trabalha em outro emprego			0.14
Sim	62.2	35.8	
Não	72.8	33.5	
Qual sua religião			0.79
Católico	69.7	34.0	
Protestante	75.4	33.0	
Outros	65.9	34.9	
Não tem religião	66.7	47.1	
Realiza atividade física			0.76
Sim	69.8	34.2	
Não	68.0	35.9	
Tempo de Serviço nesta atividade no SAMU			0.27
Até 1 ano	65.3	34.7	
Até 3 anos	64.0	36.7	
Até 5 anos	77.1	31.5	
Até 8 anos	77.1	33.3	
Categoria do Serviço			
Condutor/Socorrista	78.2	34.8	0.10
Enfermeiros	75.6	32.0	
Médicos	60.0	38.2	
Técnico Auxiliar/Ass Administrativos	76.2	33.7	
Técnico em Enfermagem	69.4	33.4	
Carga Horária de trabalho			0.42
Até 24 horas	62.8	36.9	
De 30 horas a 48 horas	74.0	32.9	
De 50 horas a 72H	65.1	36.8	
Mais que 74H	74.4	31.7	

Observou-se que as médias do domínio aspectos emocionais do SF-36 assemelham-se entre as variáveis socioocupacionais, mas demonstram uma diferença estatisticamente significativa apenas em relação a variável escolaridade. Os escores médios dos profissionais com Ensino Superior Incompleto/Completo (61,1) foram significativamente menores que os escores dos profissionais com Pós-Graduação (82,5), sendo que os escores das pessoas com Ensino Médio não apresentaram diferença significativa em relação às outras. Motke e Franco (2003) dizem que os aspectos emocionais correspondem ao grau em que os problemas emocionais afetam o trabalho e outras atividades diárias, considerado a redução do tempo dedicado a eles, diminuição do rendimento e do cuidado no trabalho. Com isso, supõe que os profissionais do SAMU com pós-graduação, encontram-se mais preparados para atuarem de forma que os problemas emocionais não interfiram na saúde, no desempenho do trabalho e também nas relações sócio afetivas. Atenta-se também para o tempo de serviço no SAMU, que de certa forma influenciou positivamente na QVRS dos profissionais.

Diante das mudanças nos cenários organizacionais, pesquisadores relatam que as condições de trabalho podem desencadear com o passar dos anos elevados níveis de estresse e provocar reações físicas e mentais desgastantes ao trabalhador. Com este estudo, pretendeu-se investigar também quais os principais riscos de adoecimento mental que os profissionais do SAMU descreveriam e este resultado de alguma forma já era esperado, haja vista, o trabalho contínuo em situações de risco, o lidar com a morte, as emergências, as altas demandas de ocorrências, sobrecarga no trabalho, horas excessivas, a falta de equipamentos e a falta de investimento em políticas de prevenção no serviço de urgência. Contudo, a maioria dos profissionais não apresentaram resultados estatisticamente significativos, pois além da escolaridade, não houve outra variável com escore mais próximo da média.

Supostamente mais preparados, os profissionais que apresentam pós-graduação mesmo expostos aos fatores de risco no trabalho, como o estresse, os ruídos, as demais condições ambientais, que afetam não só fisicamente, mas mentalmente, não estão prejudicados em relação ao domínio aspecto emocionais do SF-36. Araújo et al. (2003) dizem que a teoria do estresse fundamenta-se na avaliação de como o organismo responde as demandas do ambiente externo, sendo o estresse produzido em situações em que as demandas excedem as capacidade individuais de responder a esses estímulos. Magnago et al. (2008) descrevem que entre os fatores de risco, o estresse e os aspectos psicossociais são apontados como importantes fatores a serem identificados e compreendidos no ambiente laboral e devem ser contextualizados na perspectiva de um ambiente de trabalho mais saudável. Sendo assim,

neste serviço, os profissionais recorrem possivelmente ao fato de lidarem diariamente com atitudes heroicas, sentimentos de conquistas, vitórias e também o dever cumprido de dar a vítima o melhor de si e o mais rápido atendimento, fazendo-se importante e reconhecido pela sociedade, não demonstrando comprometimento nos aspectos emocionais.

Zapparoli e Marziale (2006) em seus resultados evidenciaram a ocorrência de agressões morais e risco de adoecimento pelo trabalho, nível de ruído e temperatura ambiental elevados, grande carga mental e carga física despendidas e falta de material para a execução de tarefas, como fatores de riscos peculiares aos profissionais do APH. A violência também mostrou ser um preocupante fator de risco do trabalho de APH. É possível afirmar que esta violência está relacionada à disparidade socioeconômica-cultural encontrada nas ruas e destaca-se principalmente pela falta de políticas públicas e a má distribuição de renda da população.

Pela complexidade das situações de urgência e emergência com as quais os profissionais se deparam, destaca-se a presença de estressores que podem prejudicar a saúde e o trabalho do profissional. Aguiar et al. (2000) em um estudo sobre o estresse em uma equipe militar de resgate pré-hospitalar relataram que os estressores ocupacionais foram: o temor do desconhecido, quando ao toque da sirene, o deslocamento para as ocorrências e o estar sempre em estado de alerta, fontes relacionadas pelos socorristas como provocadores de tensão e ansiedade; a violência dos casos atendidos, assim como o envolvimento com crianças, idosos e familiares também aparecem nos conteúdos como fatores estressantes e o grande número de ocorrências, a extensa carga horária, obrigações de serem hábeis e rápidos, insatisfação no trabalho e a busca do perfeccionismo. Mendes et al. (2011) em seus achados sobre o estresse em equipe de APH móvel, observaram maior incidência de estresse nos indivíduos que tinham ensino médio completo, como os técnicos de enfermagem (9,5%) e os condutores de veículos, que executam tarefa sabidamente estressantes. Pesquisadores dizem que níveis altos de estresse podem desencadear quadro de esgotamento emocional, desmotivação no trabalho, relação negativa com os demais colegas de trabalho e falta de interesse na resolutividade dos problemas.

Outro fator gerador de estresse é o trabalho em turnos. As jornadas de trabalho, em horários noturnos e excessivas horas extras de plantões, a quantidade de horas de sono inadequada e a falta de comodidade podem levar a um grave desconforto e mal estar dos profissionais, além de distúrbios fisiológicos, comportamentais e emocionais, repercutindo no convívio com a família e no trabalho. Acredita-se que essas circunstâncias e experiências que geram sentimentos de medo, ansiedade e tensão são alguns dos fatores de riscos que os

profissionais do SAMU enfrentam no seu dia a dia, mas que atualmente lidam tranquilamente com esses riscos sem afetar a saúde e a QV.

A tabela 13 mostra o teste ANOVA para a diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio saúde mental do SF-36.

TABELA 13 – Teste ANOVA para diferença entre as variáveis sociocupacionais e o domínio saúde mental do SF-36

	Saúde mental		P-valor
	Média	Desvio Padrão	
Sexo			0.07
Masculino	77.5	16.1	
Feminino	72.7	14.2	
Estado Civil			0.22
Solteiro(a)/ Separado (a) / Divorciado (a)	72.3	15.4	
Casado(a)/ União Estável	77.1	14.8	
Outro	76.0	19.6	
Escolaridade			0.64
Médio Incompleto/Completo	76.7	16.9	
Ensino Superior Incompleto/Completo	73.9	15.9	
Pós-Graduação	75.4	8.3	
Qual sua renda mensal própria?			0.70
De 1 a 3 salários mínimos	74.3	16.4	
De 3 a 5 salários mínimos	77.0	16.1	
De 5 a 8 salários mínimos	72.9	13.5	
Acima de 8 salários mínimos	73.4	12.0	
Trabalha em outro emprego			0.52
Sim	74.3	16.2	
Não	76.4	15.4	
Qual sua religião			0.40
Católico	77.1	15.2	
Protestante	75.4	15.6	
Outros	72.0	16.3	
Não tem religião	76.5	10.3	
Realiza atividade física			0.83
Sim	75.5	16.0	
Não	74.9	14.4	
Tempo de Serviço nesta atividade no SAMU			0.48
Até 1 ano	73.0	16.7	
Até 3 anos	76.3	14.8	
Até 5 anos	74.0	13.5	
Até 8 anos	78.1	14.9	
Categoria do Serviço			
Condutor/Socorrista	81.4	18.6	0.06
Enfermeiros	74.9	10.3	
Médicos	70.1	13.7	
Técnico Auxiliar/Ass Administrativos	77.3	14.7	
Técnico em Enfermagem	72.1	14.6	

Carga Horária de trabalho			0.68
Até 24 horas	74.7	11.5	
De 30 horas a 48 horas	76.5	14.2	
De 50 horas a 72H	76.3	18.1	
Mais que 74H	72.1	16.3	

Na tabela 13, as médias assemelham-se em todas as variáveis socioocupacionais e não demonstram diferença estatisticamente significativa. Para Fernandes et al. (2009) o domínio saúde mental investiga as dimensões de ansiedade, depressão, alteração do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Segundo Sá (2010) a saúde mental é o termo usado para descrever um nível de QV cognitiva ou emocional ou ausência de doença mental. O autor citado diz ainda que a OMS, afirma que não existe uma oficial definição sobre saúde mental. Diferentes culturas e teorias afetam o modo de como é vista a saúde mental. Assim, supõe que o conceito de saúde mental dos profissionais da amostra é o mesmo entre as variáveis socioocupacionais.

Capela et al. (2009) citam que a depressão é um dos problemas de saúde mental mais comuns e está presente em 10 a 15% dos pacientes, podendo gerar importante incapacidade e piora da QV. No estudo de Vargas e Dias (2011) sobre a prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de uma UTI, observou-se prevalência de 28,4% de depressão. As análises deste estudo citado anteriormente mostrou associação significativa entre depressão e estado civil, trabalho noturno e dupla jornada. Os trabalhadores ainda relataram tristeza, desânimo e desesperança como os principais sinais e sintomas característicos da doença. Costa et al. (2000) aliado a esses fatores estressantes, vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem que atuam em unidades de terapia intensiva, dizem que existe outro fator apontado como desencadeantes de transtornos psíquicos nessa população, a ocorrência de rodízios de turnos, realizados pelos profissionais de enfermagem, que podem ocasionar alterações de sono, distúrbios gastrintestinais e cardiovasculares, desordens psíquicas, sobretudo a depressão.

Vargas e Dias (2011) relatam ainda que o trabalho noturno é prejudicial à saúde do trabalhador, em razão das condições críticas de trabalho, desgastantes e cansativas, que se associam às características já desgastantes do ambiente da UTI, potencializando seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. É possível afirmar que os profissionais do SAMU vivenciam situações parecidas e estão susceptíveis aos mesmos riscos de adoecimento, porém enfrentam com disposição e compromisso todo tipo de atendimento, pelo gosto e satisfação de atuar no salvamento de pessoas.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver uma pesquisa com profissionais de saúde que trabalham diretamente nas ruas, com o atendimento às vítimas, no salvamento, no deslocamento rápido e em tantas outras situações de urgência e emergência, nos faz pensar em possíveis resultados alterados, na QV, na saúde, no ambiente de trabalho, no convívio familiar e social, no estigma da profissão e na forma como a sociedade os enxerga.

É inevitável não falar que o SAMU-192 tem sido alvo de estudos e críticas no que se refere a sua política e gestão. Entretanto é este tipo de investigação que pode contribuir para a valorização e qualificação dos profissionais que executam essa atividade tão preciosa, garantindo à população um atendimento com ética e qualidade. Dessa forma, este serviço móvel, que faz parte da rede de serviços do SUS, contribui para organizar o atendimento público em saúde, ao prestar socorro conforme solicitado.

Vale lembrar que o SAMU-192 realiza o atendimento de urgência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e via públicas, além do serviço de transferência de pacientes de unidade de emergência a outros destinos como os hospitais e clínicas especializadas. Este trabalho é organizado pela Central de Regulação Médica de Urgências como já citado anteriormente, situada em um local específico, onde se articula as estratégias de atendimento as chamadas via telefone. O profissional por sua vez, preocupado em desempenhar com responsabilidade sua atuação em situações de risco, pode-se reprimir com determinados fatores e assim desenvolver algum tipo de adoecimento seja de caráter físico ou psíquico.

Pesquisas que abordam a temática dor e QV são evidenciadas neste contexto, na tentativa de encontrar meios para a melhor percepção desses profissionais quanto as possíveis alterações comportamentais que podem emergir com o passar dos anos. Esses fatores negativos podem ser observados para que cada um desses indivíduos estabeleça seu interesse pela temática, mesmo estando em situações de riscos de adoecimento, principalmente por atuarem em cenas carregadas de dramas e tensões. É importante também aprofundar discussões sobre a dimensão do tempo e da necessidade de agir rápido - salvar a vida de outros enquanto se arrisca a própria vida. Nesta direção este estudo avaliou a prevalência da dor física, a QVRS e a relação com os domínios do SF-36 dos profissionais SAMU-192 de Campo Grande/MS.

Em relação aos dados sociocupacionais da amostra, este estudo possibilitou mostrar uma semelhança quanto ao sexo dos profissionais, um percentual de (51,4%) do sexo masculino e (47,4%) do sexo feminino. Observou-se também, que os profissionais do SAMU apresentam uma média de idade de 38,2 anos. Predominou o estado civil casado/união estável

(56,3%); apresentam o ensino superior incompleto/completo (44,4%); com renda mensal própria de 3 a 5 salários mínimos (43,7%); não trabalham em outro emprego (75,4%); realizam atividades físicas (62,2%); com tempo de serviço no SAMU-192 de até 1 ano (36,3%). A categoria profissional que mais destacou foram os auxiliares e técnicos de enfermagem (35,6%); a maioria possui uma carga horária de trabalho entre 50 e 72 horas semanais (31,2%), dos entrevistados (91,9%) são concursados e (43,2%) escolheram trabalhar no serviço de urgência por gostarem da área.

Quando avaliados pelo Digrama Corporal e a Escala de Faces, a dor foi evidenciada com 74,1% do total de participantes, que responderam sentir dor. É evidente que os profissionais assumem um enfrentamento ao risco por meio de fatores de proteção, por exemplo, o gosto pela área de urgência e o pouco período de atuação no serviço.

Quanto ao local com maior prevalência foi à região lombar e isto pode significar um grande acúmulo de carga física durante a realização de suas atividades laborais. Contudo, não foi observada uma associação estatisticamente significativa entre a dor e os domínios do SF-36, que comprometa a QV e que limite os profissionais nas atividades funcionais de rotina.

Quando avaliada a QVRS dos profissionais, por meio dos domínios do SF-36, destacou-se o domínio capacidade funcional (86,2) que obteve uma média maior do que os domínios dor e vitalidade, com escores menores (67,3) e (63,3) respectivamente. Esses domínios do SF-36 que avaliam a QVRS foram considerados adequados e não houve nenhum tipo de comprometimento. Percebeu-se que a amostra não está prejudicada quanto a QVRS.

Ao avaliar a diferença entre as variáveis sociocupacionais e os domínios do SF-36 o estudo obteve uma correlação estatisticamente significativa apenas nos domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, aspectos sociais e limitação por aspectos emocionais, com as algumas das variáveis. No domínio capacidade funcional do SF-36, foi encontrada uma relação entre a variável categoria de serviço, onde os auxiliares/técnicos de enfermagem obtiveram escores maiores que as demais categorias. No domínio limitação por aspectos físicos do SF-36, foi encontrada uma relação entre a variável sexo, onde as mulheres obtiveram escores maiores que os homens. No domínio aspectos sociais do SF-36, ficou em evidência a relação com a variável escolaridade, onde os profissionais que possuem pós-graduação obtiveram maior escore que os demais amostrados. Já no domínio aspectos emocionais, a relação de dependência foi também com a escolaridade, onde os escores menores foram dos que possuem ensino superior, e os maiores, os que possuem pós-graduação e os que possuem o ensino médio permaneceram com valores intermediários.

Pode-se, afirmar que existem relações estatisticamente significativas entre as variáveis socioocupacionais e os domínios do SF-36, mas que essas relações não são negativas.

Conclui-se que nesta população estudada, os profissionais possuem hábitos saudáveis, principalmente por serem jovens/maduros, com faixa etária relativamente boa para a realização de diversas atividades, sejam elas a prática de exercícios físicos ou também outras formas de lazer.

A amostra demonstrou também boas perspectivas em relação ao trabalho, ao crescimento pessoal e ao interesse por continuarem se atualizando, ou seja, a buscarem formação acadêmica. Observou-se que grande parte dos estudados gosta de atuar na área de urgência e possuem afinidade com o serviço. Assim, as tomadas de decisões rápidas exigidas no dia a dia, a grande demanda em atendimentos de urgência e emergência, a exigência de condicionamento físico adequado, a exposição a condições estressantes, entre outros aspectos que caracterizam o perfil socioocupacional da amostra, podem interferir na QV dos profissionais com o passar dos anos, resultando em estresse, cansaço, dor física, fadiga, exaustão, etc.

Em relação à hipótese proposta no inicio do trabalho, se comprovou que realmente há uma prevalência de dor na amostra, no entanto, a segunda parte da hipótese não foi comprovada, já que a prevalência de dor ainda não limita a QVRS.

Ao deparar-se com o ambiente de trabalho no setor analisado, visto que não foi o foco do estudo, porém com grandes considerações, este apresentou características ergonômicas desgastantes e preocupantes para a maioria dos amostrados. Foram relatados pelos profissionais que os equipamentos de proteção, as posturas laborais incorretas e a má distribuição das tarefas indicaram a existência de algum risco ergonômico, sendo os possíveis causadores de dor. Portanto, faz-se importante a melhoria das condições de trabalho dos profissionais do SAMU-192. Por ser um serviço essencial, requer intervenções cuidadosas e a necessidade de planejamento de programas, que incluam a promoção de saúde deste grupo de trabalhadores.

Os resultados apontam para que ações sejam elaboradas por equipes multidisciplinares, de modo a aliviar os sintomas, em especial a dor, a fim de melhorar a QV e subsidiar a criação de novas políticas para o serviço de urgência. Também evidenciou-se a adesão às atividades físicas regulares e a hábitos saudáveis como fator extremamente

importante para que esses riscos não evoluam para situações crônicas que impeçam o profissional de desempenhar sua função e ter uma boa saúde.

Contudo, atenta-se com os achados desta presente pesquisa para as cargas psíquicas e sociais que afetam o bem estar dos indivíduos e que podem ter como consequência o seu sofrimento, levando a afastamentos por licença médica e medicalização desnecessária, em longo prazo. Alguns profissionais durante a coleta dos dados ressaltaram que mesmo diante dessas situações do dia a dia, se sentem motivados pelo fato de gostarem da área de urgência e por isso faz-se necessário novos estudos com análises diferenciadas. Somente desta forma, será possível ampliar o conhecimento acerca de novas possibilidades e construir julgamentos sobre sua utilidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. N.; SILVA, A. L. A. C.; FARIA, C. R.; LIMA, F. V.; SOUZA, P. R.; STACCIARINI, J. M. R. O estresse em uma equipe militar de resgate pré-hospitalar. *Rev. Eletr. Enf.*, 2(2) [Internet] 2000; Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_2/estress.html>.

ALMEIDA, Vitória de Cássia Félix de; ZANETTI, Maria Lúcia; ALMEIDA, Paulo César de; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Ocupação e fatores de risco para diabetes tipo 2: estudo com trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], v. 19, n. 3, p. 476-484, 2011. ISSN 0104-1169.

ARAUJO, Denise Sardinha Mendes Soares; ARAUJO, Claudio Gil Soares de. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Rev. Bras. Med. Esporte.* [online], v. 6, n. 5, p. 194-203, 2000. ISSN 1517-8692. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v6n5/v6n5a05.pdf>>.

ARBEX, F. S.; ALMEIDA, E. A. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. *Rev. Brasileira Clinica Med. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas* (FCM-UNICAMP), Campinas, SP, v. 7, p. 339-342, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n5/a012.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2012, às 13h15min.

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. 3. ed. Trad. Mário da Gama Kury. Brasília: UNB, 1992.

AVELAR, V. L. L. M. de; PAIVA, K. C. M. de. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 1010-8, nov./dez. 2010.

BACCHI, C. A.; CANDOTTI, C. T.; NOLL, M.; MINOSSI, C. E. S. Avaliação da qualidade de vida, da dor nas costas, da funcionalidade e de alterações da coluna vertebral de estudantes de fisioterapia. *Motriz*, Rio Claro, RS, v. 19, n. 2, p. 243-251, abr./jun. 2013.

BRANCO, Jerônimo Costa; GIUSTI, Patrícia Haertel; ALMEIDA, Aline Rotta; NICHORN, Líva Falchi. Qualidade de vida de colaboradores de hospital universitário do Sul do Brasil. *Health Sci Inst.*, 28(2):199-203, 2010. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02_abr-jun/V28_n2_2010_p199-204.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução n. 466* de 13 de junho de 2013. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Regulação médica das urgências*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V. de. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Epidemiologia*, Recife, PE, v. 11, n. 4, p. 530-40, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/01.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2013, às 22h.

CABRAL, Amanda Priscila de Santana; SOUZA, Wayner Vieira de; LIMA, Maria Luiza Carvalho de. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um observatório dos acidentes de transportes terrestre em nível local. *Rev. Bras. Epidemiol.* [online], v. 14, n. 1, p. 03-14, 2011. ISSN 1415-790X.

CACCIARI, P.; HADDAD, M. C. L.; VANNUCHI, M. T. O.; DALMAS, J. C. Estado de saúde de trabalhadores de enfermagem em readequação e readaptação funcional. *Rev. Bras. de Enfermagem*, Londrina, PR, v. 66, n. 6, p. 860-5, 2013.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde Pública. *Relatório Estatístico SAMU/192*. Campo Grande, MS, 2012.

_____. *Relatório de Gestão 2012 – SAMU Regional Campo Grande/MS*. Campo Grande, MS, 2012.

_____. *Resolução n. 49*, de 15 de abril de 2005. Normas e Procedimentos de Funcionamento do SAMU. Diário Oficial de Campo Grande, MS. Disponível em: <<http://www.capital.ms.gov.br/diogrande>>. Acesso em: 15 set. 2013, às 19h.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador, BA, v. 32, n. 2, p.232-240 maio/ago. 2008. Disponível em: <[http://br.monografias.com/trabalhos-pdf/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude.pdf](http://br.monografias.com/trabalhos-pdf/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude.pdf)>. Acesso em: 1º nov. 2012, às 22h35min.

CASSANI, Roberta Soares Lara; NOBRE, Fernando; PAZIN FILHO, Antônio; SCHMIDT, André. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em trabalhadores de uma indústria brasileira. *Arq. Bras. Cardiol.* [online], v. 92, n. 1, p. 16-22, 2009. ISSN 0066-782X.

CAVAGIONI, Luciane; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Risco cardiovascular em profissionais de saúde de serviços de atendimento pré-hospitalar. *Rev. esc. enferm. USP* [online], v. 46, n. 2, p. 395-403, 2012. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a18v46n2.pdf>>.

CAVAGIONI, Luciane Cesira; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Hipertensão arterial em profissionais que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar. *Texto contexto - enferm.* [online], v. 20, n. 3, p. 435-444, 2011. ISSN 0104-0707.

CÉLIA, R. C. R. S.; ALEXANDRE, N. M. C. Distúrbios osteomusculares e qualidade de vida em trabalhadores envolvidos com transporte de pacientes. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 56, n. 5, p. 494-498, set./out. 2003.

CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. IX-XIII, mar./abr. 2003.

CICONELLI, Rozana Mesquita et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-50, maio/jun. 1999.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato de

experiência de Porto Alegre - RS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Porto Alegre, RS, v. 12, n. 26, p. 659-66, jun./set. 2008.

COSTA, Cézar França. Qualidade de vida dos farmacêuticos de drogarias de Campo Grande/MS. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2010.

COSTA, D. S. Qualidade de vida dos profissionais de Educação Física da Rede Pública de Campo Grande, MS. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2008.

COSTA, Ester de S.; MORITA, Ione; MARTINEZ, Miguel A. R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(2):553-555, abr./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2104.pdf>>.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; FRANKEN, Ieda. Qualidade de vida no serviço público de saúde: as representações sociais de profissionais da saúde. *Psicol. cienc. prof.* [online], v. 29, n. 3, p. 448-461, 2009. ISSN 1414-9893.

CRISTINA, J. A.; DALRI, R. M. Z. C.; SAEKI, T.; VEIGA, E. V. Vivencias de un equipo multiprofesional en la atención avanzada prehospitalaria móvil al adulto en situación de emergencia con paro cardiorrespiratório. *Ciencia y Enfermeria*, XIV, n. 2, p. 97-105, 2008.

CRUZ, Luciane Nascimento et al. Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v. 18, n. 7, p. 1911-1921, 2013. ISSN 1413-812.

CUNHA, Hellica Regina da. *O programa de qualidade de vida no trabalho*. 2013. 47p. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde do Trabalhador, Segurança do Trabalho e RH) – Instituto Superior de Educação do Vale do Jurena, Mirassol do Oeste, MT, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Ereni/Downloads/monografia_20140703103131.pdf>.

DE MARCO, Patrícia Furuta; CTERO, Vanessa de Albuquerque; MORAES, Edilaine; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *J. bras. psiquiatr.* [online], v. 57, n. 3, p. 178-183, 2008. ISSN 0047-2085.

DIRETRIZES NACIONAIS PCCS-SUS. Documento elaborado pela Comissão Especial do PCCS-SUS – Portaria n. 626/GM, de 08/04/04. Disponível em: <<http://www.sindsaudesp.org.br/download/documentos/diretrizespccssusnov06.pdf>>.

DUARTE, Nei Santos; MAURO, Maria Yvone C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. *Rev. bras. saúde ocup.* [online], v. 35, n. 121, p. 157-167, 2010. ISSN 0303-7657.

ELAINE, B. M. et al. Manual para elaboração e normalização de dissertações e teses. 3. ed. rev., atual. eampl. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Sistema de Bibliotecas e Informação, 2011. (Série Manuais de Procedimentos, v. 5). Disponível em: <<http://www.sibi.ufrj.br/documentos/manual-teses-dissertacoes.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2013, às 21h.

FERNANDES, Íris Iana Botelho; VASCONCELOS, Kaline Cajueiro de; SILVA, Leila Liani Lopes da. Análise da Qualidade de Vida segundo o Questionário SF-36 nos Funcionários da Gerência de Assistência Nutricional (GAN) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Graduação, Belém, Pará, 2009. Disponível em: <http://www.unama.br/novoportal/ensino/graduacao/cursos/fisioterapia/attachments/article/131/Analise_da_Qualidade_de_Vida_Segundo_Questionario_SF_36.pdf>.

FERREIRA, C. G.; ALEXANDRE, T. S.; LEMOS, N. D. Fatores associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária. *Saúde Soc.*, São Paulo, SP, v. 20, n. 2, p. 398-409, 2011.

FONSECA, N. R.; FERNANDES, R. C. P. Fatores associados aos distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 18(6):1-8, 2010.

FREITAS, A. L. P.; SOUZA, R. G. B. S. Um modelo para avaliação da qualidade de vida no trabalho em universidades públicas. CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 4: Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras, jul./ago. 2008. *Programa e Resumos...* Rio de Janeiro, 2008.

GUEDES, E. M.; MAURO, M. I. C.; MAURO, C. C. C.; MORIYA, T. M. *Problemas musculoesqueléticos na enfermagem hospitalar*. [citado em 1º set. 2005]. Disponível em: <<http://www.alass.org/fr/calass00-73.htm>>.

GURGUEIRA, Giovana Pimentel; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; CORRÊA FILHO, Héleno Rodrigues. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], v. 11, n. 5, p. 608-613, 2003. ISSN 0104-1169.

HANSEN, C. D.; RASMUSSEN, K.; KYED, M.; NIELSEN, K. J.; ANDERSEN, J. H. Physical and psychosocial work environment factors and their association with health outcomes in Danish ambulance personnel - A cross-sectional study. *BMC Public Health*, v. 12, n. 1, 2012, Article number 534. DOI: 10.1186/1471-2458-12-534.

HELFENSTEIN JUNIOR, Milton; GOLDENFUM, Marco Aurélio; SIENA, César. Lombalgia ocupacional. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online], v. 56, n. 5, p. 583-589, 2010. ISSN 0104-4230.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo Demográfico 2012*. Campo Grande, MS, 2013.

JANSEN, Karen et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, RJ, v. 27, n. 3, p. 440-448, mar. 2011.

KUROGI, M. S. Qualidade de vida no trabalho e suas diversas abordagens. *Rev. de Ciências Gerenciais*, Valinhos, SP, v. 12, n. 16, p. 49-62, 2008.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, SP, v. 5, p. 151-61, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7086.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2013, às 13h15min.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro et al. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 26, n. 2, p. 253-263, 2010. ISSN 0102-311X.

LEVY, J. A.; OLIVEIRA, A. S. B. *Reabilitação em doenças neurológicas: Guia Terapêutico Prático*. São Paulo: Atheneu, 2003.

LIMA, Eduardo de Paula; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Bras. Epidemiol.* [online], v. 14, n. 2, p. 217-230, 2011. ISSN 1415-790X.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida et al. Qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, 15(4):1000-6, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/pdf/v15n4a18.pdf>>.

LIMA, Margareth Guimarães et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos, avaliada com o uso do SF-36 em estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 25, n. 10, p. 2159-2167, 2009. ISSN 0102-311X. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000007&lang=pt

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, RJ, v. 45, n. 3, p. 519-28, 2011.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza; LISBOA, Marcia Tereza Luz; GRIEP, Rosane Harter. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 17(1):118-23, jan./mar. 2009.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza; LISBOA, Márcia Tereza Luz; SOUZA, Ivis Emilia de Oliveira; MOREIRA, Marléa Chagas. Distúrbios musculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. *Rev. Bras. Enferm.* [online], v. 60, n. 6, p. 701-705, 2007. ISSN 0034-7167.

MARCO, P. F. de; CÍTERO, V. A.; MORAES, E.; MARTINS, L. A. N. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *J. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, SP, v. 57, n. 3, p. 178-183, 2008.

MARTARELLO, N. A.; BENATTI, M. C. C. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Rev. Esc. Enferm. USP*, Campinas, SP, v. 43, n. 2, p. 422-8, 2009.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. *Arq. Bras. Cardiol.* [online], v. 87, n. 4, p. 471-479, 2006. ISSN 0066-782X.

MARTINO, Milva Maria Figueiredo de; CIPOLLA-NETO, José. Repercussões do ciclo vigília-sono e o trabalho em turnos de enfermeiras. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, SP, 8(3): 81-84, set./dez. 1999. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1342/1316>>.

MENDES, Sandra Soares; FERREIRA, Luciane Ruiz Carmona; MARTINO, Milva Maria Figueiredo de. Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 28(2):199-208, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n2/07.pdf>>.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 8, p. 1877-86, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/16.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2013, às 13h15min.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2013, às 20h20min.

MINAYO, M. C. de S. Qualidade de vida e saúde como valor existencial. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], v. 18, n. 7, 2013. ISSN 1413-8123.

MONTEIRO, Claudia Maria; BENATTI, Maria Cecília Cardoso; RODRIGUES, Roberta Cunha Matheus. Acidente do trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo em três hospitais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], v. 17, n. 1, p. 101-107, 2009. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_16.pdf>.

NAHAS, M. *Atividade física, saúde e qualidade de vida*. Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5. ed. rev. e atual. Londrina: Midiograf, 2010.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Esc. Enferm.*, Campinas, SP, v. 38, n. 4, p. 406-14, 2004.

NOGUEIRA, Paula Cristina et al. Sobrecarga do cuidado e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], v. 20, n. 6, p. 1048-1056, 2012. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600006&lang=pt>.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. *Saúde Soc. São Paulo*, São Paulo, SP, v. 22, n. 4, p. 199-210, 2013.

OLIVEIRA, S. L. *Tratado de metodologia científica*: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

ORÉFICE, J. L. F. *Qualidade vida e dor física em idosos*. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2007.

PADILHA, V. Qualidade de vida no trabalho num cenário de precarização: a panaceia delirante. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n. 3, p. 549-63, nov. 2009/ fev. 2010.

PELLICOTTI, Josikelim da Silva Sodré. *Qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem e erros de medicação em unidade de terapia intensiva*. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PIMENTA, C. A. de M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor de McGill: proposta de adaptação para a Língua Portuguesa. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 30, p. 473-83, dez. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a09.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2013, às 14h.

PITTERI, J. S. M.; MONTEIRO, P. S. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Palmas-Tocantis, Brasil, em 2009. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9149/1/2010_JessimiraSoaresMunizPitteri.pdf>.

PORTNOI, A. G. *Dor, stress e coping: grupos operativos em doentes com Síndrome de Fibromialgia*. 1999. 256p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

PRADO, J. S. *Estresse e qualidade de vida de bombeiros militares*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2011.

QUEIROZ, Creuza Maria Brito; SA, Evelin Naked de Castro; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], v. 9, n. 2, p. 411-421, 2004. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200017&Lang=pt>.

ROCHA, V. M.; FERNANDES, M. H. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental: uma perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador. *Jornal Bras. Psiquiatria*, 57(1):23-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a05.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013, às 20h.

SANTOS, Ana Lúcia Padrão dos. *A relação entre atividade física e qualidade de vida*. 2009. Tese (Doutorado em Educação Física) – Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SANTOS, Carla Libralli Tostes dos; SAWADA, Namie Okino; SANTOS, Jair Lício Ferreira dos. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], v. 19, n. 6, p. 1322-1328, 2011. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_07.pdf>.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

SILVA, Nilson Rogério da. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], v. 16, n. 8, p. 3393-3402, 2011. ISSN 1413-8123.

SOUZA, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos de estudantes do curso de graduação de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, v. 20, n. 4, jul./ago. 2012.

SOUZA, J. C.; CARVALHO, A. B. Pesquisas sobre qualidade de vida, desenvolvidas no mestrado em psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. *Rev. Psicólogo Informação*, ano 14, n. 14, jan./dez. 2010. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas->>

ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/2341/2329>pdf>. Acesso em: 3 nov. 2012, às 14h55min.

SOUZA, José Carlos; PAIVA, Teresa; REIMÃO, Rubens. Qualidade de vida de caminhoneiros. *J. Bras. Psiquiatr.*, 55(3): 184-189, 2006.

STUMM, E. M. F.; RIBEIRO, G.; KIRCHNER, R. M.; LORO, M. M.; SCHMIDT, C. L.; ROSANELLI, P. Avaliação da saúde e qualidade de vida: profissionais de um SAMU. *Cogitare Enfermagem*, Ijuí, RS, v. 14, n. 4, p. 620-7, 2009.

TAKEDA, R. A.; WIDMER, J. A.; MORABITO, R. Aplicação do modelo hipercubo de filas para avaliar a descentralização de ambulâncias em um sistema urbano de atendimento médico de urgência. *Pesquisa Operacional*, São Carlos, SP, v. 24, n. 1, p. 39-71, jan./abr. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pope/v24n1/20098.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2013, às 13h.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; REIS, Nayara Araújo; DIAS, Flavia Aparecida; LOPES, Fabiana Augusta Moreira. Diabetes mellitus: fatores de risco, ocorrência e cuidados entre trabalhadores de enfermagem. *Acta Paul. Enferm.* [online], v. 23, n. 5, p. 671-676, 2010. ISSN 0103-2100.

VARGAS, Divane de; DIAS, Ana Paula Vieira. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(5):set./out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_08.pdf>.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v. 08, n. 1, jan./mar. 2001. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/v08-1art03.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013, às 21h.

VELOSO, I. S. C.; ARAÚJO, M. T.; ALVES, M. Práticas de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, RS, v. 33, n. 4, p. 126-132, 2012.

VIEIRA, C. M. S.; MUSSI, F. C. A implantação do Projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 793-7, 2008.

WAGMACKER, Djeyne Silveira; PITANGA, Francisco José Gondim. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para hipertensão arterial sistêmica. *R. Bras. Ci. e Mov.*, 15(1): 69-74, 2007. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/732/735>>

ZAPPAROLI, Amanda dos Santos; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. *Rev. Bras. Enferm.* [online], v. 59, n. 1, p. 41-46, 2006. ISSN 0034-7167.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Modelo de carta de apresentação do pesquisador ao setor de Coordenação de Convênios e Cooperação Mútua – Prefeitura Municipal de Campo Grande, MS

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR



Campo Grande, 21 de Maio de 2013.

À Regina Furlaneti, Coordenadora de Convênios da Prefeitura de Campo Grande/ MS.

Apresento o mestrandro **Rodrigo Aranda Serra**, Técnico de Enfermagem da Rede Municipal de Saúde de Campo Grande, Graduado em Educação Física (UCDB-2011), aluno do Programa de Pós-Graduação Doutorado e Mestrado em Psicologia da saúde, na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB-2012/2013).

O referido mestrandro desenvolve o projeto de pesquisa intitulado “Qualidade de Vida dos Profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Campo Grande /MS”, na Linha de Pesquisa “Práticas em Saúde e Qualidade de Vida”, tendo em vista a elaboração de sua dissertação de Mestrado, sob minha orientação - Profª Drª Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.

Assim, solicito sua colaboração e autorização para a participação dos profissionais que exercem essa profissão neste serviço de urgência, sejam eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, socorristas e os reguladores (SAMU 192) nesse estudo, tendo em vista que o profissional que aceitar participar da pesquisa terá que responder a alguns instrumentos (questionários), respeitando a ética da pesquisa, onde não haverá citação do nome dos participantes.

Na certeza de contribuir para as questões científicas e humanas, agradeço pela atenção.

Atenciosamente,

Profª Drª Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.
Orientadora

APÊNDICE B - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: **QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU-192) REGIONAL DE CAMPO GRANDE /MS.**

Pesquisador: **Rodrigo Aranda Serra**

RG: 1259282 SSP-MS

Telefone: (67) 3397-3870 Cel. 9280-0323

Orientador: Prof. Dr. Márcio L. Costa

Missão Salesiana de Mato Grosso - Universidade Católica Dom Bosco

Av. Tamandaré, 6000 - Jardim Seminário.

Telefone: (67) 3312-3300

Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia

Telefone: (67) 3312-3605

Esta pesquisa faz parte da dissertação para fins de obtenção do título de Mestre em Psicologia junto à Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

Seu objetivo é avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos profissionais que atuam no SAMU Regional de Campo Grande /MS.

O procedimento de coleta de dados será por meio da aplicação conjunta dos instrumentos de pesquisa: 1) Questionário sociocupacional; 2) Questionário *Short Form Health Survey SF-36*, composto de 36 dimensões físicas, sociais e mentais. E para ampliar a análise do componente Dor do SF-36 será aplicado também um Diagrama Corporal retirado do Questionário de Dor de McGill e uma Escala de Faces respectivamente.

Esta pesquisa não oferece riscos aos participantes, haja vista que a questão da ética em pesquisa é considerada, além disso, os entrevistados terão prévio conhecimento da mesma, e os questionários aplicados não os identificarão, mantendo o sigilo do nome dos participantes.

Considerando as informações constantes neste e as normas expressas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante, sabendo que:

1. A participação na pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou resarcimento financeiro.
2. É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa.
3. É garantido o anonimato.

4. Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos, resultados solicitados pela internet para a pesquisadora.
5. A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), que a referenda.
6. O presente termo está assinado em duas vias.

Campo Grande/MS, _____ de _____ de 2013.

Pesquisador

Orientador

APÊNDICE C – Transcrições das entrevistas

QUESTIONÁRIO SOCIOCUPACIONAL

- 1) Idade: _____
- 2) Sexo: a- () Masculino b- () Feminino
- 3) Estado civil: a- () Solteiro b- () Casado c- () Outros: _____
- 4) Escolaridade: a- () analfabeto b- () primário incompleto c- () primário completo
d- () médio incompleto e- () médio completo f- () superior incompleto
g- () superior completo h- () pós graduado _____ i- () outros _____
- 5) Cargo ocupado: _____
- 6) Qual o regime de contratação: a- () CLT b- () Concurso c- () Outros: _____
- 7) Renda mensal própria: a- () 1 à 3 salários mín. b- () 3 à 5 salários mín. c- () 5 à 8
salários mín. d- () 8 salários mín. acima.
- 8) Carga horária semanal de trabalho no SAMU, se possível somar as horas dos plantões
eventuais realizados durante a semana: _____ horas
- 9) Trabalha em outro emprego: () Sim () Não
Se sim, qual?
a- () Hospital b- () Clínica c- () Consultórios d- () Outros: _____
Carga horária: _____ Turno: _____
- 10) Qual motivo que te levou escolher trabalhar no SAMU?
a- () Afinidade b- () Gosto pela área de urgência e emergência fora do ambiente
hospitalar c- () Satisfação Profissional d- () retorno financeiro
e- () outros: _____
- 11) Qual sua religião: a- () Católico b- () Protestante c- () Outros d- () Não tem
religião
- 12) Realiza Atividades Físicas? () Sim () Não

a- Tipo de Atividade Física: _____

b- Quantas vezes por semana: _____

c- Tempo de prática: _____

13) Tempo de serviço nesta atividade no SAMU.

a- () Até 1 ano b- () Até 3 anos c- () Até 5 anos d- () Até 8 anos ou mais.

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UCDB

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) REGIONAL DE CAMPO GRANDE/ MS.

Pesquisador: Rodrigo Aranda Serra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22318513.9.0000.5162

Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 415.354

Data da Relatoria: 03/10/2013

Apresentação do Projeto:

O presente estudo pretende avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) dos profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Regional (SAMU) de Campo Grande/ MS. Este serviço de salvamento emergencial caracteriza-se por prestar socorro às pessoas em situações de agravos urgentes, nas cenas em que esses agravos ocorrem, garantindo atendimento precoce, adequado ao ambiente pré- hospitalar e ao acesso ao Sistema de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo o pretende avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) dos profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Regional (SAMU) de Campo Grande/ MS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos dignos de nota.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, busca traçar um perfil de profissionais de atendimento emergencial e a qualidade de seu atendimento, além dos reflexos como esse atendimento recaem sobre sua própria qualidade de vida, desenhandando providências que podem ser tomadas para a melhoria das condições do trabalho de tais profissionais.

Endereço: Av. Tamandaré, 6000
Bairro: Jardim Seminário
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3615 Fax: (67)3312-3723 E-mail: cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO

Continuação do Parecer: 415.354

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentação detalhada, possui autorização para o início da pesquisa por meio de parecer emitido pela Secretaria Municipal de Saúde, aguardando apenas a autorização desta comissão para o início dos trabalhos. Apresentou ainda modelo dos instrumentos que serão utilizados na avaliação.

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há ressalvas ou pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acompanha o voto do Relator

CAMPO GRANDE, 04 de Outubro de 2013

Assinador por:
Márcio Luís Costa
(Coordenador)

Endereço: Av. Tamandaré, 6000
Bairro: Jardim Seminário CEP: 79.117-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3615 Fax: (67)3312-3723 E-mail: cep@ucdb.br

ANEXO B – Autorização da Pesquisa**CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA****Autorização**

Prezado Senhor,

Informamos que está autorizada a pesquisador Rodrigo Aranda Serra a realizar a pesquisa intitulada "Qualidade de Vida Dos Profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Campo Grande-MS" , no Setor de Coordenação do SAMU.

O pesquisador assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Pareceria para a Pesquisa na Área da Saúde, onde está pontuado que a mesma iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética.

Campo Grande, 02 de Setembro de 2013.

Atenciosamente,


Regina L. Portolli Furlanetti

Coordenadoria de Convênios de Cooperação Mútua



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 02 de Setembro de 2013.

Secretaria Municipal de Saúde

Rodrigo Andrade
Pesquisador



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Rosilene Andrade Senna, inscrito (a) no CPF/MF sob nº 218033111-72, portador (a) do documento de identidade sob nº 1259782-558/MS, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. 2º Fernando de Azevedo, nº. 08, bairro Universitário II, nesta Capital, telefone nº. 3397 3840, pesquisador (a) do Curso de Mestrado de Biologia, da instituição Universidade Católica São Bosco, vem por meio da presente firmar o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria

Campo Grande, 02 de Setembro de 2013.

Rosilene Andrade Senna
Pesquisador (a)

Secretaria Municipal de Saúde Pública

ANEXO C – Instrumento de Coleta de dados.**QUESTIONÁRIO SHORT FORM HEALTH SURVEY (SF-36)****Idade:** _____ **Sexo:** _____**Função exercida no trabalho:** _____**Há quanto tempo exerce essa função:** _____

InSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quanto bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente _____ 1

Muito boa _____ 2

Boa _____ 3

Ruim _____ 4

Muito ruim _____ 5

2. **Comparada há um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**?

(circule uma)

Muito melhor agora do que a um ano atrás _____ 1

Um pouco melhor agora que a um ano atrás _____ 2

Quase a mesma de um ano atrás _____ 3

Um pouco pior agora do que a um ano atrás _____ 4

Muito pior agora que a um ano atrás _____ 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. dificulta de modo algum

a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de um quilometro .	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3

4. Durante as **últimas quatro semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física**?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas quatro semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma _____ 1

Ligeiramente _____ 2

Moderadamente _____ 3

Bastante _____ 4

Extremamente _____ 5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas quatro semanas**?

(circule uma)

Nenhuma _____ 1

Muito leve _____ 2

Leve _____ 3

Moderada _____ 4

Grave _____ 5

Muito grave _____ 6

8. Durante as **últimas quatro semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma _____ 1

Um pouco _____ 2

Moderadamente _____ 3

Bastante _____ 4

Extremamente _____ 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas quatro semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas quatro semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6

e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **quatro semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou os problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo tempo _____ 1

A maior parte do tempo _____ 2

Alguma parte do tempo _____ 3

Uma pequena parte do tempo _____ 4

Nenhuma parte do tempo _____ 5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

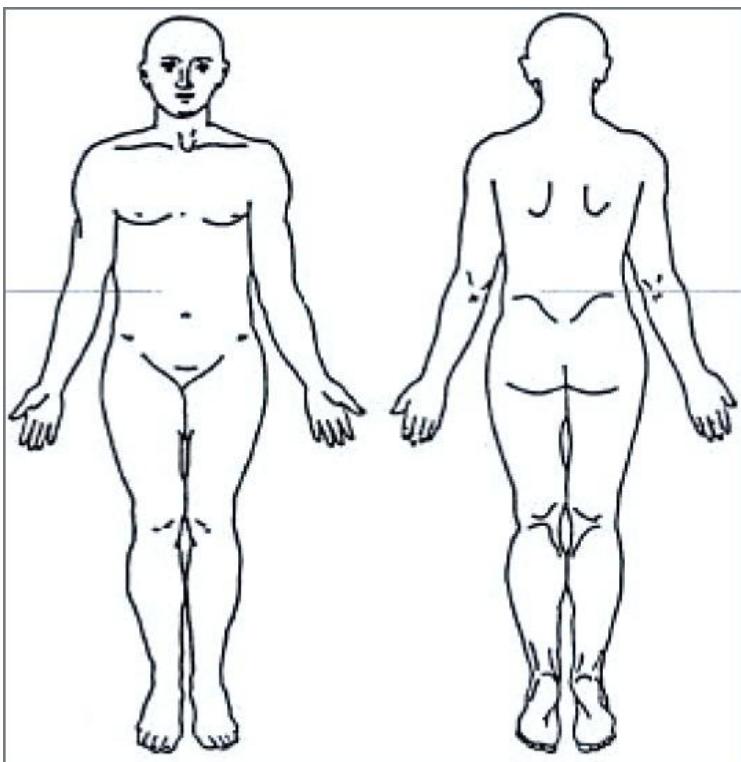
ANEXO D – Instrumento de Coleta de dados.

**DIAGRAMA CORPORAL E AVALIAÇÃO DE INTENSIDADE DA DOR
(ESCALA DE FACES)**

1) Possui algum tipo de Dor Corporal? () Sim () Não

Onde sua dor se localiza?

Por favor, marque nos desenhos abaixo, as áreas em que você sente dor. Use E se externa, I se interna, próximo ás áreas marcadas. Use EI se ambas.



- Área 1: Cabeça
- Área 2: PESCOÇO
- Área 3: Ombros
- Área 4: Coluna lombar
- Área 5: Braços
- Área 6: MÃOS/PUNHOS
- Área 7: Quadril/reg. Iguinal
- Área 8: PERNAS
- Área 9: Joelhos/ Panturrilhas
- Área 10: PÉS

Qual a cara que mais se parece com a sua Dor?



Caso você esteja afastado (a) ou de atestado médico, que situações no trabalho te levaram a este afastamento?
