



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

DANIELLE FIGUEIREDO PATRICIO

**QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO COM OS PROFISSIONAIS DO SAMU –
CAMPINA GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE –PB
2014**

DANIELLE FIGUEIREDO PATRICIO

**QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO COM OS PROFISSIONAIS DO SAMU –
CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado sob forma de monografia ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Ms. Eloíde André de Oliveira

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

P314q Patrício, Danielle Figueiredo.

Qualidade de Vida [manuscrito] : estudo com os profissionais do SAMU - Campina Grande/PB / Danielle Figueiredo Patrício. - 2014. 64 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Ma. Eloide André Oliveira, Departamento de Enfermagem".

1. Socorristas. 2. Qualidade de vida. 3. Atuação profissional.
4. Serviços de atendimento. I. Título.

21. ed. CDD 610.69


DANIELLE FIGUEIREDO PATRICIO

**QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO COM OS PROFISSIONAIS DO SAMU –
CAMPINA GRANDE/PB**

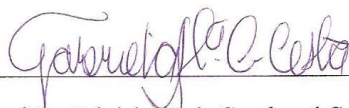
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado sob forma de monografia ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 11 / 03 / 2014

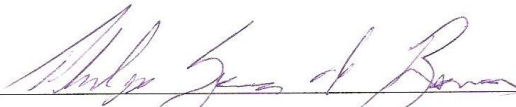
Banca Examinadora:



Profª Ms Eloíde André Oliveira / UEPB
Orientadora



Profª Dr Gabriela Maria Cavalcanti Costa / UEPB
Examinadora



Profª Especialista Phelipe Gomes de Barros / UEPB
Examinador

Dedico este trabalho aos meu pais, por serem meu exemplo de vida, pelo estímulo e confiança depositados em mim, por todo apoio e auxílio durante minha caminhada como estudante, e por fim, por todo amor infinito e dedicação incondicional, em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Foram muitas coisas vividas ao longo de minha formação, muitos momentos, enfim, chegou o momento de agradecer.

A Deus, por me abençoar sempre, por estar todo momento comigo, dando-me força, luz e proteção para poder chegar até aqui, por sempre colocar pessoas especiais e preciosas em minha vida. Agradeço, especialmente, por mais essa conquista em minha vida, por me manter perseverante, sem deixar que eu perdesse a vontade de seguir com meu sonho e pela capacidade que me foi concedida de crescimento pessoal e profissional.

Ao meu Pai, Hélio da Costa Patricio, por me incentivar sempre, apoiar-me incondicionalmente, por me dar asas para voar e, principalmente, por acreditar em mim.

A minha Mãe, Maria Betânia Figueiredo Patricio, pela eterna paciência, amor, carinho e dedicação, por ser meu exemplo de caráter, de bondade, de valores, de princípios e de humanidade.

A minha irmã, Larissa Figueiredo Patrício e meu cunhado, Andersonn Queiroz, por também fazerem parte desta conquista.

Ao meu amor, amigo e namorado, Huan Silva Lima, por entender todos os momentos de ausência, cansaço e irritação, momentos esses que foram revertidos em apoio, admiração, companheirismo e paciência, por me fazer crescer, pela confiança de que vou vencer, e assim, junto a você. Por me trazer para perto, por estar sempre junto, por me dar tanto amor, atenção e carinho a todo tempo.

Aos meus amigos e amigas, de longas datas, Priscila, David, Tainara, Samara... que entenderam minha ausência e, mesmo assim, continuaram torcendo por mim e apoiando-me em tantos momentos difíceis. Em especial, a minha amiga Taiana por sempre ter uma palavra de perseverança e força a oferecer-me e a minha amiga Renata pelas preciosas sugestões e por compartilhar seus conhecimentos comigo, durante a elaboração desse trabalho e pelo apoio constante em minha caminhada.

A minha Orientadora, Eloíde André Oliveira, pelo acolhimento e orientação na elaboração desse trabalho, por me lembrar durante as aulas por que escolhi ser enfermeira.

A toda a minha família, tios e tias, primos e primas, presentes e ausentes, em especial, ao meu tio e padrinho, José Gomes da Silva e minha tia e madrinha, Maria Lúcia Fernandes Gomes, pelo carinho que sempre dedicaram a mim, pelo apoio e estímulo ao longo de minha vida.

As preciosas amigas que ganhei em Cuité, durante os dois anos que morei nessa cidade: Poliana, Elisângela, Ângela, Kaênia, Hosana e Antônio (Galego); quero levar vocês por toda

minha vida, agradeço também a família que me acolheu e tanto ajudou a mim, meu muitíssimo obrigada Dona Dudu e Seu Antônio por tudo, sem esquecer de Vó Hilda e Cristina, que também adotaram-me e cuidaram de mim, ganhei outra família fora de minha casa, sou muito grata por isso.

A toda turma de enfermagem, pelo convívio harmonioso, por me adotarem como sendo da turma e pelas amizades que foram construídas, em especial, Beatriz Araújo (Bia), Markinokoff (Markin), Atália Marisa, Josivan Soares, Rosa Beltrão e, também, a Raissa Tamara e Tereza Natália por estarem sempre perto de mim, compartilhando dúvidas e angústias ao longo do curso. As companheiras que adquiri de outras turmas, Amanda, Sabrina, Kauany, Vanessa e Izabel, obrigada pela parceria.

A todos aqueles pacientes que passaram por minha vida durante os estágios, alguns inesquecíveis, pois através deles adquiri o conhecimento necessário e com seus ensinamentos pude construir a enfermeira que sou e ainda pretendo ser.

À banca examinadora, composta pela Professora Gabriela Maria Cavalcanti Costa e pelo Professor Phelipe Gomes de Barros, agradeço pela disponibilidade e por terem compreendido a importância desse trabalho.

A todos os mestres que passaram pela minha caminhada enquanto estudante de enfermagem, que muito contribuíram para meu crescimento e conhecimento, sem esquecer os professores da UFCG - Campus Cuité, que me ajudaram ainda nos primeiros passos como acadêmica.

À Coordenadora do curso de enfermagem, Maria José Gomes (Deinha), por toda sua paciência e empenho.

Aos funcionários da UEPB, em especial Dedé e Dona Janete, pela presteza e atendimento sempre que necessário.

Um especial agradecimento a todos os participantes do presente estudo (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem e Condutores Socorristas) e aos responsáveis pelas Instituições, sem os quais esta investigação não seria possível.

A todos que fazem parte do SAMU – Campina Grande, deixo aqui meu eterno agradecimento a esses exemplos de profissionais que me receberam de braços abertos.

Meu muitíssimo obrigada em especial a Enfermeira Risolange Gomes, pelo acolhimento, simpatia e ajuda dispensada durante minha coleta de dados.

E a todos que participaram direta ou indiretamente de minha formação, assim como, desta pesquisa, meus sinceros agradecimentos. Sigo meu caminho, feliz por mais um passo, obrigada a todos!

“Muitos tem ideias e são criativos. Alguns fazem das ideias sonhos, e são persistentes. Raros são os que transformam os sonhos em realidade, e são estes que movem o mundo”.
(Steven Jobs)

RESUMO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) assiste emergências traumáticas, clínicas, pediátricas, neonatais, cirúrgicas, gestacionais e de saúde mental, exigindo dos profissionais habilidades para prestar atendimento imediato, dispensando o mínimo de tempo nas ações de intervenção e de resgate, contribuindo para aumentar o nível de sobrevivência, evitar e minimizar sequelas, tudo isso pode ser fator desencadeante de estresse, desmotivação, insatisfação no trabalho, o que irá afetar a Qualidade de Vida desses profissionais. O objetivo geral deste estudo foi analisar a qualidade de vida dos profissionais que atuam nas ambulâncias do SAMU – Campina Grande – PB. Foi um estudo exploratório com abordagem quantitativa. A amostra geral foi composta por 75 participantes, sendo 14 médicos, 18 enfermeiros, 19 técnicos de enfermagem e 24 condutores socorristas. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados, um com questões à respeito de aspectos sociodemográficos, para a caracterização dos profissionais entrevistados e, o outro instrumento foi o de investigação da avaliação da qualidade de vida dos profissionais, realizado através do questionário WHOQOL-bref da Organização Mundial de Saúde. Os dados sociodemográficos receberam tratamento estatístico simples feito pelo programa Excel 2013 e, o para o WHOQOL-bref foi construído um banco de dados no programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0 para Windows e os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos tendo como base a literatura pertinente. A amostra em sua maioria por participantes do sexo masculino, no geral são adultos jovens, com idade abaixo de 40 anos, em sua grande maioria solteiros, onde a maior parte atua no SAMU a menos de 1 ano, porém, existe uma parcela significativa que trabalha na instituição desde sua implantação, ou seja, a mais de 9 anos e, ao serem questionados se possuíam outro emprego, foi encontrado que a maior parte dos sujeitos trabalham em outra e/ou outras instituições, demonstrando a existência do multiemprego entre os profissionais. Analisando os resultados de qualidade de vida geral e por categoria, foi possível observar que a categoria de médicos apresenta um nível mediano (64,3%) de qualidade de vida, o que é um pouco mais baixo que o restante das categorias, que referiram ter uma qualidade de vida alta (Enfermeiros 66,7%; Técnicos de Enfermagem 57,9% e Condutores Socorristas 62,5%). Resultado este, que foi espelho dos dados encontrados na análise de cada domínio. Não implica dizer que a classificação média, em que a maior parte dos médicos se encontra, seja reconhecida como negativa, apenas demonstra que, possivelmente as outras categorias se auto avaliam melhor e tem uma visão de si próprio e do conjunto de fatores que resultam na qualidade de vida de forma mais positiva, ou pode demonstrar que pelo fato dos médicos estarem inseridos em um nível socioeconômico diferenciado dos demais pesquisados, estes possuem maiores expectativas, as quais, não fazem parte da realidade social das demais categorias.

PALVRAS-CHAVE: Pessoal de saúde. Socorristas. Qualidade de vida. Serviços de atendimento.

ABSTRACT

The Mobile Emergency Care Service assists SAMU - traumatic, clinical, pediatric, neonatal, surgical, pregnancy and mental health emergencies, requiring professional skills to provide immediate care, eliminating minimal time in the actions of intervention and rescue, contributing to increase the level of survival, avoid and minimize sequelae, all this can be a triggering factor of stress, motivation, job dissatisfaction, which will affect the quality of life of these professionals. The aim of this study was to analyze the quality of life for professionals working in the SAMU ambulance - Campina Grande - PB. Was an exploratory study with a quantitative approach. The overall sample consisted of 75 participants, including 14 doctors, 18 nurses, 19 nursing staff and 24 drivers rescuers. Two instruments for data collection, with questions about the sociodemographic aspects, for the characterization of the professionals interviewed, and the other was the instrument of research assessing the quality of life of professional, accomplished through the WHOQOL -BREF questionnaire were used World Health Organization the sociodemographic data received simple statistical analysis done by Excel 2013 program and, for the WHOQOL- bref was built a database on IBM statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0 for Windows and the results were presented in tables and graphs based on the literature. The sample of mostly male participants, in general are young adults, aged below 40 years, the vast majority singles, where most acts SAMU in less than 1 year, however, there is a plot meant that works in the institution since its implementation, ie more than 9 years, and when asked if they had another job, it was found that most of the guys working on another and/or other institutions, demonstrating the existence of multirole among professionals. Analyzing the results of overall quality of life and business, it was observed that the category of physicians have a median level (64.3%) quality of life, which is slightly lower than the rest of the categories mentioned have a high quality of life (66.7% Nurses, Nursing Technicians and Leads Rescuers 57.9% 62.5%). This result, which was the mirror of the data found in the analysis of each domain. Not to say that the average classification in which most doctors are in, is recognized as negative, only demonstrates that possibly other categories are self assess better and has a vision of himself and of the set of factors that result in quality of life more positively, or can demonstrate that because physicians are placed in a different socioeconomic level of the other respondents, they have higher expectations, which are not part of the social reality of the other categories.

KEY-words: Health personnel. Rescuers. Quality of life. Answering Services.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Objetivo geral.....	14
2.2	Objetivos específicos.....	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1	O trabalho na saúde e o serviço de atendimento móvel.....	15
3.2	Organização do serviço de APH.....	17
3.3	O Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU.....	18
3.4	Qualidade de vida.....	23
3.5	A criação do questionário WHOQOL.....	25
3.6	O WHOQOL-BREF.....	26
4	METODOLOGIA.....	28
4.1	Tipo de pesquisa.....	28
4.2	Local da Pesquisa.....	28
4.3	População e Amostra.....	29
4.4	Crítérios de Inclusão e Exclusão.....	29
4.5	Instrumento da Coleta de Dados.....	29
4.6	Procedimento da Coleta de Dados.....	31
4.7	Processamento e Análise dos Dados.....	31
4.8	Aspectos Éticos.....	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
5.1	Dados Sociodemográficos dos profissionais que atuam no SAMU Campina Grande.....	34
5.2	Características e condições de trabalho dos profissionais do SAMU Campina Grande.....	38
5.3	Análise dos resultados do Questionário WHOQOL-bref entre as categorias.....	41
5.3.1	A Classificação da Qualidade de Vida Geral.....	41
5.3.2	O Domínio Físico.....	43
5.3.3	O Domínio Psicológico.....	45
5.3.4	O Domínio Social.....	47
5.3.5	O Domínio Ambiental.....	49
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS.....	55
	APÊNDICE.....	59
	ANEXOS.....	60

1. INTRODUÇÃO

A relação do homem com o seu trabalho é fundamental, de grande importância, pois é a partir deste que o ele consegue suprir as suas necessidades e garantir o seu sustento. No entanto, caracteriza-se como um paradoxo, a relação do homem com o trabalho, no sentido de que tanto pode trazer prazer, como ser causa de sofrimento ao trabalhador, pode-se dizer que é bastante contraditória e complexa.

O trabalho, frequentemente, apresenta-se como capaz de elevar o status e é enobecedor, já que proporciona ao trabalhador uma identidade que impulsiona seu crescimento, além de dar sentido para sua vida. Por outro lado, algumas vezes, o mesmo é percebido como indesejado, mostrando-se como fragmentado e sem sentido, burocratizado e rotineiro, cheio de exigências ou incompatível com a vida familiar e social, é o que se configura na sociedade atual (RODRIGUES, 1994).

Assim, a partir dos problemas enfrentados pelas organizações, com seus empregados, também com o aumento da competitividade e produtividade, surgiram alguns estudos que se relacionam com a satisfação e o bem-estar do trabalhador na organização como fatores determinantes a qualidade de vida do indivíduo.

Observa-se que atuar em, seja qual for a área, é um trabalho que exige muito do profissional, desde a realização das tarefas mais complexas, até as menos complexas que envolvem a capacidade intelectual. As condições de trabalho são um dos vários fatores que exercem influência na Qualidade de Vida (QV) de um indivíduo, desde a jornada de trabalho, remuneração, satisfação profissional, tarefas a serem desempenhadas, fatores emocionais como estresse, dentre outros (ARAÚJO, 2010).

A qualidade de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (The WHOQOL Group, 1995, p. 1405). O conceito de QV é considerado abstrato, subjetivo e multidimensional por envolver vários aspectos da vida humana tais como: relações sociais, saúde, família, trabalho, meio ambiente, dentre outros. É dinâmico e pode ser influenciado por aspectos culturais, religiosos, éticos e valores sociais. (PASCHOA, ZANEI, WHITAKER, 2007).

Por sua vez, a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), relaciona-se com todas as áreas do conhecimento devido a sua importância e complexidade. A existência da dessa tornou-se importante na tentativa de facilitar as tarefas do trabalhador trazendo-lhe satisfação, levando

em consideração o que define a eficácia de uma organização e o que mostra seus resultados está diretamente ligado ao funcionário (DAVIS; NEWSTROM, 2001).

A QVT traz benefícios para todos os que executam as tarefas e os que gerenciam, gerando um bem-estar, estímulo ao trabalho, atrai e retém muitos talentos em diversas empresas, além disso, há uma melhoria na credibilidade e respeito por parte dos trabalhadores e acima de tudo aumento de produtividade. Ainda pode-se contar com motivação e maior comprometimento dos profissionais (DAVIS; NEWSTROM, 2001). Características estas, que se alcançadas tornam-se essenciais aos trabalhadores de saúde e, sobretudo, os que atuam em qualquer instituição, assim como, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O Atendimento pré-hospitalar (APH) é caracterizado como toda assistência prestada fora do ambiente hospitalar, de forma direta ou indireta, com o intuito de oferecer uma resposta apropriada, esta é a característica de trabalho fundamental do SAMU. Este atendimento varia desde um simples conselho pelo telefone, até o envio de uma USV ou UVA ao local da ocorrência, conforme a solicitação do usuário (STUMM et al, 2009).

Compete aos profissionais que atuam nos serviços de APH prestar uma assistência integrada, com destreza, agilidade, fundamentação teórica, preparo físico e estabilidade emocional. Trabalhar e viver neste ambiente pode contribuir para a tensão e o estresse, visto que possui um cenário com situações que envolvem sofrimento, dor, angústia, medo, tensão e morte. Estas características podem influenciar, tanto na percepção acerca das situações avaliadas pelos sujeitos como estressantes, quanto nas respostas deles ao estresse, possivelmente repercutindo no desempenho profissional, na vida pessoal, familiar e social e, como consequência, interferir negativamente na qualidade de vida (STUMM et al, 2009).

Estes profissionais sofrem uma intensa pressão pela necessidade de ter respostas rápidas em relação aos casos com que se deparam em seu dia-a-dia, estes trabalhadores enfrentam situações limítrofes de vida e sofrimento, e, portanto, estão em um processo constante de ajustes e reajustes para alcançarem o equilíbrio. Esta exigência de manter a sintonia se deve ao ritmo acelerado de trabalho e a constante presença de fatores intervenientes que colaboram para o desgaste físico e emocional destes profissionais (CAMPOS, 2005).

O Ministério da Saúde no ano de 2003, institucionaliza a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Dentre as estratégias previstas na PNAU, está o componente pré-hospitalar móvel, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU. O SAMU está organizado a partir do atendimento pelo telefone 192 da central de regulação, onde um médico 24 horas/dia, segue protocolos. Este serviço assiste emergências traumáticas, clínicas,

pediátricas, neonatais, cirúrgicas, gestacionais e de saúde mental (BRASIL, 2003a), exigindo dos profissionais habilidades para prestar atendimento imediato, dispensando o mínimo de tempo nas ações de intervenção e de resgate, contribuindo para aumentar o nível de sobrevivência, evitar e minimizar sequelas (STUMM et al, 2009).

Na central de regulação do SAMU, o médico avalia o caso e esclarece o usuário a conduta a ser tomada, se necessário são enviadas Unidades de Suporte Básico (USB) ou Unidade de Suporte Avançado (USA), de acordo com a necessidade do caso, para complementar o serviço, possui articulação com bombeiros, defesa civil e hospitais de referência, sendo o processo de trabalho executado a partir de uma equipe multiprofissional capacitada (BRASIL, 2004).

O suporte básico à vida não realiza manobras invasivas, é utilizado para o atendimento de situações menos graves, sem a necessidade da presença do médico, por sua vez o suporte avançado é usado em situações mais graves e/ou quando a vítima corre risco de morte, possibilita procedimentos invasivos, como os de suporte ventilatório e circulatório, e conta com a presença do médico. O cuidado qualificado no local do acidente, o encaminhamento e a chegada rápida ao hospital são decisivos para que a vítima não tenha maiores agravos e/ou sobreviva.

Profissionais de saúde que atuam nas ambulâncias do SAMU necessitam de um conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possam tomar decisões concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente, assim como agravos. Uma equipe bem treinada deve ser capaz de proporcionar tratamento de emergência, fazer a avaliação e executar um plano de ação (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Diante do exposto, surgiu uma inquietação acerca de qual seria o nível de Qualidade de Vida (QV) dos profissionais que atuam nas ambulâncias do SAMU Campina Grande – PB?

2. OBJETIVOS

2.1.Objetivo Geral:

- Verificar a qualidade de vida dos profissionais que atuam nas ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Campina Grande – PB.

2.2.Objetivos específicos:

- Descrever o perfil dos profissionais que atuam nas ambulâncias do SAMU – Campina Grande.
- Identificar o nível da qualidade de vida entre os diferentes profissionais que atuam nas ambulâncias do SAMU – Campina Grande – PB.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1.O trabalho na saúde e o serviço de atendimento móvel

Devido a necessidade do homem encontrar alternativas adequadas para satisfazer as suas necessidades pessoais, o trabalho surgiu. É visto “como uma atividade essencialmente social de modo que aquele que trabalha busca se inserir no espaço social, afirmando-se como um indivíduo dentre muitos” (FLAUSINO, 2011, p.17 *apud* TAVARES et al., 2002). A definição social do trabalho está diretamente ligado às atividades realizadas pelos indivíduos e produzidas pela sociedade a qual cada um pertence.

Ainda podem ser observados dois aspectos, tanto para garantir a sobrevivência, como para a realização pessoal. O senso comum varia entre a versão de que o trabalho pode ser prazeroso e que dignifica o homem, ou a versão de que o trabalho poderá destruir o homem pelo sofrimento e a punição (FLAUSINO, 2011). Inclusive para os diferentes profissionais de saúde.

O trabalho destes profissionais em instituições é desenvolvido, sobretudo, como um trabalho coletivo. É realizado por diversos profissionais ou trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. Os diferentes profissionais envolvidos, apesar de suas diferentes especialidades de conhecimentos e de prática, fazem parte do conjunto que resulta no processo da assistência a seres humanos, que são totalidades complexas. Seu objeto na assistência à saúde envolve diversas dimensões do ser humano, como a biológica, psicológica, social e cultural, resultando na constituição da atenção integral, atendendo as necessidades em saúde através das diferentes intervenções profissionais (SOUZA et al., 2010).

Segundo Souza et al., (2010, p.452 *apud* PIRES, 2009)

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Além de tudo, de acordo com Meneghini, Paz e Lautert (2011, p.226), “o trabalho de assistência à saúde, é caracterizado por excessiva carga de trabalho, contato com situações limitantes, alto nível de tensão e de riscos para si e para outros”. Sobretudo aqueles profissionais que atuam nos serviços de atendimento móveis de urgências.

Em muitas pesquisas, foi observado que vários fatores podem levar ao estresse ocupacional e entre eles destaca-se a incorporação de atividades cada vez mais técnicas e especializadas, a necessidade de priorizar as urgências, de tomar decisões e resolver problemas. Somam-se a isto as características peculiares do atendimento às urgências, em que o profissional lida direta e indiretamente com questões ligadas a vida e a morte. Todas essas variáveis contribuem para o desgaste emocional da equipe de saúde (ALMEIDA; ADRIANO; PERONICO, 2011).

O SAMU é definido como órgão que atua no atendimento a pessoas que o solicitam através do APH. Portanto, desempenha um papel de fundamental importância na qualidade da assistência oferecida à população. Esse atendimento é realizado com auxílio de ambulâncias as quais favorecem o atendimento precoce as vítimas. O papel do APH pode ser considerado assistencial e regulatório mediante a prestação de resgate pelo atendimento e transporte adequado a um serviço de saúde (CORDOBA, 2012).

Os profissionais de saúde que atuam nas ambulâncias do SAMU, necessitam de um conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possam tomar decisões concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente, assim como agravos. Uma equipe bem treinada deve ser capaz de proporcionar tratamento de emergência, fazer a avaliação e executar um plano de ação (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Como requisitos gerais, todo profissional deve ter disposição pessoal, equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade física e mental para a atividade, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de trabalhar em equipe, iniciativa, facilidade de comunicação e disponibilidade para a capacitação periódica. Contudo, o estresse envolve a todo o momento a equipe de saúde, por isso, conhecer elementos essenciais para uma boa qualidade de vida é indispensável, e todo profissional deve ter esse conhecimento para que assim possa executar sua função de maneira excepcional não se esquecendo de suprir suas necessidades quanto ser humano (CAMPOS, 2005).

Os profissionais da saúde que atuam no SAMU sofrem uma intensa pressão pela necessidade de ter respostas rápidas em relação aos casos com que se deparam em seu dia-a-dia, estes trabalhadores enfrentam situações limítrofes de vida e sofrimento, e, portanto, estão em um processo constante de ajustes e reajustes para alcançarem o equilíbrio. Esta exigência de manter a sintonia se deve ao ritmo acelerado de trabalho e a constante presença de fatores intervenientes que colaboram para o desgaste físico e emocional destes profissionais (CAMPOS, 2005).

3.2. Organização do serviço de Atendimento Pré-Hospitalar

O APH como o próprio nome já define, é o atendimento prestado a uma pessoa antes de ela ser encaminhada ao atendimento hospitalar, tem como premissa o fato de que dependendo do suporte imediato oferecido à vítima, lesões e traumas podem ser tratados sem gerar sequelas significativas (CORDOBA, 2012).

Portanto, desempenha um papel de fundamental importância na qualidade da assistência oferecida à população. Esta modalidade de assistência tem diferentes fins, como por exemplo, determinar a forma de melhor resposta para a demanda solicitada, através da regulação de todos os chamados e prestar atendimento emergencial no âmbito pré-hospitalar, que responda de modo qualificado as reais necessidades do paciente crítico cumprindo seu objetivo de assistência. Esse atendimento é realizado com auxílio de ambulâncias as quais favorecem o atendimento precoce as vítimas (CORDOBA, 2012).

Considera-se APH toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente fora do âmbito hospitalar, utilizando meios e métodos disponíveis. Esse atendimento pode variar desde um simples conselho ou orientação médica até o envio de uma viatura de Suporte Básico de Vida (SBV) ou uma de Suporte Avançado de Vida (SAV) ao local da ocorrência onde haja vítimas dependendo do perfil da situação, com o objetivo de reduzir o impacto do trauma na morbidade e mortalidade da população acometida, visando à manutenção da vida e à minimização de complicações em situações de urgência e emergência (SANTOS, 2007).

Podemos chamar de APH móvel (APHM) primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão. Já o APHM secundário, também conhecido como remoção, ocorre quando a solicitação é feita por um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência ou emergência apresentado, mas, necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2002).

O suporte básico de vida é definido como uma estrutura de apoio oferecida à pacientes com risco de mortes desconhecidas, promovidas por um técnico ou auxiliar de enfermagem e um condutor/socorrista, por meio de medidas conservadoras não invasivas, como por exemplo, a imobilização em prancha longa. Por atenderem casos de baixa complexidade, há maior número dessas viaturas, já que recebem um número mais elevado de atendimentos. Podem, ainda, atender vítimas em estado grave, como apoio às viaturas de suporte avançado de vida. As ambulâncias de SAV tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; funcionam como uma Unidade

de Terapia Intensiva Móvel (UTIM), por estarem equipadas com todos os materiais necessários para atender todo tipo de vítima, classificadas em baixa, média e alta complexidade, de acordo com o agravo (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2012).

Segundo Cabral, (2007 *apud* GOLDIM, 2001), o APH trata-se de uma assistência que merece destaque pelas suas peculiaridades. É um atendimento onde os profissionais se deslocam para o local onde a vítima precisa de cuidados considerados urgentes ou emergentes, após ter ocorrido algum tipo de agravo à sua saúde, que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, lhe prestar o atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

Nesse contexto surgiu a necessidade de um serviço de atendimento a essas ocorrências, passando a existir o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, um sistema de atendimento pré-hospitalar que foi estruturado e sistematizado, conforme preconiza o modelo americano e francês já existentes.

3.3.O Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU

No Brasil ainda na época colonial, houve transporte de feridos por carruagens com a chegada da Família Real Portuguesa, passando a funcionar nos moldes do serviço europeu. Desde então, o Estado procurou os melhores meios para cumprir a missão de transportar vítimas e acidentados para os hospitais, mas somente no final da década de 80 foi instituído o SAMU, através de um acordo assinado por um convênio entre o Brasil e a França, por solicitação do Ministério da Saúde. A atenção pré-hospitalar, nos moldes como ela é concebida atualmente, teve início em nosso país, mais especificamente no estado de São Paulo (CAMPOS, 2005; CABRAL, 2007).

Em 2002, através da Portaria Nº 2.048/GM é dado um grande passo, quando através da publicação desta é normatizado o atendimento pré-hospitalar móvel. Ela estabelece regras que abrangem desde as especializações da equipe médica até as características dos veículos e seus equipamentos, padronizando as ambulâncias (CABRAL, 2007).

O SAMU funciona baseado no modelo francês que possui com um sistema de regulação e conta com a presença do médico tanto no atendimento direto aos doentes no local da ocorrência, como operando na central, promovendo a assim chamada regulação médica, tendo influência também no modelo americano que trabalha com profissionais de saúde

treinados e capacitados com adaptação a realidade brasileira, excetuando-se a utilização de paramédicos, um profissional que não existe no país (CORDOBA, 2012).

Segundo Campos,

O SAMU é entendido como uma atribuição da área de saúde, vinculado a 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. 37; BRASIL, 2002).

Ainda, de acordo com a Portaria 1.010 de 21 de Maio de 2012, o SAMU é o componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada (BRASIL, 2012). Neste sentido, o SAMU deve atuar na perspectiva de melhorar e qualificar o atendimento às urgências, diminuindo o tempo de internação hospitalar e aumentando os prognósticos de reabilitação.

Para que seja possível a sua implantação, o SAMU necessita do Coordenador do Serviço, que deve ser um profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas; Um Responsável Técnico que é um profissional médico responsável pelas atividades médicas do serviço; O Responsável de Enfermagem um profissional graduado enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem; e também com Médicos Reguladores que são os profissionais médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente (BRASIL, 2012).

Para o seu funcionamento é necessário uma Central de Regulação das Urgências, que funciona com uma estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção (BRASIL, 2012).

A Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) disponibilizou exclusivamente às Centrais de Regulação Médica, vinculados ao SAMU o número 192 como telefone único e gratuito para acesso a esse sistema, onde a população geral tem acesso comunicando qualquer situação de agravos agudos à sua saúde, seja de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica. É uma estratégia que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de urgência e emergência (BRASIL, 2005).

A Central de Regulação das Urgências deve ter uma equipe composta por médicos com capacitação em regulação médica das urgências (MR), Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM); e Radio-Operador (RO). De acordo com os quantitativos mínimos de profissionais estabelecidos pela Portaria 1.010, seguindo o critério do número da população atendida (BRASIL, 2012).

Recebendo o chamado na Central de Regulação, o TARM é quem faz a recepção, identificando a chamada, acalmando o solicitante, anota o local da ocorrência de forma precisa e utilizando pontos de referência que facilite a chegada ao lugar para assim poder passar a ligação ao médico regulador (CAMPOS, 2005). A regulação médica atende aos chamados telefônicos 24 horas sem interrupção, feitos através de ligações gratuitas pelo número supracitado, disponibilizado nacionalmente pela Anatel.

A regulação é dividida em três etapas distintas que funcionam da seguinte forma: a primeira etapa divide-se na **recepção do chamado** identificando-se, perguntando e anotando o nome do solicitante, seguindo pela **localização do chamado** e a partir daí passar a ligação para o médico regulador que irá identificar a **origem e natureza do chamado**. A segunda etapa trata-se da **abordagem do caso** onde o médico regulador estabelece o diagnóstico e a gravidade do caso. Por último a terceira etapa é composta pela **decisão e acompanhamento** do caso que também é feita pelo médico regulador (CORDOBA, 2012).

Após o acolhimento e a identificação das chamadas, as solicitações são julgadas pelo médico regulador, que classifica o nível de urgência de cada uma e define qual o recurso necessário ao seu adequado atendimento, o que pode envolver desde um simples conselho médico até o envio de uma Unidade de Suporte Avançado de Vida ao local ou, até mesmo o acionamento de outros meios de apoio (CORDOBA, 2012).

Com a regulação médica é possível evitar hospitalizações inúteis e falsos alarmes, melhorar as condições dos pacientes que correm riscos, orientar cuidados até que chegue a ambulância, informar à equipe que vai fazer o atendimento tudo que conhecer da situação, entrar em contato com o serviço que vai receber o paciente e informar ao médico do serviço

sobre as condições do paciente e o que foi feito no atendimento pré-hospitalar (BRASIL, 2002).

Espera-se que o médico regulador obtenha as melhores informações possíveis de quem fez a ligação pedindo ajuda; decida qual a melhor providência a ser tomada; coordene todo o atendimento; solicite apoio do corpo de bombeiros para os casos que necessitem de resgate; solicite apoio/auxílio da Polícia Militar/ Polícia Civil em intercorrência em que é necessário isolar a área de ocorrência para evitar novas vítimas e proteger a equipe e/ou paciente (BRASIL, 2006).

O SAMU conta com diferentes tipos de veículos para a realização do atendimento de acordo com a necessidade de cada caso, que são as ambulâncias ou viaturas, as chamadas motolâncias, aeronaves e embarcações. Para este atendimento os veículos são classificados em diferentes tipos.

As Unidades Móveis para atendimento de urgência podem ser das seguintes espécies Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro; Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida; Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro (BRASIL, 2012).

Vale salientar que a decisão de implantar as motocicletas (motolâncias) como mais um recurso móvel disponível e integrado à frota do SAMU 192, para o atendimento rápido, principalmente das pessoas acometidas por agravos agudos (tempo-dependentes) surgiu no ano de 2008, através da Portaria 2.971 (BRASIL, 2008).

De acordo com a Portaria 2.048 de 05 de Novembro de 2002, define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos e cada tipo de ambulância conta com uma tripulação diferenciada. As ambulâncias são classificadas por tipos que vão do Tipo A ao Tipo F.

As ambulâncias do Tipo A são as ambulâncias de transporte, que são veículos destinados ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

As do Tipo B são ambulâncias de suporte básico de vida (SBV), são veículos destinados ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de morte conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de morte desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

O Tipo C são as ambulâncias de resgate, que são veículos de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).

O Tipo D é a ambulância de suporte avançado de vida (SAV), é um veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

O Tipo E já é a chamada aeronave de transporte médico, trata-se de uma aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil – DAC. O atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida e para os casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não traumático e secundário.

O Tipo F é a embarcação de transporte médico, que é um veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

Ainda existem os veículos de intervenção rápida, estes veículos, também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F. E outros veículos que são veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex. pacientes crônicos) que não se caracterizam como veículos tipo lotação (ônibus, peruas, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica (BRASIL, 2002).

A partir dessa atuação, o SAMU-192 tem um forte potencial para corrigir uma das maiores queixas dos usuários do SUS, que é a lentidão no momento do atendimento às urgências e emergências. A Portaria Nº 1.864 de 29 de setembro de 2003 aponta o parâmetro

para o número de veículos a serem adquiridos pelo programa: as ambulâncias serão na proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 por habitantes (BRASIL, 2003b).

3.4. Qualidade de vida (QV)

A preocupação com a qualidade de vida não surgiu nos dias de hoje. As primeiras reflexões sobre essa questão tiveram suas origens por volta do ano 400 a. C., com o filósofo grego Sócrates, o qual acreditava que a felicidade era o resultado de se levar uma vida tranquila em todos os aspectos (SANTOS, 2011). Embora muitos anos já tenham transcorrido desde essa época e, o conceito já tenha evoluído, percebe-se que ainda não existe um consenso definitivo sobre o conceito de qualidade de vida. Contudo, é possível identificar aproximações em relação a alguns aspectos, uma vez que:

Qualidade de Vida pode ser definida como um conjunto subjetivo e multidimensional de impressões positivas e negativas que cada ser humano possui, sendo simultaneamente um produto de diversos fatores que o afetam e um processo que ele experimenta a cada momento. Logo, uma boa qualidade de vida é aquela que oferece um mínimo de condições para que as pessoas possam desenvolver o máximo de suas potencialidades. (ANDUJAR, 2006, p. 26 *apud* SANTOS, 2011).

Para tanto percebemos que a QV tem um conceito amplo e complexo, que se refere a aspectos subjetivos percebidos de diferentes modos, contemplando as esferas de bem-estar físico, mental e os aspectos relacionados às condições adequadas de vida biológica, condições econômicas, relações de trabalho, aspectos sociais e culturais (VANELLI; FREITAS, 2011).

É um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de acordo com a época, país, cultura, classe social e até mesmo as individualidades, conforme o decorrer do tempo e a função de estados emocionais, e a ocorrência de eventos cotidianos, sócio-históricos e ecológicos (PASCHOAL, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a qualidade de vida pode ser definida por um conceito amplo que é afetado de uma forma complexa, pela saúde física, estado psicológico, nível de independência e relações sociais da pessoa, e a relação com as características salientes do respectivo meio (WHOQOL GROUP, 1983).

A natureza abstrata do termo QV explica porque boa qualidade tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. É por isso que há inúmeras conceituações de QV; talvez cada indivíduo tenha a sua própria (PASCHOAL, 2002).

Atualmente, várias pesquisas científicas são desenvolvidas por estudiosos de diferentes áreas do conhecimento humano em relação à qualidade de vida. Isso se deve, principalmente, ao ritmo e tipo de vida a que as chamadas “sociedades modernas” vêm se submetendo. Com isso, grande parte da população mundial e brasileira tem demonstrado significativa preocupação com sua qualidade de vida, inclusive no ambiente de trabalho (SANTOS, 2011).

Qualidade de vida pressupõe uma noção eminentemente humana e que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial, deixando clara a importância da percepção subjetiva na sua avaliação. Por ser compreendida como um conceito subjetivo, identificado com “felicidade com a vida”. Felicidade é definida como uma emoção derivando de um equilíbrio entre as necessidades da pessoa e sua condição de vida, na percepção da própria pessoa (MEIRELLES et al., 2010).

Partindo desse pressuposto, entende-se que a qualidade de vida está diretamente relacionada a um determinado nível de satisfação pessoal, a qual sofre alterações de indivíduo para o outro, dependendo exclusivamente de fatores de ordem biopsicossocial. Isto significa dizer que além dos determinantes orgânicos e psicológicos, a qualidade de vida também é resultante do tipo de ambiente no qual uma pessoa encontra-se inserida, seja ele familiar ou profissional (SANTOS, 2011).

De acordo com Souza (2004) a QV relacionada à saúde inclui os seguintes domínios de saúde: *físico* (capacidade funcional e capacidade de trabalho), *psicológico* (satisfação, bem-estar, autoestima, ansiedade e depressão), e *social* (reabilitação de trabalho, passatempos, interação familiar e social), cada qual contendo uma diversidade de componentes. Além disso, cada componente pode ser expresso de diferentes maneiras, de acordo com a percepção subjetiva de cada indivíduo resultando em uma avaliação diferente entre si.

A Qualidade de vida é compreendida como um conceito que integra a linguagem do dia a dia das pessoas, como algo pelo qual devem lutar, considerando que na complexidade da sociedade moderna, essa qualidade de vida parece estar cada vez mais distante do viver das pessoas (SOUZA, 2004).

Dentre as possibilidades advindas com a introdução do conceito de QV, está a avaliação do impacto de intervenções ou condições de saúde de modo mais abrangente, ampliando os desfechos para além da sintomatologia, morbimortalidade ou presença de sintomas emocionais ligados a patologias ou não. Além do mais, coloca ênfase nas avaliações de

desfecho a partir das pessoas, consideradas como as mais aptas a aferirem subjetivamente sua condição em diversas áreas de sua vida, sobretudo no trabalho (MEIRELLES et al., 2010).

Estudos sobre qualidade de vida aumentaram a cada dia nos últimos anos, e em diversos países. O que se tornou um fato importante para que se possa estabelecer parâmetros de comparação entre as várias situações, de saúde ou de doença, para a população em geral (VASCONCELOS, 2006).

3.5. A criação do questionário World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)

Durante muito tempo qualidade de vida foi vista como algo subjetivo e impossível de ser mensurado. A constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva transcultural motivou a Organização Mundial da Saúde a desenvolver um instrumento com estas características (WHOQOL GROUP, 1995).

Para que a OMS organizasse um instrumento que avaliasse qualidade de vida, era necessário um projeto colaborativo multicêntrico, que levasse em consideração as peculiaridades de diferentes países em diferentes culturas, para tanto, a OMS resolveu, desenvolver o “World Health Organization Quality of Life Instrument” (WHOQOL). O resultado deste projeto foi a elaboração do questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), um instrumento capaz de avaliar a qualidade de vida, este é composto por 100 itens que são distribuídas em 24 facetas (OMS, 1998).

Atualmente existem outros instrumentos publicados na literatura para avaliação de QV e de diversas formas. Na categoria Qualidade de Vida Geral, existem outros instrumentos além do WHOQOL, como por exemplo, “*Satisfaction with Life Domain Scale*” (SLDS), “*Lehman Quality of Life Interview*” (QOLI), “*World Health Organization Quality of Life*” (WHOQOL), entre outros. Todos estes avaliam a QV de uma maneira global, utilizando os vários domínios de forma igualitária. Fundamenta-se em geral num referencial social, uma concepção que fornece elementos que possibilitam a compreensão das motivações, desejos, oportunidades e os recursos disponíveis para a satisfação e bem-estar de um indivíduo em relação às suas realizações nos diferentes domínios da vida (The WHOQOL Group, 1993).

O questionário WHOQOL foi desenvolvido e testado em 15 centros, em distintas localizações, envolvendo 45.000 participantes, durante quatro anos. Para isso foram selecionados centros com diferentes níveis de industrialização, assim como de recursos de saúde disponíveis e outros marcadores relevantes para medida de QV, como papel da família,

percepção de tempo, percepção do “*eu*”, domínio religioso, entre outros. Este estudo teve como ponto de partida a criação de um conceito universal para a QV, ou seja, comum a todas as culturas (FLAUSINO, 2011).

Para tanto, o grupo de Qualidade de Vida da OMS, sob a coordenação de John Orley, definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1994). Com esta definição, fica entendido que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos.

O Instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) atualmente está disponível em 20 idiomas diferentes (The WHOQOL GROUP, 1998). É composto por 100 itens, e foi organizado em 06 domínios principais: I - Físico; II – Psicológico; III – Nível de independência; IV – Relações sociais; V – Ambiente e VI – Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais. Esses domínios foram subdivididos em 24 facetas (subdomínios). Os domínios e as facetas do WHOQOL-100 estão descritos no Quadro 01. Apresentando propriedades psicométricas suficientes quanto à validade de construto, confiabilidade e validade discriminante (FLAUSINO, 2011).

As 24 facetas foram consideradas válidas pela maior parte dos participantes. Nos diferentes centros a QV de diferentes grupos foram analisadas, abordando desde pessoas da comunidade, pacientes (internados e ambulatoriais), à profissionais de saúde, e todos salientaram que as facetas descrevem de forma minuciosa o que cada um dos participantes entende por qualidade de vida no seu meio ambiente (FLECK et al., 1999).

A versão em português foi desenvolvida e validada no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRS, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. O WHOQOL-100, versão brasileira, foi adaptado à nossa população por Fleck et al. (1999).

3.6. O WHOQOL-BREF

Como o questionário WHOQOL-100 é bastante amplo devido seus 100 item surgiu a necessidade de um instrumento mais curto que demandasse menor tempo para o preenchimento, que facilitasse a aplicação do instrumento, mas com características psicométricas suficientes. A partir disso o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu

uma versão abreviada do WHOQOL - 100, o chamado WHOQOL - BREF (The WHOQOL Group, 1998).

O WHOQOL - BREF consta de apenas 26 questões, sendo duas questões gerais de QV e o restante representa cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original de 100 questões. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes (The WHOQOL Group, 1998).

Apesar da significativa redução de questões, a versão abreviada (WHOQOL - BREF) mostrou-se uma alternativa benéfica para as situações em que a versão longa torna difícil sua aplicabilidade, como por exemplo em estudos epidemiológicos e também pela utilização de diversos instrumentos de avaliação (FLECK et al., 2000).

Esta atividade da OMS com projeto WHOQOL teve, portanto, dois objetivos básicos, e que traduzem seu sentido: padronizar uma medida internacional de QV e incentivar uma visão holística da saúde e do atendimento à saúde (FLECK et al., 1999; FLAUSINO, 2011).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Pesquisa

Foi um estudo exploratório, com investigação do tipo transversal, de abordagem quantitativa e caráter descritivo.

A pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema. Segundo Cervo e Bervian (2002), este tipo de estudo realiza descrições precisas da situação e requer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma.

Os estudos transversais descrevem e analisam dados coletados em um dado momento. Jung (2003) descreve que no estudo transversal, os dados são coletados em um único momento, obtendo dados momentâneos do assunto investigado.

A abordagem quantitativa permite a coleta sistemática e informação numérica, mediante condições de muito controle, analisando essas informações através de estatística (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

De acordo com Gil (1991), as pesquisas descritivas tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis, que no caso desta pesquisa, é a análise da qualidade de vida. Este tipo de pesquisa usa de técnicas padronizadas de coleta de dados, como é o caso do questionário estruturado.

4.2. Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Central do SAMU de Campina Grande – PB, que está localizada na Rua Almeida Barreto, 428 – São José. Em Campina Grande o SAMU foi implantado no dia 01 de Julho de 2004 baseando-se na Portaria 2.048 de 05 de Novembro de 2002, atualmente assiste uma população de cerca de 01 milhão de pessoas dando suporte até à 55 cidades circunvizinhas, realizando cerca de 5.300 atendimentos por mês. Para este atendimento ser realizado o SAMU conta com o apoio de 10 viaturas, sendo 08 de suporte básico, 02 de suporte avançado e ainda 04 motolâncias.

A cada turno são escalados 38 profissionais para atuar no atendimento às ocorrências e 07 para a central de regulação. Os profissionais intervencionistas trabalham 12 horas por plantão e os reguladores trabalham por 6 horas, totalizando 36 horas semanais.

Cada plantão de atendimento é realizado com a presença de 05 médicos, 05 enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem e 13 condutores socorristas. O plantão da central de regulação conta com 05 técnicos auxiliares de regulação médica (TARM) e 02 rádio operadores.

Com isso, a equipe do SAMU – Campina Grande, espera poder atender as demandas de atendimento que surgirem na cidade e região, prestando serviços de competência e qualidade para a população atendida.

4.3. População e Amostra

A população era composta por 41 médicos, 32 enfermeiros, 56 técnicos de enfermagem e 46 condutores socorristas, em um total de 175 profissionais que atuam nas ambulâncias do SAMU – Campina Grande – PB, distribuídos em turnos de 12 ou 24 horas para atuar nas ambulâncias, totalizando uma carga horária de trabalho com 36 horas semanais. Já a amostra foi definida por aqueles profissionais que estavam no serviço e, aceitaram responder os questionários da pesquisa totalizando 75 participantes (n=75), dos quais 14 médicos, 18 enfermeiros, 19 técnicos de enfermagem e 24 condutores socorristas. Vale salientar que os dados deixaram de ser colhidos pois os profissionais estavam se repetindo devido ao rodízio de escalas.

4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critérios de inclusão de seleção para amostra, foram considerados alguns parâmetros, como: aceitar participar do estudo; ser profissional devidamente cadastrado e atuando nas ambulâncias do SAMU; ler e assinar o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (ANEXO B); ter conhecimento de seus direitos enquanto participante da pesquisa. Caso não estejam atendendo aos critérios acima o profissional será excluído.

4.5. Instrumento da Coleta de Dados

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados. Primeiramente, foi aplicado um questionário (APÊNDICE A) composto por questões à respeito de aspectos pessoais, tais como idade, sexo, estado civil, ocupação, tempo de trabalho no SAMU, carga horária de

trabalho por plantão, para que fosse possível a caracterização sociodemográfica dos profissionais entrevistados.

O segundo instrumento foi o de investigação da avaliação da qualidade de vida dos profissionais que atuam no SAMU Campina Grande. Estes dados foram coletados através do questionário World Health Organization Quality of Life – bref (WHOQOL-bref), traduzido para o português e para diversas línguas, que consiste em uma versão abreviada do WHOQOL-100, um instrumento testado e validado em todo o mundo, elaborado pelo grupo de qualidade de vida da OMS especialmente para avaliar a qualidade de vida tanto de populações saudáveis como de grupos com determinadas patologias.

Optou-se pelo WHOQOL-bref por ser curto, genérico, objetivo e de fácil compreensão. Este é composto ao todo por vinte e seis (26) questões: duas (2) sobre a QV de modo geral e as demais representando cada uma das 24 facetas distribuídas conforme os quatro domínios: físicos (sete questões), psicológicos (seis questões), relações sociais (três questões) e meio ambiente (oito questões) (Quadro 1).

Além do caráter transcultural, os instrumentos WHOQOL (ANEXO A) valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações (WHOQOL GROUP, 1997 apud KLUTHCOVSKY A.C, 2009).

Quadro 01: Domínios e Facetas do WHOQOL-bref

DOMÍNIOS	FACETAS E QUESTÕES CORRESPONDENTES
GERAL	Percepção geral de sua QV (1)
	Percepção individual de sua saúde (2)
FÍSICO	Dor e desconforto (3)
	Dependência de medicações ou tratamentos (4)
	Energia e fadiga (10)
	Mobilidade (15)
	Sono e repouso (16)
	Atividades cotidianas (17)
	Capacidade para o trabalho (18)
PSICOLÓGICO	Sentimentos positivos (5)
	Espiritualidade, religião, crenças pessoais (6)
	Pensar, aprender, memória e concentração (7)
	Imagem corporal e aparência (11)
	Autoestima (19)
	Sentimentos negativos (26)

RELAÇÕES SOCIAIS	Relações pessoais (20)
	Atividade sexual (21)
	Suporte (apoio) social (22)
MEIO AMBIENTE	Segurança física e proteção (8)
	Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima (9)
	Recursos financeiros (12)
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (13)
	Participação e oportunidades de recreação / lazer (14)
	Ambiente no lar (23)
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (24)
	Transporte (25)

Fonte: Marques (2006)

4.6. Procedimento de Coleta de Dados

Os questionários foram entregues aos participantes e, após esclarecimentos, onde eles próprios responderam as 26 questões do questionário de WHOQOL-BREF e, também as questões do instrumento de caracterização dos participantes, sendo estes que compuseram amostragem.

4.7. Processamento e Análise dos Dados

Os dados que compõem o questionário de caracterização dos voluntários, receberam tratamento estatístico simples feito pelo programa Excel 2013. Foram apresentados de forma descritiva dispostos em tabelas e gráficos, utilizando-se de frequências absolutas e relativas.

Para as questões do WHOQOL-bref foi formulada uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom), (THE WHOQOL GROUP 1998 *apud* FLECK 2000). A escala de Likert varia de 1 a 5 e quanto maior pontuação, melhor é a QV. É importante ressaltar que para as questões 3, 4 e 26 a escala é invertida, ou seja, 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1.

A pontuação dos indivíduos alcançada através do cálculo dos escores tomando-se por base os escores máximos e mínimos que podiam ser alcançados através das opções de

respostas fornecidas de 1 a 5. Assim, foi calculada a média de cada faceta e de cada um dos quatro domínios, resultando no nível de QV geral. O Quadro 2, abaixo, demonstra estas informações:

Quadro 02: Pontuação necessária para classificação em baixa, média e alta QV por domínio e escore total.

Nível de qualidade de vida	Domínio 1 (físico)	Domínio 2 (psicológico)	Domínio 3 (social)	Domínio 4 (meio ambiente)	Escore total de qualidade de vida
Baixa	7- 14	6-12	3-6	8-16	26-60
Média	15-27	13-23	7-11	17-31	61-95
Alta	28-35	24-30	12-15	32-40	96-130

Fonte: The WHOQOL Group.

O escore médio, calculado pelo instrumento WHOQOL-bref consistiu na atribuição de valores as “respostas nominais” de tal forma que se possibilitou entender a variação entre elas, estabelecendo uma resposta que represente a percepção da maioria dos entrevistados (BISQUERA; SARRIERA; MARTINEZ, 2004.).

Para essa análise foi construído um banco de dados no programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0 para Windows. Esse banco de dados foi alimentado mediante as informações colhidas através do questionário, procedendo-se em seguir à leitura e interpretação dos resultados.

Para o desenvolvimento e discussão dos resultados, a base foi o levantamento bibliográfico na literatura científica pertinente sobre o tema através de livros, artigos periódicos, dissertações e teses que subsidiarão nossas discussões.

4.8. Aspectos Éticos

A pesquisa levou em consideração as observâncias éticas dispostas na Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde no que concerne à pesquisa envolvendo seres humanos. Neste sentido este trabalho somente ocorreu após aprovação desse estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba sob o número do parecer: 23139213.8.0000.5187.

Vale ressaltar que os participantes foram esclarecidos a respeito da justificativa, dos objetivos e dos procedimentos que seriam utilizados na pesquisa, além disso, foi garantido o anonimato e sigilo das informações confidenciais assegurando a privacidade dos sujeitos da

pesquisa, bem como, foi elucidado quanto à possibilidade de desistir a qualquer momento do estudo sem penalização alguma ou prejuízo para o indivíduo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Dados Sociodemográficos dos profissionais que atuam no SAMU Campina Grande

A pesquisa foi realizada na unidade do SAMU em Campina Grande – PB, com os profissionais que atuam nas ambulâncias, sendo importante ressaltar que alguns destes profissionais são direcionados para cidades circunvizinhas.

O total da população foi de 175 profissionais, sendo a amostra composta por 75 participantes (n=75), dos 41 médicos, 14 (34%) participaram da pesquisa, dos 32 enfermeiros, 18 (56%) participaram da pesquisa, dos 56 técnicos de enfermagem, 19 (34%) participaram da pesquisa e dos 46 condutores socorristas, 24 (52%) participaram da pesquisa.

Hoje em dia o SAMU Campina Grande assiste uma população de cerca de 01 milhão de pessoas dando suporte até à 55 cidades. Recebe em média 35.000 mil chamadas e realiza cerca de 5.000 atendimentos por mês. Um dado curioso e preocupante, é que o quantitativo de trotes, que chega a ser superior a 50% das chamadas.

Tabela 01. Distribuição de participantes da pesquisa por categoria

Profissão	N	%
Médico	14	18,7
Enfermeiro	18	24,0
Técnico de Enfermagem	19	25,3
Condutor Socorrista	24	32,0
Total	75	100,0

Fonte: Coleta de dados instrumento I.

A Tabela 01 mostra a distribuição dos participantes e sua porcentagem de acordo com o tamanho da amostra, permitindo uma visualização do panorama total.

Tabela 02. Distribuição por categoria acerca dos dados sociodemográficos dos participantes

Dados Sociodemográficos		Médicos		Enfermeiros		Técnicos de Enfermagem		Condutores Socorristas		Total
		N	%	N	%	N	%	N	%	%
Sexo	Masculino	10	71,4	4	22,2	10	57,9	24	100	64
	Feminino	4	28,6	14	77,8	9	42,1	-	-	36
Idade	20-30anos	7	50	7	38,9	4	21	3	12,5	28
	31-40anos	6	42,9	4	22,2	12	63,1	6	25	37,3
	41-50anos	-	-	2	11,1	1	5,3	6	25	12
	<50anos	-	-	2	11,1	1	5,3	3	12,5	8
	Sem Resposta	1	7,1	3	16,7	1	5,3	6	25	14,7
Estado Civil	Solteiro	10	64,3	9	50	7	36,8	7	25	44
	Casado	3	28,6	3	16,7	8	42	14	62,5	37,3
	União Esatável	-	-	2	11,1	1	5,3	2	8,3	6,7
	Separado	-	-	-	-	1	5,3	-	-	1,3
	Divorciado	-	-	4	22,2	1	5,3	1	4,2	8
	Sem Resposta	1	7,1	-	-	1	5,3	-	-	2,7

Fonte: Coleta de dados instrumento I.

Realizando a caracterização dos dados sóciodemográficos da amostra, o gênero mais presente é do sexo masculino, 48 (64%) e, apenas 27 são mulheres (36%). Relacionando entre as categorias foi percebido que entre os médicos a grande maioria é composta por homens 71,4%, o que ocorreu o inverso com os enfermeiros, pois 77,8% são mulheres (Tabela 02).

Já para os técnicos pôde-se perceber que o número é quase proporcional, onde 57,9% são homens e 42,1% são mulheres, dado surpreendente, pois geralmente entre os profissionais de enfermagem, a grande maioria é composta por mulheres. Como afirma Araújo (2010), ao comparar sua pesquisa com um estudo sobre o Gênero e Enfermagem de Simões e Amâncio (2000), afirmam que 82,2% da força do trabalho na enfermagem é feminina, sendo a menor parte composta por profissionais do sexo masculino. Essa grande diferença entre os sexos é histórica, pois desde os pilares da profissão e em seu desenvolvimento é evidenciado a predominância das mulheres (ARAÚJO, 2010 *apud* SIMÕES E AMÂNCIO, 2000). O que

nos aponta para o perfil da área de atuação no SAMU, que pode estar atraindo mais os profissionais masculinos.

Porém no SAMU, existem os técnicos de enfermagem que atuam nas motolâncias e, também, por ser uma instituição com características militarizadas, aumentando assim a presença masculina na categoria de profissionais de enfermagem, cabe dizer, que entre os profissionais das motolâncias também existe uma profissional mulher. Segundo Flausino (2011) a constituição física da mulher apresenta maior fragilidade quando comparada a do homem. Isto se deve ao fato de o sexo masculino ter maior facilidade para desempenhar funções consideradas pesadas e indicadas para homens.

Mesmo com esta fragilidade inerente a mulher, aos poucos a perseverança feminista está mudando esta realidade, pois ao longo do tempo, as mulheres estão cada vez mais entrando no mercado de trabalho (FLAUSINO, 2011), isto através de várias lutas e obtendo com persistência leis trabalhistas específicas (Decreto - Lei n 5.452 de 1 de maio de 1943, Capítulo III, Da proteção do trabalho da mulher) na tentativa de igualizarem - se ao sexo masculino (BRASIL, 1943).

O que ainda não ocorreu com a categoria de condutores socorristas em Campina Grande, pois 100% da amostra foi do sexo masculino (Tabela 02). Oliveira et al. (2011) consideram o fato de que os homens tem o comportamento mais ativo do que o das mulheres, por eles realizarem atividades de força/alongamento muscular e transporte ativo (OLIVEIRA et al., 2011). Considerando que os homens possuem condições físicas melhores do que as mulheres, percebe-se que, um número maior de homens que o esperado entre os técnicos de enfermagem. Este mesmo fato pode explicar por exemplo, o motivo da presença 100% masculina entre os condutores levando em consideração que os homens podem possuir maior destreza para o trânsito em condições estressantes e sob pressão, assim como o uso da força no atendimento às vítimas.

Em sua pesquisa Stumm et al. (2009), quanto ao gênero dos profissionais do SAMU, foram encontrados dados opostos a esta pesquisa constatando que o percentual de mulheres é semelhante ao de homens. Levando em consideração o número de mulheres e tentando relacioná-lo ao estresse e à qualidade de vida, mesmo elas se mostrando mais estressadas do que os homens, conseguem lidar melhor com o estresse do que os eles e, como consequência, apresentam menos doenças decorrentes do estresse, o que pode ocorrer pelo fato de verbalizarem seus sentimentos e problemas no dia-a-dia.

Nos dias atuais para a sociedade, a mulher deve ter uma postura adequada, trabalhar fora de casa, e ao mesmo tempo, não deixar suas responsabilidades domésticas, como cuidar

dos filhos e maridos, assim como da beleza. Nesse contexto, gradativamente, a mulher vem conquistando seu espaço, buscando equilíbrio entre sucesso profissional e vida pessoal, bem como sua independência financeira (STUMM et al., 2009).

Ainda observando a Tabela 02, nos dados sobre faixa etária, foi percebido a predominância de adultos jovens entre os médicos, de 50% na faixa etária de 20 e 30 anos, 42,9% se encontram com 31 a 40 anos.

Na categoria Enfermeiros, também existe uma predominância da população jovem, onde 38,9% responderam ter entre 20 e 30 anos, 22,2% estão com a idade entre 31 e 40 anos. Nos técnicos de enfermagem a maioria dos participantes se encontram com idade entre 31 e 40 anos compreendem 63,1% do técnicos (Tabela 02).

Já entre os condutores socorristas, foi encontrado maior variedade entre as idades, tanto existem participante mais jovens, como com idade um pouco mais avançada, ficando distribuído da seguinte forma: no intervalo de 20 a 30 anos se encontram 12,5%, no intervalo de 31 a 40 tem 25% dos participantes, no intervalo 41 a 50 foi de 25%, acima de 50 com 12,5% e o maior número de questionários sem resposta sobre a idade foi dos condutores, onde 6 não responderam representando 25% do total de participantes (Tabela 02).

No cômputo geral a média foi de 35,7 anos, ou seja, trata-se de uma população jovem, em pleno período produtivo.

Isto se deve ao fato do Brasil ser um país de jovens trabalhadores que estão em constante procura por emprego e estabilidade salarial. Outro aspecto que deve ser considerado são as condições socioeconômicas do Brasil, que a cada dia têm propiciado a introdução precocemente de adultos jovens no mercado de trabalho (Flausino, 2011; p. 57).

Segundo Oliveira et al. (2011), a idade é um quesito importante, que deve ser levado em consideração e que tem haver diretamente com o estado de saúde, isto, se relaciona ao fato que as restrições físicas se modificam com a idade.

Em outro estudo sobre QV e também realizado com os profissionais do SAMU, analisando a idade dos profissionais entrevistados, também foi dito que se trata de uma população jovem, pois o maior percentual situa-se na faixa etária de 30-35 anos incompletos, seguido dos de 25-30 anos incompletos. Por ser uma população em sua maioria jovem merece atenção, levando em consideração estresse e à QV, trabalhadores jovens tem necessidade de aprender a lidar com as demandas do ambiente de trabalho, pois, podem apresentar maiores níveis de estresse, pela necessidade de desenvolver autonomia e responsabilidade (STUMM et al, 2009). Fato que ao ser observado em profissionais de mais idade e com muitos anos de

carreira encontra seu equilíbrio, pois estes já possuem mecanismos pessoais de defesa ao estresse, e se encontram adaptados ao ambiente de trabalho.

Os mecanismos de enfrentamento de cada um sofre alterações ao longo dos anos, e pode, com o passar dos anos, tornar os indivíduos mais realistas, bem como, os mecanismos imaturos vão sendo substituídos por mecanismos evolutivos, como o bom humor, por exemplo. As experiências somadas com o tempo de profissão, associadas à maturidade do indivíduo, também proporcionam ao mesmo, auto avaliação das situações que podem ser mudadas e as que não podem, assim como, resgatam as melhores formas de conduzir certa situação (TRINDADE et al., 2010).

Sendo assim, os trabalhadores que não estão esgotados e com mais idade, no estudo de Trindade et al. (2010) informaram que as experiências vividas ao longo do tempo, deram-lhes subsídios para enfrentar as situações problemáticas e amenizar a angústia na resolução de problemas.

Com relação ao estado civil, nas categorias de médicos e enfermeiros existe a predominância dos solteiros, onde respectivamente, são representados por 64,3% dos médicos e 50% dos enfermeiros. Nos técnicos de enfermagem, 36,8% são solteiros e 42% são casados, diferentemente dos condutores socorristas que 62,5% são casados representando a grande maioria nesta categoria. O maior número de divorciados está entre os enfermeiros que foram 4 participantes sendo 22,2% da amostra (Tabela 02).

Ao visualizar o cômputo geral dos resultados, foi percebido que 33 sujeitos eram solteiros, totalizando 44% dos entrevistados, seguindo dos casados que são 28 pessoas no total de 37,3%, o que revela a proximidade nas porcentagens, sendo que não houve influência nas medidas de qualidade de vida e sobre os domínios do WHOQOL-bref.

5.2. Características e condições de trabalho dos profissionais do SAMU Campina Grande

Tabela 03. Distribuição por categoria de pesquisados acerca do processo de trabalho

		Médico		Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		Conductor Socorrista		Total
		N	%	N	%	N	%	N	%	%
Tempo de trabalho	<1ano	5	35,7	9	50	7	36,9	9	37,5	40
	1-2anos	4	28,6	2	11,1	4	21	5	20,8	20
	3-4anos	2	14,3	-	-	3	15,8	2	8,4	9,4

no	5-6anos	2	14,3	1	5,6	1	5,3	-	-	5,3
SAMU	7-8anos	1	7,1	-	-	-	-	-	-	1,3
	9-10anos	-	-	6	33,3	4	21	8	33,3	24
Outro	Sim	13	92,9	14	77,8	14	73,7	5	20,8	61,3
emprego	Não	1	7,1	4	22,2	5	26,3	19	79,2	38,7

Fonte: Coleta de dados instrumento I.

Em busca de dados que pudessem caracterizar os trabalhadores do SAMU foram realizados questionamentos acerca do tempo de trabalho no SAMU, se o participante possui outro emprego e também qual sua função nesta outra atividade laboral e carga horária, com pretensão de realizar comparativos entre os que trabalham em outras instituições ou não e verificar se estes fatores influenciam na QV desses profissionais (Tabela 03).

Com relação ao tempo de trabalho no SAMU as quatro categorias foram enquadradas em intervalos de tempo anuais. De acordo com a Tabela 03, para os médicos foi encontrado que 5 participantes (35,7%) estão no SAMU a menos de 1 ano, seguido de 4 sujeitos na faixa de 1 a 2 anos (28,6).

Na categoria de enfermeiros foram encontrados disparidades, pois a maior parte se encontra no intervalo de menos de 1 ano, 9 sujeitos (50%) e a segunda parte no intervalo com 6 participantes na faixa de 9 a 10 anos (33,3%), vale salientar que, o SAMU em Campina Grande foi implantado no ano de 2004, ou seja, ainda vai completar 10 anos em 2014 e muitos profissionais trabalham no SAMU desde sua implantação aqui na cidade (Tabela 03).

Para a categoria Técnicos de enfermagem, 7 profissionais (36,9%) trabalham do SAMU a menos de 1 ano, 4 sujeitos (21%) trabalham no período de tempo de 1 a 2 anos, e, novamente, 4 técnicos de enfermagem, estão na faixa entre 9 e 10 anos (21%), se encontram no SAMU desde sua implantação (Tabela 03).

Como mostra a Tabela 03, com os condutores socorristas ocorreu o mesmo que com os enfermeiros, onde 9 condutores estão no SAMU a menos de 1 ano (37,5%), seguido de 8 deles (33,3%) que trabalham lá de 9 a 10 anos, ou seja, desde o início.

Realizando o apurado total dos anos de serviço no SAMU – Campina Grande, o gráfico 02 mostra o resultado de que 30 profissionais (40%) estão no SAMU há menos de um ano, com até 2 anos de serviço existem 15 profissionais num total de 20% dos entrevistados, portanto, 60% dos participantes estão no SAMU a menos de 2 anos. O dado interessante é que, seguido destes percentuais, se encontra o intervalo de 9 a 10 anos, onde 18 profissionais num total de 24%, que também é uma parcela importante no total dos participantes, assim

como, nos dados sobre o estado civil, o tempo de trabalho no SAMU não sofreu influência para o nível de QV assim como para os domínios.

No estudo, citado anteriormente, também houve dados semelhantes pois, quanto ao tempo de atuação profissional, bem como de atuação no SAMU, onde foi constatado um percentual próximo a 60% possui de 5 a 10 anos incompletos de profissão e que mais de 25%, de 10 a 20 anos e que dentre eles a maioria está no SAMU há menos de 5 anos (STUMM et al., 2009).

Ao serem questionados se possuíam outro emprego ou não, a categoria de médico respondeu que 13 participantes (92,9%) possuía, outra ocupação. Entre os enfermeiros predominantemente 14 participantes (77,8%) possui outro emprego. Nos técnicos de enfermagem o resultado foi parecido, onde 14 participantes (73,7%) tem sim outro emprego, e, por fim, nos condutores aconteceu o inverso, apenas 5 participantes (20,8%) disseram ter outra ocupação e 19 participantes (79,2%) não possuem, trabalham apenas no SAMU (Tabela 03).

Como mostra os resultados gerais na tabela 03, a maior parte dos profissionais possuem outro vínculo empregatício, onde 46 profissionais (61,3%) possuem, e 29 participantes (38,7%) não possuem outro emprego. Muitos profissionais do setor da saúde, tem adquirido como hábito a adoção de outros vínculos empregatícios, realidade essa que pode ser constatada em instituições públicas e privadas (MEDEIROS et al.,2006).

Uma característica peculiar dos profissionais de saúde é que por desenvolverem as suas atividades em escalas de plantão, verifica-se a existência de uma facilitação na conciliação das escalas, podendo o mesmo acumular duas ou até três escalas de trabalho (MEDEIROS et al.,2006).

Muitos profissionais de saúde se dedicaram ao atendimento em unidade básica, ao consultório e hospital particular, devido à flexibilidade de horários. Este tipo comportamento pode afetar o comprometimento do trabalhador com seu trabalho, devido ao estresse, o esgotamento físico como descrito em alguns estudos (TRINDADE et al., 2010).

Constata-se que todas as formas adotadas por esses trabalhadores, para a complementação da sua renda, mediante a falta de perspectiva de valorização salarial, resultam no aumento da jornada de trabalho, fator este que pode afetar diretamente na qualidade de vida (MEDEIROS et al.,2006).

Embora seja visualizado a existência do multiemprego em todos os níveis assistenciais do setor da saúde, é importante frisar novamente, que os efeitos da acumulação de escalas de serviço é o conseqüente aumento da jornada de trabalho, maior desgaste físico e mental, assim

como, diminuição da qualidade de serviço prestado, o que pode ser avaliado como determinante para uma menor qualidade de vida. Ainda, esses fatores, somam-se às características tensiógenas dos serviços de saúde, tanto pela natureza do cuidado prestado com as pessoas em situações de risco, como pela divisão social do trabalho e hierarquia presentes na equipe de saúde (MEDEIROS et al., 2006).

Araújo (2010) cita o livro de Mendes (1988), sobre o impacto dos efeitos da ocupação, sobre a saúde de trabalhadores, descreve que nesse sentido, frequentemente profissionais de saúde estão sujeitos a situações impróprias de trabalho, como por exemplo, jornadas prolongadas, excesso de tarefas, ambiente físico inadequado, entre outros.

Todos esses fatores juntos, prejudicam o profissional levando-o a realizar seu trabalho mecanicamente, sem tempo para desenvolver seu conhecimento, competências e habilidades, sobretudo os profissionais que atuam em ambientes como o SAMU. Essas condições repercutem na assistência aos pacientes, sob tudo e principalmente na QV dos profissionais envolvidos (ARAÚJO, 2010).

Cabe lembrar ainda que, talvez, cargas excessivas de trabalho não sejam percebidas por alguns membros da equipe, pois, paradoxalmente, a resiliência é um comportamento atuante na cultura dos serviços de saúde, e o profissional que se encontra nesse contexto cultural, internaliza essa capacidade. Sendo assim, muitos podem se adaptar, enquanto outros tendem a negar e ocultar de si mesmos, e até dos outros suas decepções, como o mal-estar e dores psíquicas, ou até mesmo físicas (TRINDADE et al., 2010).

5.3. Análise dos resultados do Questionário WHOQOL-bref entre as categorias

O questionário de WHOQOL-bref aplicado entre os profissionais do SAMU, nos mostra variação entre as categorias, para melhor demonstrar tal variação foram feitos gráficos com os resultados obtidos de cada categoria e também, gráficos comparativos entre as porcentagens de cada categoria por domínio. Com o objetivo de melhor ilustrar a comparação dos resultados obtidos pelo WHOQOL-bref de cada categoria e de cada domínio, e posteriormente os participantes, por categoria foram classificados em alta, média e baixa QV.

5.3.1 A Classificação da Qualidade de Vida Geral

A qualidade de vida geral, é analisada por duas questões iniciais que envolvem a percepção geral da QV e a percepção individual da saúde.

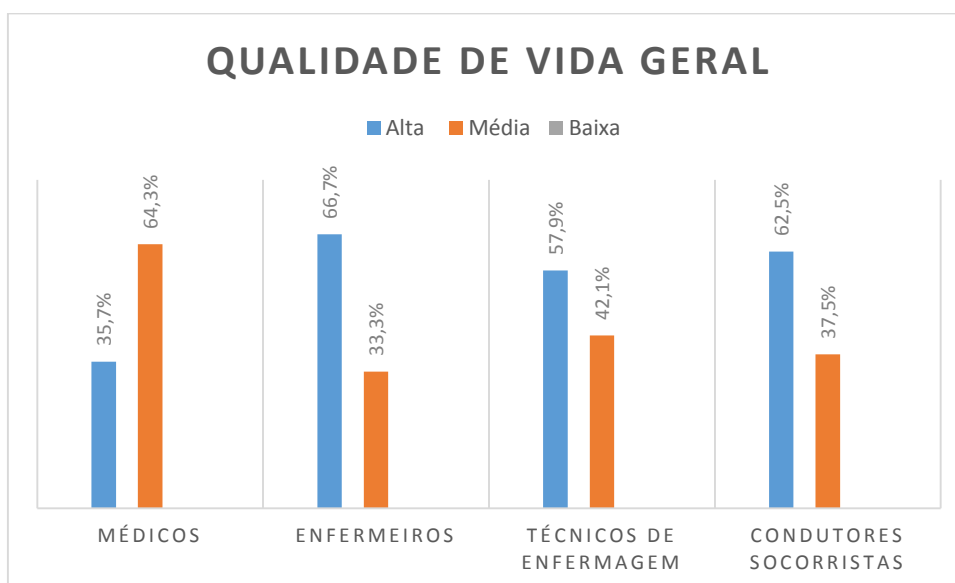


Gráfico 04. Distribuição geral por categoria profissional acerca da QV

No Gráfico 04 é visualizado um espelho de todos os domínios, pois, no geral apenas os médicos estão com escore mediano (64,3%) em sua qualidade de vida e as demais categorias estão com QV alta (Enfermeiros 66,7%; Técnicos de Enfermagem 57,9% e Condutores Socorristas 62,5%). O que nos leva a um questionamento incontestável: Porque o médicos possuem uma qualidade de vida com um nível reduzido em relação ao restante dos profissionais?

Ao se escolher a profissão espera-se encontrar a satisfação pessoal e financeira para a vida de cada um, a partir disso a tão sonhada realização, que contribui diretamente para uma boa qualidade de vida. A qualidade de viver bem é entendida como a capacidade de fazer parte de um acordo cultural com os costumes que uma dada sociedade, considera como padrão de conforto e bem-estar (BRAGA et al., 2011). O que nos leva a pensar, que para os médicos, uma maior expectativa em relação a satisfação pessoal e financeira, resulta em crescente cobrança própria para que seja possível atingir os padrões da sociedade sobre a qual estão inseridos, ainda pode-se dizer que, a expectativa de qualidade de viver bem para os médicos, pode ser superior ao das outras categorias e, portanto, isso pode estar diretamente relacionado a redução da QV geral para esta categoria.

Ainda, segundo Oliveira et al. (2011), a QV é também influenciada pela cultura, por intermédio de seus valores e necessidades, portanto, são hierarquizados pela população e por meio dos seus costumes e anseios. Compreendendo que a classe social é analisada pela

desigualdade e pela heterogeneidade, admite-se a ideia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à transferência de um para o outro (OLIVEIRA et al., 2011), o que ressalta a maior expectativa dos médicos em relação aos demais profissionais.

A expressão qualidade de vida, sem dúvida abrange diversos significados, que reportam informações, experiências e valores dos indivíduos e sua coletividade, em que a ele se menciona em variadas épocas, espaços e histórias diferentes. Essa comprovação, no entanto, não impede que seja buscado com os devidos cuidados, construir definições que possam ser empregadas como padrões desejáveis de vida, desde que bem colocados no local, época e outros adjetivos sociais (BRAGA et al., 2011).

É importante destacar que a QV está relacionada às percepções que o ser humano tem sobre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, elementos importantes para sua condição humana, tanto no âmbito individual quanto coletivo, ainda pode-se somar os aspectos ambientais e de saúde. Possuir QV depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, portanto, diferencia de uma pessoa para outra, e pode ser resultante da sua inserção na sociedade (STUMM et al., 2009).

Ainda cabe ressaltar que a qualidade de vida não pode estar relacionada apenas a resolução dos problemas básicos de sobrevivência, mas, deve compreender também a garantia de condições de conforto e satisfação psicológica e física, individual e familiar, também, deve ser entendido como a sensação do bem estar, sendo que esta depende tanto de materiais e objetos, quanto de aspectos subjetivos (ARAÚJO, 2010).

5.3.2 O Domínio Físico

Este domínio é composto por 7 facetas que são: dor e desconforto; dependência de medicações ou tratamentos; energia e fadiga; mobilidade; sono e repouso; atividades cotidianas; e capacidade para o trabalho.

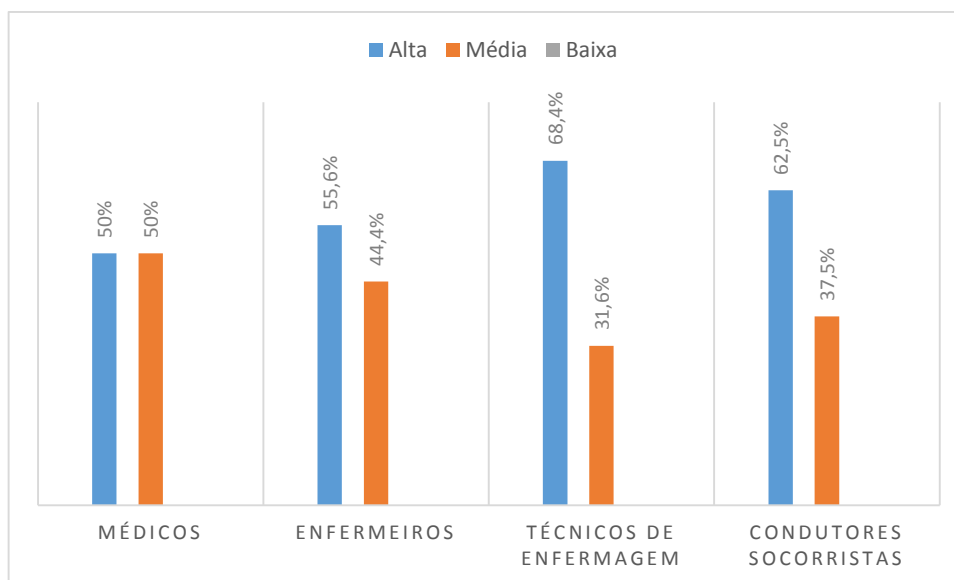


Gráfico 05. Distribuição geral por categoria profissional do SAMU acerca da QV no domínio físico

O Gráfico 05, mostra resultados das categorias sobre o domínio físico e, na categoria médico, os profissionais se dividiram meio a meio ficando 7 participantes (50%) com alta QV e 7 (50%) com média QV. Para as demais categorias, foi visualizado que o maior número de participantes está com a QV alta para o domínio físico, representados respectivamente por: enfermeiros 10 profissionais (55,6%); técnicos de enfermagem 13 profissionais (68,4%); condutores socorristas 15 profissionais (62,5%) (Gráfico 05).

Na pesquisa de Flausino (2011), foi encontrado, que o domínio físico foi determinante para a diminuição da qualidade de vida, o que leva a crer que os resultados individuais obtidos foram em sua maioria negativos, mostrando que a diferença nas características das profissões influenciam nos resultados e escores.

Médicos (50%) e enfermeiros (55,6%) obtiveram resultados de escores menores do que os técnicos de enfermagem (68,4%) e os condutores socorristas (62,5%), o que leva a pensar sobre quais são os possíveis motivos para isto, como por exemplo o acúmulo de funções, onde foi visualizado que médicos e enfermeiros possuem outra ocupação, o que sem dúvida resulta num maior desgaste físico, sendo necessário encontrar soluções positivas, visto que pelas características do trabalho no SAMU, o desgaste físico é grande e proporcional entre todas as categorias pesquisadas.

Vale salientar que o estado físico dos profissionais que atuam em APH, quando alterados, irá repercutir no desempenho final do profissional, assim como na sua vida pessoal, familiar e conseqüentemente na sua qualidade de vida (STUMM et al., 2009). Portanto o coordenador do SAMU deve levar isso em consideração na elaboração da escala de trabalho. Uma situação importante a ser pensada é que os profissionais vão ao encontro dos usuários do

serviço para realizar o atendimento, aos invés de esperá-los no serviço (ALVES et al., 2013), o que sem dúvida exige um maior preparado, devido à grande demanda de atendimentos da instituição.

Outro fator importante a ser levado em conta, são os riscos ocupacionais que atuam nas ambulâncias apontam. Existe a exposição dos trabalhadores da área da saúde ao “risco biológico (pelo contato com micro-organismos), físico (condições inadequadas de iluminação, temperatura, ruído, radiações), químico (manipulação de desinfetantes, medicamentos), psicossocial (tensão constante, estresse e fadiga, ritmo acelerado, trabalho em turnos alternados) e ergonômico (peso excessivo, trabalho em posições incômodas)” (ALVES et al., 2013; p. 213). No que diz respeito ao risco ergonômico, este sem dúvida, é bastante inerente ao profissional do SAMU, assim como o físico.

Assim, é importante identificar os riscos ocupacionais peculiares às atividades de cada profissional, para que seja possível adotar medidas preventivas visando a manutenção da saúde do trabalhador e consequentemente a qualidade do atendimento ao cliente assistido (ALVES et al., 2013); e, quem sabe, podendo melhorar a QV destes profissionais neste domínio.

5.3.3 O Domínio Psicológico

No domínio psicológico considera-se importante tais facetas: sentimentos positivos; espiritualidade, religião e crenças pessoais; pensar, aprender, memória e concentração; imagem corporal e aparência; autoestima; e sentimentos negativos.

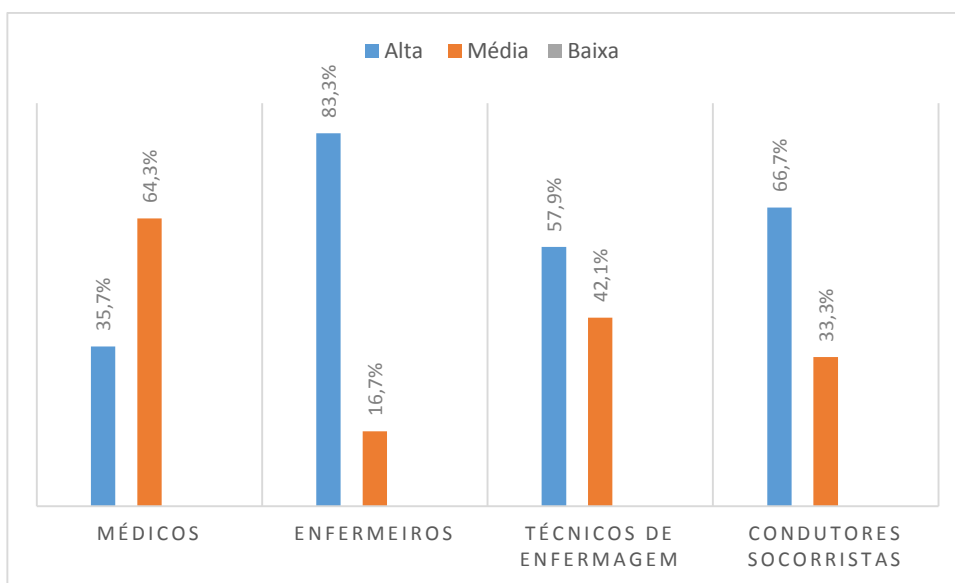


Gráfico 06. Distribuição geral por categoria profissional do SAMU acerca da QV no domínio Psicológico

Diante disso, foi encontrado que os médicos se classificaram em maior número com QV média, 9 participantes (64,3%), sendo o inverso com os enfermeiros, onde 15 participantes (83,3%), estão com qualidade de vida alta, isto para o domínio psicológico. Mostrando que, apesar das duas profissões constituírem-se de profissionais formados pelo ensino superior, talvez os enfermeiros possuam maiores mecanismos de defesa relacionado aos fatores psicológicos, lembrando que estes podem ser diversos e mudar de pessoa para pessoa, ou terem expectativas diferentes e/ou menores que os médicos (Gráfico 06).

Tanto entre os técnicos de enfermagem, como entre os condutores socorristas a maior porcentagens de pessoas está com a QV alta para o domínio psicológico. Entre os técnicos de enfermagem foram encontrados 11 participantes (57,9%) e, entre os condutores socorristas são 16 participantes (66,7%) com QV alta, permitindo perceber que, apesar de atuarem em constante pressão, lidando com o trânsito e tendo que ser rápidos, para atender as exigências de urgência ou emergência, possuem um índice alto de fatores psicológicos favoráveis, sendo um ponto bastante positivo como característica da profissão (Gráfico 06).

O fator psicológico é de grande importância para o enfrentamento das atividades do cotidiano para qualquer indivíduo, sobretudo para os profissionais de saúde e, ainda mais, aqueles que atuam em situações de alto risco e com diversos fatores estressores como no SAMU, isso se torna essencial como mecanismo de defesa próprio e, também para prevenir doenças psicológicas ocasionadas pela profissão.

Em unidades que prestam atendimento pré-hospitalar como o SAMU, são realizados diversos procedimentos, desde os mais simples até os que envolvem alta complexidade. São episódios onde os profissionais deparam-se todos os dias, com situações inesperadas, onde muitas, envolvem sofrimento, dor, morte, mutilações e, diversas vezes, colocam em risco suas próprias vidas (STUMM et al., 2009).

Estes fatores sem dúvida influenciam a saúde mental de cada um, dependendo da forma de enfrentamento do indivíduo, isso pode ser determinante na diminuição da qualidade de vida, como já visto, a satisfação com o trabalho, o sentido na vida, dentre outros, são determinantes e fazem parte da definição de QV destes profissionais.

Por outro lado, existem os aspectos positivos de se trabalhar no SAMU, aspectos estes muito bem explicados em um estudo realizado sobre as particularidade do trabalho no SAMU de Belo Horizonte (ALVES et al., 2013), onde, entre os aspectos positivos, estão o dinamismo do serviço, um alto fluxo de trabalho e demanda, assim como, a imprevisibilidade no serviço, a resolutividade do trabalho, devido a resposta imediata a necessidade do paciente, a visão geral do SAMU sobre os serviços de saúde, como um elo dinâmico da rede de atenção à

saúde, e por fim, está a oportunidade de exercer a função assistencial propriamente dita, por ser possível colocar em prática os conhecimentos técnicos-científicos da formação, o que nem sempre é possível em outros serviços, como por exemplo na unidade básica de saúde, onde os profissionais assumem uma função com características mais gerenciais, do que assistenciais propriamente dita.

Os autores acima ainda citam, um estudo realizado no Chile feito com enfermeiras do SAMU onde a “satisfação das profissionais com o trabalho também se relaciona às atividades realizadas, consideradas como nada monótonas, mas úteis, apesar de estressantes e ameaçadoras à saúde do trabalhador” (ALVES et al., 2013; p.211).

5.3.4 O Domínio Social

Para o domínio social encontra-se apenas 3 facetas, que são: relações pessoais; atividade sexual; suporte (apoio) social.

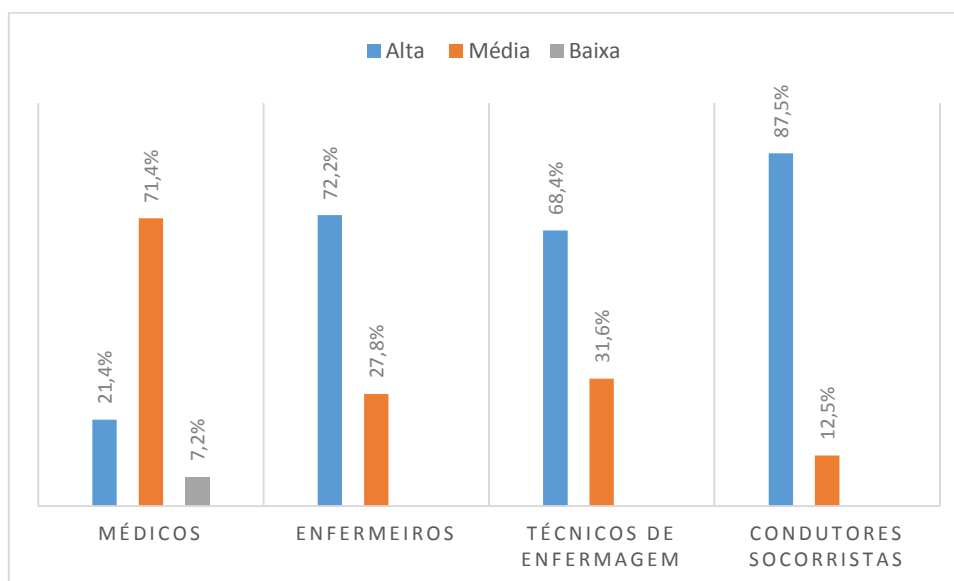


Gráfico 07. Distribuição geral por categoria profissional do SAMU acerca da QV no domínio Social

Mostra-se neste domínio, grande diferença entre as categorias profissionais, pois, apenas entre os médicos 10 participantes (71,4%) se encontrou um escore de QV médio para o domínio social, e, também foi a única categoria em que foi encontrado 1 participante (7,2%) com QV baixa para o domínio social. Já para os enfermeiros 13 participantes (72,2%) estão com alta QV para o domínio social, assim como os técnicos de enfermagem, que também 13 participantes (68,4%) e, os condutores socorristas que 21 dos pesquisados (87,5%) estão

classificados com QV alta no domínio social. Vale salientar que a porcentagem de QV alta dos condutores socorristas foi maior do que as outras categorias (Gráfico 07).

Na perspectiva de que o bem estar social está ligado à ideia do indivíduo sobre aproveitar a vida, foi visto que os médicos tem essa ideia um pouco reduzida em relação às outras categorias, ou seja, possuem a ideia de que não aproveitam a vida da forma que gostariam de aproveitar. No estudo de Flausino (2011) também foi encontrado que o domínio social contribui para o aumento de qualidade de vida dos profissionais pesquisados, no caso dos médicos contribuiu para uma diminuição.

Pesquisando estudos sobre fatores estressores de profissionais de saúde foi encontrado que, ao incentivar os trabalhadores a aproveitarem os momentos de convivência com a família e com os companheiros de trabalho, isso poderia atenuar os efeitos deletérios do estresse laboral, tornando-se essencial que os próprios profissionais encontre os fatores estressantes do trabalho que lhe afetam, e que também possuam um bom suporte social para o desenvolvimento de estratégias que beneficiem sua saúde, fazendo com que a satisfação com o trabalho seja sempre presente (TRINDADE et al., 2010).

Ainda sobre o fator social, citando reflexões de uma pesquisa realizada com profissionais de uma UTI, o autor mostra resultados de um estudo sobre qualidade de vida onde os entrevistados revelam que conviver com a família, ter amigos e manter um bom relacionamento social com as outras pessoas, também são fatores que interferem na QV e, também descrevem a importância da família e dos amigos, e sobre o sentimento que envolve este tipo de relacionamento, melhoria da QV do indivíduo. Explica ainda que, este tipo de relação de interação deve ser estimulada, já que a convivência social contribui para o desenvolvimento interior do ser humano, visto que não vivemos totalmente independentes, e por esta razão se torna necessário e relevante uma participação social que pode ser evidenciada também entre os participantes da pesquisa citada (ARAÚJO, 2010 *apud* DALY, 1996).

Como visto anteriormente, outro fato que pode reduzir a QV social, a grande maioria dos participantes médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem possuem outro vínculo empregatício, diante disto, “o aumento do tempo dedicado ao trabalho decorrente do aumento da jornada de trabalho vem levando à redução do tempo de convivência familiar, sendo um fator de angústia” (MEDEIROS et al., 2006; p. 231). Ficou evidente para Medeiros et al. (2006), e nesta pesquisa, que tanto as mulheres quanto os homens manifestam esta preocupação.

Portanto, a centralidade que o trabalho assume na vida cotidiana dos indivíduos diminui a disponibilidade para a vida familiar, com isso, para a vida do profissional ter sentido, vai depender se fora do trabalho este indivíduo encontra o sentido de sua vida, levando em consideração os aspectos da sociabilidade nesse contexto.

De acordo com o texto de Medeiros (2006) p. 233:

Somados aos conflitos existentes, tem o sentimento de aprisionamento e a perda dos sonhos, pelo acúmulo de jornadas de trabalho, pelas horas extras e pelo multiemprego, resultando muitas vezes na supressão de outras formas de sociabilidade e formas de ser no mundo em sua dimensão coletiva e singular, que são tão necessárias à vida do ser humano, tais como, a convivência com a natureza, o autocuidado, o cultivo e a fruição de sonhos e desejos (MEDEIROS, 2006 *apud* VASCONCELOS & PRADO, 2004).

Diante disso, as políticas públicas e QV envolvem uma questão técnica, política e de justiça social pela responsabilidade de buscar melhorias das condições de vida, promovendo o bem comum de acordo com a moral e a ética. As instituições devem investir em recursos humanos, visto que se não houver satisfação nos processos laborais, não existirá qualidade de vida, e conseqüentemente, a qualidade do trabalho e do emprego, ao medir o nível de satisfação apropriado entre capital e trabalho, reflete o modo que o funcionário insatisfeito reage mal e não produz satisfatoriamente (FLAUSINO, 2011).

5.3.5 O Domínio Ambiental

Já para o domínio ambiental, existem 8 facetas, que são: segurança física e proteção; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; recursos financeiros, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente no lar; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; e trânsito.

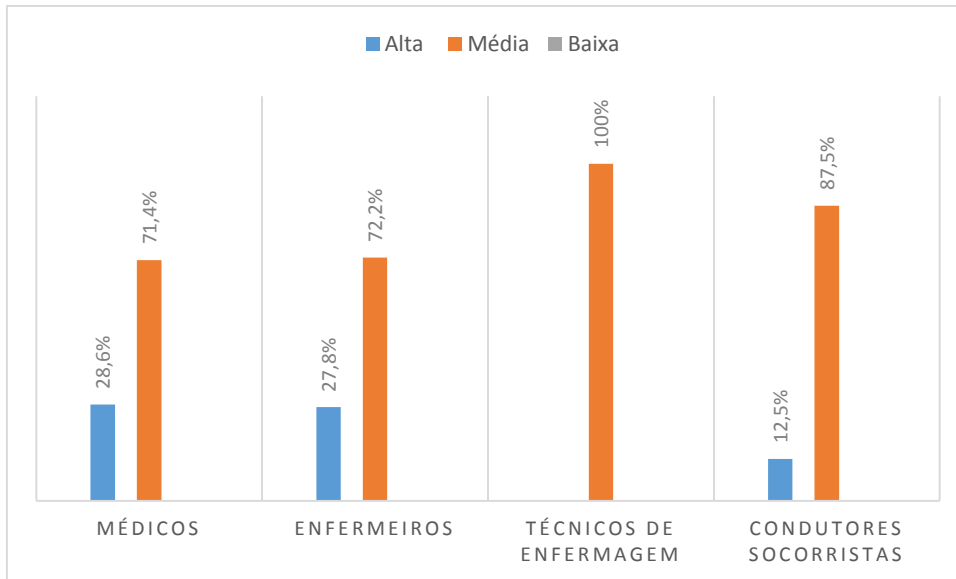


Gráfico 08. Distribuição geral por categoria profissional do SAMU acerca da QV no domínio Ambiental

Como resultado, foi encontrado que, médicos e enfermeiros apresentaram porcentagens próximas de QV para o domínio ambiental, onde são 10 profissionais médicos (71,4%) e 13 profissionais enfermeiros (72,2%) com média QV para este domínio, o restante ficando com QV alta. Na categoria, técnicos de enfermagem foi observado que todos os 19 participantes (100%) estão com QV média e, os condutores socorristas apresentaram em sua grande maioria nível médio de QV, onde 21 participantes (87,5%) se encontram assim classificados (Gráfico 08).

É possível perceber que para o domínio ambiental a QV mediana é predominante, diferente dos outros domínios onde a maioria se encontra classificada com QV alta em todos os domínios, exceto a categoria médicos. Este fato pode ser devido os profissionais de saúde que atuam no SAMU como um todo, desenvolvem seu trabalho num ambiente com diversos fatores de risco ocupacional, que podem ocasionar danos à saúde dos trabalhadores, assim com afetar a qualidade final da assistência prestada.

Este dado observado no domínio ambiental foi semelhante ao resultado de Flausino (2011), pois os escores obtidos em sua pesquisa, neste domínio apresentaram maior influência para a queda da qualidade de vida dos participantes, podendo ser observado que tanto os profissionais que trabalham no SAMU, quanto os profissionais entrevistados pelo autor citado, possuem estressores ambientais em seu dia a dia, cada um ao seu modo.

É importante dizer que os profissionais do SAMU ficam expostos a diversos fatores de riscos e, dentre eles estão os riscos ambientais. Os profissionais ficam expostos a várias situações, como acidentes em rodovias, violência em aglomerados, chuva e sol intensos,

ruídos, poluição, dentre outros. Com isso a constante variação dos fatores ambientais as quais os profissionais estão acostumados em seu dia a dia, torna-se um ponto negativo do trabalho, e ainda mais, por lidarem com isso na maioria dos casos, durante 24 horas por dia de serviço (ALVES et al., 2013), o que pode explicar a diminuição da QV no domínio ambiental.

Vale salientar que o trabalho no SAMU é desafiador e ao mesmo tempo desgastante, onde o ambiente de serviço exerce grande influência, no qual o cenário de atuação é a cidade, diferente de uma estrutura fechada como um hospital ou centro de saúde (ALVES et al., 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizando um desenho do perfil dos profissionais pesquisados, é possível encontrar que a amostra em sua maioria é composta por participantes do sexo masculino, no geral são adultos jovens, com idade abaixo de 40 anos e, solteiros, onde a maior parte atua no SAMU a menos de 1 ano, porém existe uma parcela significativa que trabalha na instituição desde sua implantação, ou seja, a mais de 9 anos, ao serem questionados se possuíam outro emprego, foi encontrado que a maior parte dos sujeitos trabalham em outra e/ou outras instituições, demonstrando a existência do multiemprego entre os profissionais.

O conceito de qualidade de vida está submetido a múltiplos pontos de vista, diverge de pessoa para pessoa e, conseqüentemente está diretamente ligado a um certo nível de satisfação pessoal, este por sua vez, está atrelado a diversos fatores determinantes, como condição socioeconômica, bem estar físico e mental, relacionamentos interpessoais, reconhecimento profissional, entre outros, ao partir disso, ao se analisar os dados e os resultados obtidos pelos profissionais envolvidos na pesquisa, percebe uma diferença de nível de QV devido aos fatores que a determinam.

Analisando os resultados de QV gerais por categoria, foi possível observar que a categoria médicos apresenta um nível mediano (64,3%) de qualidade de vida, o que é um pouco mais baixo que o restante das categorias, que referiram ter uma QV alta (Enfermeiros 66,7%; Técnicos de Enfermagem 57,9% e Condutores Socorristas 62,5%). Não implica dizer que a classificação média, em que a maior parte dos médicos se encontra, seja reconhecida como negativa, apenas demonstra que possivelmente as outras categorias se auto avaliam melhor e tem uma visão de si próprio e do conjunto de fatores que resultam na qualidade de vida de forma mais positiva, ou podem demonstrar que por os médicos estarem inseridos em um nível socioeconômico diferenciado dos demais pesquisados, possivelmente possuem maiores expectativas, as quais, não fazem parte da realidade social das demais categorias.

Vale ressaltar que, na categoria médicos, realizando uma correlação de dados demográficos e condições de trabalho com os resultados obtidos pelo questionário WHOQOL-bref, encontram-se diferenças que podem ser características que expliquem este fato, pois a maior parte dos participantes são do sexo masculino, o que permite inferir que muitas vezes as mulheres reagem mais positivamente do que os homens, todos se encontram com idade na faixa menor que 40 anos, ou seja, são adultos jovens e, podem ainda não ter encontrado mecanismos próprios de enfrentamento, como dito anteriormente, e, ainda, a

grande maioria são solteiros, o que faz pensar que a falta de um companheiro para melhor enfrentar as adversidades do dia a dia se torna fator importante para melhoria da QV.

Todos estes fatores remetem a uma reflexão acerca da diferença nas expectativas pessoais de cada profissional e, percebendo-se que os condutores socorristas possuem níveis mais elevados de qualidade de vida entre os domínios, ou seja, eles possuem sim expectativas, mas, conseguem supri-las de acordo com sua condição de vida, diferentemente dos médicos que provavelmente possuem outros anseios, isto em diversos aspectos, como a realização de desejos, status social, prestígio profissional, o que muitas vezes ainda não alcançaram, talvez por serem jovens, resultando na diminuição na satisfação própria de qualidade de vida.

Ainda foi possível observar que 92,9% dos médicos possuem outros empregos, o que também pode ser um fator relevante para reduzir a qualidade de vida desses e, apenas um dos médicos respondeu que não possui outro emprego, porém o mesmo se encontra ainda estudando para aperfeiçoamento e especialização de sua profissão, ou seja, reforça a ideia de que outra ocupação, ainda estar dando passos no sentido de realizar seus projetos pessoais e ainda ter encontrado a satisfação profissional, são fatores que repercutem diretamente no nível final da QV.

É muito importante se conhecer o perfil dos trabalhadores do SAMU e avaliar sua percepção sobre seu nível de qualidade de vida, por se tratar de profissionais que trabalham a serviço da população, uma vez que o bem-estar e a qualidade de vida destes profissionais são fatores que influenciam a qualidade final da assistência, conseqüentemente, trazendo impactos positivos à vida daqueles por ela beneficiados. As contribuições deste trabalho também se estendem ao meio acadêmico, uma vez que são poucos os estudos modernos para verificar o nível da QV de populações saudáveis, trazendo à tona a relevância deste estudo.

Profissionais de saúde enfrentam diversas situações em seu cotidiano de trabalho, sobretudo aqueles que atuam no SAMU, muitas situações podem trazer a realização profissional, porém, outras podem ser estressantes, são situações que irão influenciar diretamente na sua qualidade de vida. Segundo Davis e Newstrom (2001) encontrando-se as respostas para os problemas que envolvem a QV, estas podem auxiliar no entendimento do comportamento dos trabalhadores, suas relações com o trabalho, com a família, com os amigos e no caso dos profissionais da saúde também com a população atendida pelo serviço.

A equipe de saúde do SAMU desempenha funções que necessitam de atenção, habilidade, precisão, bom-senso, fundamentos na lei e na ética profissional, também cobranças por parte de superiores hierárquicos, condições de trabalho comprometidas e a

possibilidade de escala extraordinária e/ou jornada dupla de trabalho trazendo o cansaço e o desgaste físico.

Além do problemas relacionados ao trabalho o profissional de saúde do SAMU está sujeito a diversas situações que podem trazer sofrimento, como a alta complexidade dos casos, situações de morte, o profissional pode se deparar com um conhecido ou familiar no atendimento, podem passar por circunstâncias que não são visualmente favoráveis, tudo isso pode ser fator desencadeante de estresse, desmotivação, insatisfação no trabalho, o que afetaria sua Qualidade de Vida.

É importante dizer que estes fatores isolados não podem definir a qualidade de vida como alta ou média para cada indivíduo, mas a soma dos diversos fatores resultam em possíveis conclusões e, ainda cabe dizer que, tudo isto, pode diferenciar entre as pessoas, o que para alguns pode ser um fator negativo, para outros simplesmente é fator positivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M. et al. Particularidades do trabalho do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência de belo horizonte. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 208-15, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_25.pdf> Acessado em: 18/11/2013.

ALMEIDA, M. R de; ADRIANO, M. S. P.; PERONICO, F. P. L. R. Estresse Ocupacional em Profissionais da Saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. In: 16º Encontro Nacional **ABRAPSO**. 2011, Campus UFPE – Recife. ISSN: 1981-4321.

ARAÚJO, M. A. N. de. **Qualidade de vida dos profissionais de Enfermagem na unidade de terapia intensiva de um hospital de grande porte do município de Dourados-MS**. Monografia. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – Curso de Enfermagem. Dourados-MS, nov. 2010.

BRAGA, M. C. P. et al. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: estudo com idosos residentes em juiz de fora/MG. **Revista APS**, v. 14, n. 1, p. 93-100, jan./mar. 2011. Disponível em: < www.aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/download/965/450 >. Acessado em: 25/11/2013.

BRASIL. Decreto-Lei n. 5452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, DF, 9 ago. 1943. Secção 1, p. 11937-11985.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1º 1.863, de 29 de setembro de 2003**: Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

_____. Portaria Nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 out. 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM N.º 2. 657, de 16 de dezembro de 2004** - Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. **SAMU-192: O que é o SAMU?** Brasília, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. **Secretaria de Atenção à Saúde**, departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas Manuais Técnicos).

_____. **Portaria nº 2.971, de 8 de dezembro de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012**. Brasília: Ministério as Saúde, 2012.

CABRAL, A.P. de S. **Um Termômetro do Sistema Único de Saúde – O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192):** Análise do Modelo em uma Cidade do Nordeste Brasileiro. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Recife, 2007.

CAMPOS, R.M. **Satisfação da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel às urgências (SAMU) no ambiente de trabalho.** Dissertação de Mestrado – UFRN. Natal, 2005.

CERVO, A. L. e BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**, 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CORDOBA, E. **SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** 2ª Edição. São Paulo: Rideel, 2012.

DAVIS, K.; NEWSTROM, J. W. Comportamento humano no trabalho: uma abordagem organizacional. São Paulo: **Pioneira**, 2001.

FLAUSINO, T.C. **Qualidade de vida e condições de trabalho dos carteiros de Goiânia – Goiás.** Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2011.

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista ABP/APAL**, 1999; No prelo.

FLECK, A, P, M, et al. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100).** Revista saúde pública, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 198-205, abr. 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo. Atlas. 1991.

JUNG, C. F. **Metodologia Científica – Ênfase em Pesquisa Tecnológica**, 3ª Edição Revisada e Ampliada, 2003.

MEDEIROS, S. M. et al. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 233 - 240, 2006. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm > Acessado em 18/11/2013.

MEIRELLES, Betina Horner Schindwein et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 68-76, jul./set. 2010 Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/397/pdf> > Acesso em: 03/12/12.

MENEGHINI, F.; PAZ, A.A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233. abr/jun 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a02v20n2.pdf>> Acesso em: 26 de julho de 2012.

OLIVEIRA, de A. et al. Qualidade de vida em estudantes de psicologia. **Psicólogo inFormação**, ano 15, n. 15, jan./dez. 2011. Disponível em: <

<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/view/3174>>. Acessado em: 25/11/2013.

OMS – Divisão de Saúde Mental – **Grupo WHOQOL**. Versão em português dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL), 1998.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 79-84.

PASCHOA, S; ZANEI, S.S.V; WHITAKER, I.Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm** 2007; v. 20, n. 3, p. 305 – 10. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a10v20n3.pdf> > Acesso em: 03/12/12.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de Vida no Trabalho**. 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

SANTOS N. C. M. **Urgência e emergência para a enfermagem: do atendimento pré-hospitalar (APH) à sala de emergência**. São Paulo, Iátria, 2007.

SANTOS, M. P. dos; SANTOS, J. C. P. dos. **Qualidade de vida no ambiente de trabalho: um estudo de caso na unidade penitenciária estadual de ponta grossa – Paraná**. v. 15, n. 30, p. 21 - 38, ago./dez. 2011. Disponível em: <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/2857> > Acesso em: 03/12/12.

SOUZA, F.F. **Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos**. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

SOUZA, S.S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 3, p. 449-55, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a05.htm>> Acesso em: 26 de julho de 2012.

STUMM, E. M. F. et al. Avaliação da saúde e qualidade de vida: profissionais de um SAMU. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p.620-7, out./dez. 2009. Disponível em: <www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/.../10855>. Acessado em: 25/11/2013.

TRINDADE, L. L. et al. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 5, p. 684-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/16.pdf>>. Acessado em: 18/11/2013.

The WHOQOL Group (1993). The development of the world health organization quality of life assessment instrument (WHOQOL). In: Orley e kuney W Editors. Quality of life assessment international perspectives. **Proceedings of the joint-meeting organized by the world health organization and the foundation IPSEN**, jul. 1993, p. 41-57.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag; 1994, p. 41-60.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, 1995, v. 41, p. 1403-9.

The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref Quality of Life Assessment 1998. **Psychol Med**, 1998, v. 28, p. 551-8.

VANELLI, C. P.; FREITAS, L. B. Qualidade de vida de pacientes em clínica de hemodiálise em uma cidade brasileira de médio porte. **HU Revista**, v. 37, n. 4, p. 457-462, 2011.

WEHBE, G; GALVÃO, C.M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.9, n.2, 2001.
Disponível em: < http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/46772_5661.PDF > Acesso em: 03/12/12.

APÊNDICE
APÊNDICE A
INSTRUMENTO I
QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

QUESTIONÁRIO N° _____

OCUPAÇÃO:

- MÉDICO (A)**
- ENFERMEIRO (A)**
- TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM**
- CONDUTOR SOCORRISTA**

GÊNERO: **M** - **F**

IDADE: _____ **ANOS**

ESTADO CIVIL:

- SOLTEIRO (A)**
- CASADO (A)**
- VIVENDO COMO CASADO (A)**
- SEPARADO (A)**
- DIVÓRCIADO (A)**
- VIÚVO (A)**

CARGA HORÁRIA DE TRABALHO POR PLANTÃO: _____ **HORAS**

TEMPO DE TRABALHO NO SAMU: _____ **ANOS** – **MESES**

TRABALHA EM OUTRA(S) INSTITUIÇÃO(S): _____

QUAL CARGA HORARIA? _____

ANEXOS
ANEXO A
INSTRUMENTO II
QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

QUESTIONÁRIO

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **O QUANTO** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **QUÃO COMPLETAMENTE** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **QUÃO BEM OU SATISFEITO** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **COM QUE FREQUÊNCIA** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO COM OS PROFISSIONAIS DO SAMU – CAMPINA GRANDE/PB.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO COM OS PROFISSIONAIS DO SAMU – CAMPINA GRANDE/PB terá como objetivo geral **Analisar a QVT dos profissionais de saúde que atuam no SAMU – Campina Grande – PB** Ao voluntário só caberá a autorização para o **questionário de WHOQL-BREF** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (83) 93424135 com Eloíde André Oliveira ou (83) 8833-1501/9624-7717 com Danielle Figueiredo Patricio.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROREITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Dondilcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (9)

Número do parecer: 23139213.8.0000.5187

Pesquisador: Eloide Andre Oliveira

Data da relatoria: 09/10/ 2013

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: "QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO COM OS PROFISSIONAIS DO SAMU CAMPINA GRANDE/PB". Será desenvolvido com fins de elaboração do TCC do Curso de Enfermagem da UEPB.

Objetivo da Pesquisa: Apresenta como objetivo geral: "Analisar a QV dos profissionais de saúde que atuam no SAMU Campina Grande/PB".

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos: Conforme descrição do pesquisador junto a Plataforma Brasil: "Com relação aos riscos, o sujeito da pesquisa não se encontra exposto a nenhum, visto que o instrumento trata-se de um questionário estruturado para análises estatística onde o mesmo não será identificado, em concordância com a resolução CNS 196/96. Benefícios: Os benefícios são vários visto que com o resultado espera-se identificar fatores que podem estar atuando positiva e negativamente na vida dos trabalhadores do SAMU, contribuindo assim para a busca de melhoria e/ou atenuantes para uma qualidade de vida melhor destes profissionais".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A pesquisa trata-se de um estudo sobre a qualidade de vida dos profissionais que atuam no SAMU de Campina Grande - PB. A Qualidade de vida (QV), segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (1998) é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É considerado abstrato, subjetivo e multidimensional por envolver vários aspectos da vida humana tais como: relações sociais, saúde, família, trabalho, meio ambiente, dentre outros. É dinâmico e pode ser influenciado por aspectos culturais, religiosos, éticos e valores sociais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Está de acordo com as normas desse CEP e da Plataforma Brasil, mediante a Resolução 466/12 que rege e disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.