

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VINICIUS FALEIROS MARTINS

ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO PROCESSO DE TRABALHO NA QUALIDADE DE VIDA DOS  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NO SAMU-DF

BRASÍLIA  
2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VINICIUS FALEIROS MARTINS

ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO PROCESSO DE TRABALHO NA QUALIDADE DE VIDA DOS  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NO SAMU-DF

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado, Gestão e Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro.

BRASÍLIA

2019

## FICHA CATALOGRAFICA

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

MM386a

Martins, Vinícius Faleiros  
ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO PROCESSO DE TRABALHO NA  
QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM  
NO SAMU-DF / Vinícius Faleiros Martins; orientador Pedro  
Sadi Monteiro. -- Brasília, 2019.  
114 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --  
Universidade de Brasília, 2019.

1. fluxo de trabalho. 2. qualidade de vida. 3. equipe de  
enfermagem. 4. atendimento pré-hospitalar; estresse  
ocupacional. 5. estresse ocupacional. I. Monteiro, Pedro  
Sadi, orient. II. Título.

VINICIUS FALEIROS MARTINS

ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO PROCESSO DE TRABALHO NA QUALIDADE DE VIDA DOS  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NO SAMU-DF

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília.

Aprovado em 28 de junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

---

Professor Doutor Pedro Sadi Monteiro - Presidente da Banca  
Universidade de Brasília

---

Professora Doutora Dirce Bellezi Guilhem – Membro Efetivo  
Universidade de Brasília

---

Professor Doutor Rinaldo de Souza Neves – Membro Externo  
Escola Superior de Ciências da Saúde

---

Professora Doutora Maria da Glória Lima – Membro Suplente  
Universidade de Brasília

*À pequena Bela, minha filha, dedico este trabalho,  
o esforço empreendido em prol desta conquista e toda minha vida.  
A você que, a cada sorriso, a cada abraço de ternura, a cada “papai” expresso,  
desarma-me completamente e me faz seguir em frente.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por me acompanhar em todos os momentos da minha vida, pelas bênçãos diárias concedidas, e por esta porta que se abriu em um momento especial.

Ao meu orientador, professor Dr. Pedro Sadi Monteiro, por ter me aceitado como orientando mesmo após o início do estudo. Agradeço pela paciência, sabedoria compartilhada, compreensão nos momentos difíceis, e por ser sempre solícito, em todos os momentos de dúvida.

As professoras Dra. Dirce Bellezi Guilhem e Dra. Maria da Gloria Lima, pela gentileza de aceitarem o convite para composição da banca examinadora, bem como por suas contribuições valiosas para o aprimoramento deste trabalho.

A minha família, em especial ao meu pai, Antônio Elias Martins, e a minha mãe, Maria Aparecida Faleiros Martins, que me apoiaram e incentivaram durante todos os percalços da vida, em particular durante minha formação. Em especial, sou grato a minha irmã, Anna Carolina Faleiros Martins, sem a qual não teria chegado até este momento.

A minha esposa, Kamila Andrade Santana Faleiros, pelo companheirismo, incentivo e por compartilhar comigo todas as angústias, medos e alegrias, dando-me força e coragem em todos os momentos.

A minha filha, Isabela Costa Faleiros, por todo carinho e amor, puros e gratuitos.

A todos os familiares e amigos que vibraram comigo e torceram pelo sucesso deste projeto, em meio a tantas tentativas. Em especial, à Raisa, Letícia, Ana Paula e Samuel, pelo incentivo, companheirismo e por sempre acreditarem em mim.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, que, de maneira profissional e responsável, possibilitou a materialização deste sonho.

Aos colegas Djair, Silvana, Sandra, Bruna e Leila, pela parceria durante toda esta caminhada.

Ao colega Suderlan Sabino Leandro, coordenador de curso de Enfermagem do Centro Universitário do Distrito Federal, por ter aberto as portas e o despertar para a docência.

Por fim, aos profissionais de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal, que aceitaram participar da pesquisa e possibilitaram a construção do conhecimento científico apresentado nesta dissertação.

*“Abençoi os que vos perseguem, abençoi e não amaldiçoeis. Alegrai-vos com os que se alegram, chorai com os que choram. Mantende um bom entendimento uns com os outros; não vos deixeis levar pelo gosto de grandeza, mas acomodai-vos às coisas humildes”.*

*(Rm 12,4-16b)*

## RESUMO

**Introdução:** O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) compreende o atendimento pré-hospitalar, que visa atender, encaminhar e transportar, de forma rápida e qualificada, usuários do sistema de saúde em situação de risco. Os profissionais que nele atuam vivenciam um ambiente tenso, que pode ocasionar o comprometimento da saúde, exigindo-lhes conhecimento técnico-científico, segurança e estabilidade emocional, uma vez que experimentam a expectativa de emergência, estresse e prejuízos à qualidade de vida.

**Objetivo:** Conhecer a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional e descritivo, de base epidemiológica do tipo transversal, realizado nas bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal. Foram aplicados quatro questionários a enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em bases de três regiões administrativas do Distrito Federal e na Central de Regulação, quais sejam: Instrumento de Caracterização, Inventário de Estresse dos Profissionais (IEE), Inventário de Reações Fisiológicas ao Estresse (RFE) e o *World Health Organization Quality of Life – bref* (WHOQOL-bref). **Resultados:** A média de idade dos pesquisados, 111 técnicos de enfermagem e 29 enfermeiros, foi de 36 anos. As reações fisiológicas ao estresse aumentam à medida que os agentes estressores no ambiente laboral foram intensificados. Na comparação das reações fisiológicas com os domínios do Inventário de Estresse e WHOQOL-bref, não houve correlação significativa entre as reações fisiológicas ao estresse e os fatores intrínsecos ao trabalho e estrutura e cultura organizacional. Também não houve correlação entre fatores intrínsecos ao trabalho, relações sociais, e estrutura e cultura organizacional com domínio físico e relações sociais. O nível de qualidade de vida dos profissionais foi influenciado pela presença de doença crônica, unidade de atuação e função exercida. **Conclusões:** Identificar os agentes estressores e as reações fisiológicas ao estresse dos profissionais de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência reforçaram as evidências sobre o impacto do processo de trabalho na sua qualidade de vida, especialmente entre os que atuam como técnicos de enfermagem com escolaridade em nível médio, que possuem doença crônica e, neste estudo, atuam na Central de Regulação.

**Palavras-chave:** fluxo de trabalho; qualidade de vida; equipe de enfermagem; atendimento pré-hospitalar; estresse ocupacional.



## ABSTRACT

**Introduction:** The Mobile Emergency Care Service (SAMU) comprises the prehospital care, which aims to quickly and qualifiedly answer, route and transport users of the health system at risk. The professionals who work in it live a tense environment, which can cause health compromise, requiring them technical and scientific knowledge, safety and emotional stability, once they experience the expectation of emergency, stress and damages to the quality of life. **Objective:** To know the quality of life of the nursing professionals who work in the Mobile Emergency Care Service. **Methods:** This is an observational and descriptive study, with a cross-sectional epidemiological basis, performed at the bases of the Mobile Emergency Service of the Federal District. Four questionnaires were applied to nurses and nursing technicians who work in three administrative regions of the Federal District and in the Regulation Center, namely: Characterization Instrument, Occupational Stress Inventory (IEE), Inventory of Physiological Stress Reactions (RFE) and the World Health Organization Quality of Life - brief (WHOQOL-bref). **Results:** The average age of the researchers, 111 nursing technicians and 29 nurses, was 36 years. The physiological reactions to stress increase as stressors in the work environment are intensified. In the comparison of the physiological reactions with the Stress Inventory and WHOQOL-bref domains, there was no significant correlation between the physiological reactions to stress and the factors intrinsic to work and organizational structure and culture. There was also no correlation between factors intrinsic to work, social relations, and organizational structure and culture with physical domain and social relations. The level of quality of life of professionals was influenced by the presence of chronic disease, unit of action and function performed. **Conclusion:** To identify the stressors and stress physiological responses of nursing professionals from the Mobile Emergency Care Service reinforced the evidence on the impact of the work process on their quality of life, especially among those who work as nursing technicians with level education medium, who have chronic disease and, in this study, work in the Regulation Center.

**Keywords:** work flow; life's quality; nursing team; pre-hospital care, professional stress.

## RESUMEN

**Introducción:** El Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) comprende la atención prehospitalaria, que busca atender, encaminar y transportar, de forma rápida y calificada, usuarios del sistema de salud en situación de riesgo. Los profesionales que en él actúan experimentan un ambiente tenso, que puede ocasionar el compromiso de la salud, exigiéndoles conocimiento técnico-científico, seguridad y estabilidad emocional, una vez que experimentan la expectativa de emergencia, estrés y perjuicios a la calidad de vida. **Objetivo:** Conocer la calidad de vida de los profesionales de enfermería que actúan en el Servicio de Atención Móvil de Urgencia. **Métodos:** Se trata de un estudio observacional y descriptivo, de base epidemiológica del tipo transversal, realizado en las bases del Servicio de Atención Móvil de Urgencia del Distrito Federal. Se aplicaron cuatro cuestionarios a enfermeros y técnicos de enfermería que actúan en bases de tres regiones administrativas del Distrito Federal y en la Central de Regulación, que son: Instrumento de Caracterización, Inventario de Estrés de los Profesionales (IEE), Inventario de reacciones fisiológicas al estrés RFE) y la World Health Organization Quality of Life - bref (WHOQOL-bref). **Resultados:** La media de edad de los encuestados, 111 técnicos de enfermería y 29 enfermeros, fue de 36 años. Las reacciones fisiológicas al estrés aumentan a medida que los agentes estresores en el ambiente laboral se han intensificado. En la comparación de las reacciones fisiológicas con los dominios del Inventario de Estrés y WHOQOL-bref, apenas no hubo correlación significativa entre las reacciones fisiológicas al estrés y los factores intrínsecos al trabajo y estructura y cultura organizacional. También no hubo correlación entre factores intrínsecos al trabajo, relaciones sociales, y estructura y cultura organizacional con dominio físico y relaciones sociales. El nivel de calidad de vida de los profesionales fue influenciado por la presencia de enfermedad crónica, unidad de actuación y función ejercida. **Conclusiones:** Identificar los agentes estresores y las reacciones fisiológicas al estrés de los profesionales de enfermería del Servicio de Atención Móvil de Urgencia reforzaron las evidencias sobre el impacto del proceso de trabajo en su calidad de vida, especialmente entre los que actúan como técnicos de enfermería con escolaridad a nivel que tienen una enfermedad crónica y, en este estudio, actúan en la Central de Regulación.

**Palabras clave:** flujo de trabajo; calidad de vida; personal de enfermería; atención prehospitalaria; estrés laboral.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem do SAMU, segundo categoria profissional. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).....	39
Tabela 2 – Consistência interna do questionário de caracterização dos profissionais de enfermagem do SAMU- DF, Brasília, DF, Brasil, 2019 .....	40
Tabela 3 – Análise de correspondência múltipla entre as variáveis de caracterização dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF, Brasília-DF, Brasil, 2019 .....	40
Tabela 4 – Medidas de discriminação das variáveis de caracterização dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF, Brasília-DF, Brasil, 2019.....	41
Tabela 5 – Pontuação dos profissionais de enfermagem no domínio <i>Fatores Intrínsecos ao Trabalho do IEE</i> . Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140).....	45
Tabela 6 – Pontuação dos profissionais de enfermagem no domínio <i>Relações no Trabalho</i> do IEE. Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140).....	46
Tabela 7 – Pontuação dos profissionais de enfermagem no domínio “Papéis Estressores na Carreira” do IEE. Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140).....	47
Tabela 8 – Pontuação dos profissionais de enfermagem no domínio “Estrutura e Cultura Organizacional” do IEE. Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140) .....	48
Tabela 9 – Escore total e dos domínios dos agentes estressores (IEE) dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF, Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140).....	49
Tabela 10 – Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU- DF, segundo a classificação das reações fisiológicas ao estresse, Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140) .....	50
Tabela 11 – Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU- DF, segundo a classificação das reações fisiológicas ao estresse, Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140) .....	51
Tabela 12 – Pontuação média do IEE, RFE e WHOQOL- <i>bref</i> , aplicados aos profissionais de enfermagem, segundo turno de trabalho. Brasília, DF, Brasil, 2019 .....	52
Tabela 13 – Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU- DF, na avaliação da qualidade de vida, Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140).....	53
Tabela 14 – Consistência interna dos questionários de caracterização dos profissionais de enfermagem do SAMU- DF com os questionários IEE, RFE e WHOQOL- <i>bref</i> , Brasília, DF, Brasil, 2019.....	55
Tabela 15 – Análise de correspondência múltipla entre as variáveis de caracterização dos profissionais de enfermagem e a pontuação geral do IEE, RFE e WHOQOL- <i>bref</i> do SAMU-DF, Brasília-DF, Brasil, 2019.....	56
Tabela 16 – Medidas de discriminação das pontuações gerais obtidas pelo IEE, RFE e WHOQOL- <i>bref</i> , Brasília-DF, Brasil, 2019 .....	56
Tabela 17 – Relação entre as médias dos domínios do WHOQOL- <i>bref</i> , IEE e RFE dos profissionais de enfermagem. Brasília, DF, Brasil, 2019.....	64
Tabela 18 – Relação entre as médias dos domínios do WHOQOL- <i>bref</i> , IEE e RFE dos profissionais de enfermagem e as variáveis de caracterização. Brasília, DF, Brasil, 2019.....	65

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU, segundo Função e o Uso de Medicamentos. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).....	42
Figura 2 – Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU, segundo Escolaridade e o Uso de Medicamentos. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140) .....	42
Figura 3 – Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU, segundo Escolaridade e Função. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140). .....	43
Figura 4 – Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU, segundo região de atuação e cor. Brasília, DF, Brasil, 2019 .....	44
Figura 5 – Pontuação total dos agentes estressores, reações fisiológicas e QV dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140). .....	55
Figura 6 – Pontuação total dos agentes estressores dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF, segundo função. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).....	57
Figura 7 – Pontuação total dos agentes estressores dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF, segundo uso de medicamento. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).....	58
Figura 8 – Pontuação das reações fisiológicas ao estresse dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF com e sem doença crônica. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).....	59
Figura 9 – Pontuação das reações fisiológicas ao estresse dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF com e sem doença crônica. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).....	60
Figura 10 – Relação entre as reações fisiológicas de estresse dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF com a presença de agentes estressores no ambiente laboral. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).....	61
Figura 11 – Relação entre as reações fisiológicas de estresse dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF e a variável de caracterização função. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140). ....	61
Figura 12 – Relação entre os agentes estressores dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF e o índice geral de QV. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).....	62
Figura 13 – Relação entre as reações fisiológicas de estresse dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF e o índice geral de QV. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140). .....	63
Figura 14 – Relação entre o índice geral de QV dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF e a variável de caracterização unidade. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140). .....	63
Figura 15 – Relação entre o índice geral de QV dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF e a variável de caracterização função. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140). .....	63

## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Questionário de Caracterização .....	89
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	90

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Inventário de Estresse dos Profissionais .....	93
Anexo B – Inventário de Reações Fisiológicas ao Estresse .....	95
Anexo C – <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)</i> .....	97
Anexo D – Parecer Consubstanciado emitido pelo CEP UnB .....	101
Anexo E - Parecer Consubstanciado emitido pelo CEP-FEPECS .....	109

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APH - Atendimento Pré- Hospitalar

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CBM - Corpo de Bombeiro Militar

CEP - Comitê de Ética em Pesquisas

CFM – Conselho Federal de Medicina

CGUE - Coordenação Geral de Urgência e Emergência

CMR – Central Médica de Regulação

CNSMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

CRAN - *Comprehensive R Archive Network*

CRU- Central de Regulação das Urgências

DF – Distrito Federal

EUA – Estados Unidos da América

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FS - Faculdade de Saúde

GPS- *Global Positioning System*

GM: Gabinete Ministerial

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IEE - Inventário de Estresse dos profissionais

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LER – lesões por esforços repetitivos

MPDS- *Medical Priority Dispatch System*

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCR- Parada Cardio Respiratória

PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências

PRF- Polícia Rodoviária Federal

QV- Qualidade de Vida

RBCE - Rede Brasileira de Cooperação de Emergência  
RFE- Reações Fisiológicas ao Estresse  
SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMUFR- *Service d'Aide Médicale Urgente*  
SAV- Suporte Avançado de Vida  
SBV- Suporte Básico de Vida  
SCNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
SEM- *Emergency Medical Services*  
SES – Secretaria de Estado de Saúde  
SES – Secretaria de Estado de Saúde  
SIATE - Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências  
SIG – Setor de Indústrias Gráficas  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SMUR – *Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation*  
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TARM - Técnicos Auxiliares de Regulação Médica  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UnB – Universidade de Brasília  
USA - Unidade de Suporte Avançado  
USB – Unidade de Suporte Básico  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
VIR- Veículo de Intervenção Rápida  
WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 Histórico do Atendimento Pré-Hospitalar .....	19
2.1.1 O Modelo Americano de APH .....	20
2.1.2 O Modelo Francês .....	20
2.1.3 O Modelo Brasileiro .....	21
2.2 Política Nacional de Atenção às Emergências.....	24
2.4 Organização do SAMU-DF .....	27
2.5 Estresse ocupacional .....	31
2.6 Qualidade de Vida - Padrão de Referência .....	32
3 OBJETIVOS.....	34
3.1 Objetivo Geral.....	34
3.2 Objetivos Específicos .....	34
4 MÉTODOS.....	35
4.1 Tipo de Estudo .....	35
4.2 População do Estudo.....	35
4.3 Instrumentos de Coleta de Dados .....	35
4.4 Procedimentos da Coleta de Dados.....	36
4.5 Análise dos Dados .....	37
4.6 Aspectos Éticos.....	37
5 RESULTADOS .....	38
6 DISCUSSÃO .....	66
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	78
8 REFERÊNCIAS .....	80
APÊNDICES .....	89
ANEXOS.....	93



## 1 INTRODUÇÃO

O crescimento da violência nas cidades, os acidentes de trânsito cada vez mais frequentes, e a precariedade dos serviços na atenção básica (AB) fazem com que haja um aumento considerável na procura pelos serviços públicos de emergência no Brasil. (TAVARES et al., 2017). Estes, no que tange ao atendimento no ambiente pré-hospitalar (APH), criado pela Portaria nº 2.048 do Gabinete Ministerial (GM), em 5 de novembro de 2002, são desempenhados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (VEGIAN; MONTEIRO, 2011).

Com o desígnio de ordenar a assistência à comunidade que necessita de atendimento pré-hospitalar; reduzir o número de mortes; atender de forma rápida e ágil, seja em domicílio, em vias públicas, no trabalho ou onde o paciente vier a precisar; o SAMU passa a ser um componente crucial no atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando suas ações em todo o território nacional (GIARETTA et al., 2012).

Diante dessas demandas, a fim de que o SAMU pudesse ser estabelecido nos municípios e grandes metrópoles do país, o Governo Federal, por meio do Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004, o tornou elemento pré-hospitalar móvel, como parte da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2004). O serviço, então, expandiu-se com um modelo inovador que, além de propiciar um atendimento ágil e qualificado ao usuário em situação de risco, o transporta e o encaminha de forma adequado a locais da rede de saúde (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011; CARRENO; VELEDA; MORESCHI, 2015).

Embora a rápida ação seja crucial para os resultados do atendimento, a assistência pré-hospitalar de emergência não consiste somente em cuidados clínicos, mas também envolve logística, competências de resgate e habilidades de gerenciamento de cena (WILSON et al., 2015).

O'Dwyer (2010) enfatiza que, para o usuário ser atendido com todos os recursos disponíveis, o serviço requer suporte tecnológico, a saber: acesso telefônico gratuito pelo número 192; Central Médica de Regulação (CMR); equipes em ambulâncias especializadas para cada tipo de atendimento; e profissionais de diversas áreas, entre eles o atendente que, ao receber a chamada, a encaminha para o médico regulador; o condutor das ambulâncias; enfermeiros que atuam nas Unidades de Suporte Avançado (USA); e técnicos de enfermagem que prestam atendimento nas Unidades de Suporte Básico (USB).

Ressalta-se que, para Carreno (2015) e seus colaboradores, o APH, quando integrado e realizado por todos esses profissionais capacitados, resulta em qualidade da assistência e também promove a diminuição de complicações, das taxas de morbimortalidade e da superlotação das unidades de emergência com maior complexidade.

Trajano e Cunha (2011) corroboram com os autores e vão além, ao apontarem que as habilidades profissionais da enfermagem, recursos tecnológicos, entrosamento da equipe e treinamento específico influenciam diretamente a qualidade da assistência fornecida. McGilton et al. (2016) reforçam que a realização das práticas qualificadas dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, incluindo avaliações e intervenções que direcionam o cuidado centrado na pessoa, bem como orientação de outros membros da equipe, requer um ambiente de prática profissional que garanta a assistência baseada em evidências, além de preparação adequada, ambiente de apoio e número suficiente de pessoal.

Inserido entre esses profissionais, o enfermeiro, além de gerenciar o atendimento em conjunto com a equipe multiprofissional, tem a função de prestar atendimento em casos de reanimação cardiopulmonar e estabilização de vítimas politraumatizadas, avaliando as necessidades individuais e definindo, com perspicácia, as prioridades de atendimento (TAVARES et al., 2017).

Magnago e colaboradores (2013) enfatizam que os técnicos de enfermagem, mesmo com diferentes exigências de trabalho, têm uma grande responsabilidade em suas atividades diárias. Isso indica que o trabalho da enfermagem, como um todo, envolve muitas demandas, o que tem como consequência jornadas exaustivas de trabalho, regime de plantões, e, logo, desenvolvimento de atividades que levam à sobrecarga física e mental e que podem causar limitações funcionais.

É oportuno ressaltar que os profissionais do APH atuam em ambiente tenso, que em muitos casos leva ao comprometimento da saúde, exigindo-lhes conhecimento técnico-científico, segurança e estabilidade emocional. Isso porque vivenciam a expectativa de emergência, que pode gerar medo do desconhecido, sentimentos limítrofes, contato com a população e até a morte (VEGIAN; MONTEIRO, 2011; MARTINS, SANTOS, 2016).

Diante disso, é fundamental analisar o processo de trabalho de enfermeiros e técnicos de enfermagem e sua influência na qualidade de vida (QV), além dos fatores de estresse desses trabalhadores, uma vez que o ambiente tenso pode interferir diretamente na qualidade da assistência prestada (SILVA; GUIMARÃES, 2016; UMANN; GUIDO; SILVA, 2014).

Segundo Bogaert (2014) e Liliy et al. (2015), apesar da ampla discussão e estudos sobre estresse no trabalho, não há entendimento dos fatores que influenciam sua formação e

desenvolvimento. Pereira et al. (2012) corroboram com os autores ao afirmarem que o conceito de QV é complexo e que, nenhum modelo, conceito ou grau pode ser aplicado a todas as situações.

Pesquisa realizada por Sansoni et al. (2016) concluiu que os recursos organizacionais vistos como nível de autonomia e interação com os colegas são preditores de satisfação no trabalho do enfermeiro e técnico de enfermagem e, conseqüentemente, influenciam a qualidade da assistência.

Cristina et al. (2008) evidenciaram sofrimento psíquico em uma equipe de APH móvel, e constataram que um processo profissional tido como negativo e frustrante pode causar estresse, ansiedade e insegurança durante um evento de parada cardiorrespiratória (PCR). Para os autores, as necessidades dos profissionais que realizam atendimento pré-hospitalar são normalmente perpassadas por situações inesperadas, emoções limítrofes e ambíguas, medo do desconhecido, possibilidade do envolvimento emocional, contato com familiares e populares e até mesmo com a morte, e o trabalho e integração da equipe.

Os resultados de uma revisão integrativa apontaram que os prejuízos à QV dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em urgência e emergência estão relacionados ao seu estresse ocupacional, decorrente da escassez de recursos humanos, à carga horária de trabalho, instalações físicas e recursos materiais inadequados, além de plantões noturnos, interface trabalho-lar, relacionamentos interpessoais, trabalho em clima de competitividade e distanciamento entre teoria e prática (BEZERRA et al., 2012).

Em contrapartida, Mendes et al. (2011) observaram uma baixa incidência de estresse em equipe multiprofissional de um SAMU, pois seus membros utilizavam mecanismos cognitivos ou comportamentais para minimizá-lo e sustentar o equilíbrio interno, fato esse que, segundo os próprios autores, não tem sido comumente encontrado em outros estudos.

Assim, este trabalho se propõe a conhecer a QV e os fatores que levam ao estresse de enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no SAMU do Distrito Federal (DF). Espera-se, com este estudo, promover benefícios diretos para as coordenações do serviço, no sentido de ter informações mapeadas e estruturadas do processo de trabalho dos enfermeiros, e assim, ser capaz de promover estratégias voltadas para a melhoria da QV dessa população.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Histórico do Atendimento Pré-Hospitalar

Historicamente, a maioria dos agravos à saúde, sejam eles de natureza traumática ou não, acontecem fora de ambiente hospitalar. Isso faz com que a sociedade, em geral, e principalmente os profissionais de saúde, organizem-se e estejam cada vez mais preparados e qualificados para o atendimento ao indivíduo em situação de risco, o que possibilita um melhor prognóstico quando o APH é feito de forma eficaz (DOLOR, 2008).

Malvestino (2000) afirma que o APH não é um acontecimento recente e que, por volta de 900 d.C., os anglo-saxões já utilizavam ambulâncias para atendimento às vítimas de guerra. No mesmo sentido, Silva (2010) explica que as guerras do Vietnã e da Coreia, comparadas com a Segunda Guerra Mundial, comprovaram que a rapidez no atendimento, a remoção dos feridos em campo de batalha e a estabilização do paciente durante o transporte reduzem drasticamente os índices de mortalidade.

Entre os anos 1766 e 1842, durante a invasão napoleônica na Itália, o cirurgião francês Jean Larrey treinou soldados para realizar cuidados a feridos para que, ali mesmo, no campo de batalhas, pudessem iniciar os atendimentos e os transportes com rapidez ao hospital. O médico foi considerado pioneiro, assim como o primeiro referido conceito moderno de ambulância, chamado na época de “voadora”, por ser ágil e leve (CHUNG, 2001).

Pode-se afirmar que o atendimento de urgência, mesmo que rudimentar, é o tipo mais antigo de cuidado à saúde do ser humano. Ocorrendo de forma instintiva e, muitas vezes, relacionado ao cuidado materno, até mesmo para a manutenção da espécie nos primórdios da humanidade, esse tipo de atendimento era destinado a acidentados, no próprio local do acidente, durante a caça e nas guerras, por exemplo, e também a indivíduos com saúde afetada, até que chegassem a um local seguro (VAGHETTI et al., 2007; DOLOR, 2008).

Nesse período e mais adiante, quando os problemas de saúde eram tratados por pajés, feiticeiros e sacerdotes, e a cura era vista como dependente da aceitação das oferendas às divindades da época, não havia qualquer divisão do trabalho na saúde ou classificação da assistência (VAGHETTI et al., 2007).

Larrey reconheceu a necessidade de um atendimento rápido e eficaz ao implementar o uso de veículos durante o atendimento e avaliação dos combatentes, a fim de evitar agravamento do quadro e até mesmo a morte (ALMONDES et al., 2016; BEZERRA, 2012;

ROCHA, 2003). A percepção de Larrey corrobora com a premissa do APH nos dias atuais, uma vez que a ocorrência de sequelas significativas depende do suporte imediato, móvel ou fixo, oferecido às vítimas (MINAYO; DESLANDES, 2008).

### **2.1.1 O Modelo Americano de APH**

Por volta de 1904, nos Estados Unidos (EUA), foi criado um serviço de APH móvel denominado Serviço de Emergência Médica (SEM), realizado por um profissional denominado paramédico, que não era graduado em Medicina, mas tinha sua formação em curso com duração de três anos, depois de ter concluído o ensino médio. Na década de 1970, a fim de impulsionar as atribuições dos paramédicos e diminuir o impacto das situações de urgência e emergência na sociedade, alguns desses profissionais foram autorizados a realizar procedimentos avançados de suporte à vida, como intubação orotraqueal, acesso venoso periférico e identificação de ritmos cardíacos, supervisionados a distância por médicos (SILVA et al., 2010). Além do paramédico, a assistência direta ao paciente era realizada por socorristas e profissionais técnicos em emergências médicas (SMITH; CONN, 2009).

Os anos 1900 podem ser considerados uma era moderna de desenvolvimento dos serviços de APH nos EUA, implementados em razão do crescente número de acidentes automobilísticos nas rodovias, das elevadas taxas de morbimortalidade para os padrões culturais, além do impacto de todos esses problemas no orçamento do país. Ao passo que o modelo de atendimento utilizado pelos americanos avançou nos aspectos econômico e tecnológico, o que ocasionou a diminuição de indicadores, também foi ampliado para outros países, como o Reino Unido, Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Singapura e Hong Kong (POZNER et al., 2004).

O modelo americano ficou conhecido mundialmente com uma proposta de remoção rápida do paciente para o local de tratamento definitivo (filosofia “pega e leva” ou *scoop and run*). Nos países que orientam seus serviços por esse modelo, a medicina de urgência é reconhecida como especialidade médica separada das demais, mas pode ser interligada com serviços de segurança pública (AL-SHAQSI, 2010).

### **2.1.2 O Modelo Francês**

O modelo denominado franco-germânico influenciou o atendimento em ambiente pré-hospitalar na maioria dos países europeus, a saber: Grécia, Áustria, Itália, Malta, Espanha e

Portugal. Apesar de forte influência germânica, foi mais difundido na França e sua principal diferença em relação ao modelo americano é que, no primeiro, a vítima é levada ao médico, enquanto, no segundo, o médico é levado à vítima (DICK, 2003).

A gestão do serviço e atendimento, nesse caso, é centralizada na figura do médico com formação acadêmica para realizar suas atribuições fora do âmbito hospitalar. Por esse motivo, as primeiras equipes móveis de reanimação francesas eram denominadas *Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation* (SMUR) (SMITH; CONN, 2009). Em 1968, houve alteração da nomenclatura e se criou o *Service d'Aide Médicale Urgente* (SAMUfr), com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR, por meio de um centro de regulação médica, que recebia todas as chamadas através de um dígito telefônico, denominado número 15 (LOPES; FERNANDES, 1999).

A regulação SAMUfr deveria se manter em contínua comunicação com o Corpo de Bombeiros, cujo número era 18. Além dessas finalidades, o serviço tinha como competência o ensino, capacitação e formação das profissões médicas no âmbito das urgências e outras profissões, incluindo o enfermeiro. O principal objetivo, naquela época, era prestar assistência às vítimas de acidentes automobilísticos e realizar transferências inter-hospitalares de pacientes com disfunções respiratórias, cardíacas e vítimas de trauma (GIROUD, 2016).

Nesse modelo, os médicos possuem total liberdade para tratar os pacientes na cena do atendimento, fazendo com que seja transportado o menor número deles para tratamento em âmbito hospitalar. Essa filosofia se difere do modelo americano, pois tem como premissa *stay and stabilize/play*, que significa fica e estabiliza (SMITH; CONN, 2009).

Não há consenso na literatura sobre o modelo mais eficiente e eficaz quanto aos resultados ou custo-efetividade. Todos são geridos em contextos e realidades distintas e há uma aceitação, por toda a comunidade científica, de que cada sociedade deve optar por um modelo mais apropriado para sua realidade, cultura, poderio financeiro, necessidades prioritárias e objetivos ímpares (AL-SHAQSI, 2010).

### **2.1.3 O Modelo Brasileiro**

No Brasil, o APH teve início a partir da chegada da família Real Portuguesa, em 1808. Entretanto, a primeira lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública foi criada apenas em 1883, quando houve o primeiro registro de ambulância de tração animal, feita pelo Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro, substituída, posteriormente, por modelos motorizados, com atendimento nos moldes da Cruz Vermelha (BEZERRA, 2012).

A responsabilidade médica nos APH se deu através do Serviço Legal da Polícia Civil do estado de São Paulo, em 1893. Em 1910, a presença de médicos nos locais de acidentes e incêndios se tornou obrigatória, com a lei do Senado da República Brasileira de 1904, intitulada “O socorro médico de urgência em via pública”, instituída com a chegada de ambulâncias da Europa, aprovando o APH no Brasil (MARTINS; PRADO, 2003). Com isso, o Corpo de Bombeiros passou a se dedicar ao resgate e salvamento e, a partir de 1980, o APH começou a ser aplicado de forma mais sistematizada em todas as unidades da federação (SILVA et al., 2013).

Nesse período, também foi criado, no estado de São Paulo, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), regulamentado em todo território nacional em 1959, coordenado primeiramente pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, depois, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (MARTINS; PRADO, 2003).

Em um esforço conjunto entre os setores da saúde e da segurança pública, foi criado em 1979 um protocolo de intenções, com o objetivo de atender vítimas de acidente, contando com a participação de bombeiros e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do estado de São Paulo. Essa parceria resultou no Projeto Resgate, em 1989, com veículos de Suporte Básico de Vida (SBV) tripulados por bombeiros, além de Unidades de Salvamento Avançado (USA), que contavam com veículos terrestres e helicópteros (TACAHASHI, 1991).

Em 1990, após o sucesso do serviço em São Paulo, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE), inicialmente na cidade de Curitiba, ainda com as ambulâncias tripuladas pelo Corpo de Bombeiros. Percebe-se que, seguindo outros modelos espalhados pelo mundo, no Brasil, a tendência de atendimento se voltou ao militarismo (MARTINS; PRADO, 2003).

No mesmo ano foi criado, em âmbito nacional, como forma de estruturação do APH, o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas, do MS, que tinha como objetivo diminuir a incidência da morbimortalidade por causas externas, mantendo ao Corpo de Bombeiros a responsabilidade pelo APH às emergências e traumas no âmbito público (MARTINS; PRADO, 2003; O'DWYER et al., 2017).

Em 1993, uma Cooperação Técnica e Científica Franco-Brasileira, intermediada pelo MS e Ministério dos Assuntos Estrangeiros na França, incentivou um amplo debate em nível nacional sobre o APH. Então, foram firmados convênios com alguns municípios brasileiros para que fosse reorganizado o serviço de APH seguindo o modelo francês, com ênfase na regulação médica. Esse serviço foi denominado SAMU, centrado no médico regulador e com

participação de profissionais de enfermagem na assistência direta ao paciente (TANNEBAUM et al., 2001).

Nesse momento, a enfermagem foi inserida no contexto pré-hospitalar, e diversos órgãos, entre eles Conselhos Federais de Medicina (CFM), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CNSMS), governo francês, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Rede Brasileira de Cooperação de Emergência (RBCE), promoveram, no âmbito do SUS, estratégias com vistas a melhorar o serviço de APH no Brasil (MACHADO et al., 2011).

Os esforços resultaram na publicação do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, em 2002, por meio da Portaria nº 2048 do MS, base de estruturação da PANAU (BRASIL, 2002). Publicada 2003 e reformulada em 2011, essa portaria instituiu a Rede de Atenção às Urgências, com a finalidade de integrar os equipamentos de saúde, como também ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência (BRASIL, 2011).

Destaca-se que o atendimento a quadros agudos deve ser prestado em todas as portas de entrada dos serviços do SUS, possibilitando a resolução de parte da demanda e a transferindo, quando necessário e de maneira responsável, para outros serviços de maior complexidade, dentro de um sistema organizado em redes regionais de atenção às urgências (BRASIL, 2011). Assim, o SAMU - 192 passou a ser considerado como responsabilidade do setor saúde, integrante da Rede de Atenção às Urgências do SUS (BRASIL, 2011).

O SAMU foi implantado em todo o território nacional em 2003, com recursos para aquisição de 650 unidades de SBV e 150 de SAV. Foram comprados equipamentos, construídas ou ampliadas 152 centrais de regulação, e reformados 127 laboratórios de ensino em procedimentos de saúde dos Núcleos de Educação em Urgências. Os recursos utilizados foram repassados aos estados e municípios mediante a apresentação de planos municipais ou regionais de atenção integral às urgências; do projeto de implantação do SAMU 192; da implantação das Coordenações Estaduais, Municipais ou Regionais de Urgência; e estruturação do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências (BRASIL, 2002).

Diante desses fatos históricos e da compreensão das características do SAMU, pode-se afirmar que, no Brasil, existem duas modalidades de APH: o serviço do Corpo de Bombeiros e do SAMU 192. O primeiro se configura pela disposição do modelo americano, em que o atendimento direto ao paciente é realizado por bombeiros socorristas, caracterizado pelo SBV, e não há regulação médica (com exceção dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo). O segundo é orientado pelo modelo francês, com a presença de regulação médica, sendo o



provimento do SAV realizado por esses profissionais. Vale informar que, apesar da presença do modelo americano, a profissão de paramédico não está regulamentada no país.

## **2.2 Política Nacional de Atenção às Emergências**

A PNAU foi criada razão da necessidade de reduzir os altos índices de mortalidade em ambiente extra-hospital e organizar o atendimento às demandas de urgência e emergência, com destaque para a violência urbana, suicídios, homicídios e acidentes automobilísticos (BRASIL, 2003).

Conforme informações do MS, as portarias que regulam as redes de urgência e emergência são:

- Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004, que institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências;
- Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgência e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais SAMU-192;
- Portaria nº 2.971/GM/MS, de 8 de dezembro de 2008, que institui o veículo motocicleta, denominado motolância, como integrante da frota de intervenção do SAMU e define critérios técnicos para sua utilização;
- Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS;
- Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a PNAU e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter-federativa, e dá outras providências;
- Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do SAMU e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências;
- Portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013, que altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências;

- Portaria nº 356, de 8 de abril de 2013, que redefine o cadastramento, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao Componente SAMU192 da Rede de Atenção às Urgências;

A PNAU (2003) define o SAMU 192 como

[...] o componente 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, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010 de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, 2012 (BRASIL, 2012, p. 2).

Conforme Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004, do MS, e seguindo o modelo francês de organização, a regulação dos chamados telefônicos pelo 192 é realizada exclusivamente pelos médicos reguladores. As telefonistas auxiliares de regulação atendem a ligação e a encaminham ao médico regulador, que prioriza as necessidades de assistência de urgência, assim como ordena o fluxo de referência e contra referência dentro da rede. Portanto, são responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder às solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de deliberar sobre equipamentos de saúde do sistema, necessários ao adequado atendimento do paciente (BRASIL, 2012).

Essa regulação se baseia em um cuidado humanizado com o paciente que realiza a chamada, o que é uma forma de acolhimento e avaliação. Devem ser priorizadas as chamadas que requerem atendimento com maior urgência, de maneira que a assistência é baseada na necessidade, e os pacientes são classificados em relação à gravidade do quadro que apresentam, e não por ordem de chegada ou de ligação (BRASIL, 2012).

Esse atendimento é pactuado previamente com os gestores locais das diferentes esferas do governo. Além disso, o médico regulador acompanha em tempo real, via rádio, todo o atendimento ao paciente, desde o momento em que a equipe sai do serviço de despacho. Cabe ao médico orientar as equipes que estão in loco nas intervenções e procedimentos necessários para cada caso. A CRM conta com bases descentralizadas por toda a cidade, com equipe e

frota de veículos adequadas às necessidades da população de um município ou região (BRASIL, 2012).

Segundo a Portaria nº 1.010 de 2012 do MS, o planejamento e a implantação da regionalização do SAMU 192 devem ser baseados, prioritariamente, no tempo resposta, que significa “*o tempo tecnicamente adequado entre a ocorrência e a intervenção necessária*”. O MS não estabelece o tempo resposta adequado para os diferentes níveis de urgência ou metas de desempenho.

Os indicadores do SAMU utilizados pelo MS para avaliação do seu funcionamento no Brasil são definidos por essa portaria como:

- Número geral de ocorrências atendidas no período;
- Tempo mínimo, médio e máximo de resposta;
- Identificação dos motivos dos chamados;
- Quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de USA e USB;
- Localização das ocorrências;
- Idade e sexo dos pacientes atendidos;
- Identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;
- Número absoluto e percentual dos pacientes referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.

Ainda de acordo com a Portaria nº 1.010 de 2012, a coordenação do serviço deve ser realizada por profissional da área da saúde, com experiência e conhecimento devidamente comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas. Deve contar, também, com o responsável técnico, médico a quem cabe zelar pelas atividades do serviço médico, e com o responsável pelas atividades de enfermagem.

O SAMU tem capacidade de prover SBV e Suporte Avançado de Vida, sendo que o primeiro é realizado por profissionais de enfermagem (técnico ou auxiliar) e condutor da ambulância, que tem treinamento em SBV. Já a ambulância de SAV é tripulada por três profissionais, sendo eles o médico, o enfermeiro e o condutor do veículo, uma vez que esse tipo de atendimento é de nível avançado.

Além dos veículos terrestres, o SAMU conta com equipe de suporte aeromédico, composta por um médico e um enfermeiro; equipe de embarcação, composta por no mínimo dois ou três profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de SBV; e um médico e um enfermeiro, em casos de SAV. Conta, ainda, com a 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.

As características do SAMU no DF serão expostas a seguir. Vale ressaltar que a estrutura descrita diz respeito à situação encontrada no início da pesquisa, em 2018, de modo que ela pode não apresentar a composição do serviço em 2019.

## **2.4 Organização do SAMU-DF**

Em 2018, o DF contava com uma população estimada de 2.974.703 pessoas, divididas em 34 regiões administrativas. Historicamente, o atendimento às vítimas em ambiente extra-hospitalar foi realizado pelo Corpo de Bombeiros, até a criação do SAMU, em 2004. Nesse ano, a Coordenação Geral de Urgência e Emergência do MS emitiu parecer de mérito favorável à implantação do SAMU 192 no DF, atendendo inicialmente a uma população de 2.648.532 habitantes, incluindo cidades do entorno, localizadas no estado de Goiás (SES-DF, 2016).

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde (SES) (2016), o dinamismo do SAMU possui duas proporções: a assistencial e a reguladora. A dimensão reguladora é realizada na Central de Regulação das Urgências, que fica localizada no Setor de Indústrias Gráficas (SIG) e regula todas as operações do SAMU no DF. Logo, não se trata de um serviço regionalizado, visto que oferece cobertura populacional total no DF e regiões administrativas, funcionando 24 horas durante os sete dias da semana.

Em 2018, no SAMU, além da Central de Regulação, havia um total de 30 USB, sete USA e 22 motolâncias pilotadas por técnicos de enfermagem, habilitadas junto ao MS, conforme Portaria GM/MS nº 1.589, de 8 de setembro de 2005; Portaria GM/MS nº 2.848, de 20 de setembro de 2010; e Portaria GM/MS nº 2.455, de 17 de outubro de 2013 (SES-DF, 2016).

O DF não conta com serviços de atendimento aquático e aéreo, sendo este último realizado em parceria com a Polícia Rodoviária Federal (PRF). Entretanto, Brasília foi a primeira cidade do país a utilizar as bicicletas, equipadas com kits de primeiros socorros e conduzidas por enfermeiros, serviço instituído em 2015 (DISTRITO FEDERAL, 2016).

As equipes assistenciais das ambulâncias localizadas nas bases descentralizadas são compostas por: 389 técnicos de enfermagem, 145 enfermeiros, 173 condutores, 132 médicos e 24 TARMS. Ao todo, o SAMU-DF conta com 960 servidores ativos, incluindo psicólogos,

assistentes sociais, pessoal do administrativo e de manutenção (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Todos esses profissionais estão distribuídos nas bases, descentralizadas por regiões, da seguinte forma: Norte – Planaltina e Sobradinho; Sul – Gama e Santa Maria; Sudoeste 01 – Taguatinga; Sudoeste 02 – Samambaia e Recanto das Emas; Oeste – Ceilândia; Centro Oeste – Plano Piloto e Centro Sul – Gama – Estrutural e Riacho Fundo. Cada equipe da regulação é responsável por uma região ou mais da cidade, sendo os Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM) incumbidos do despacho e comunicação via rádio com as ambulâncias (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Para que a ambulância chegasse mais rapidamente à vítima, em 1979 foi criado por Jeff Clawson, nos EUA, o serviço de despacho, chamado de *Medical Priority Dispatch System* (MPDS). O médico identificou que o despacho imediato de ambulâncias e sua chegada rápida ao local da ocorrência não era a resposta mais adequada para todos os tipos de chamado, pois gerava alto custo e benefícios questionáveis aos pacientes. Além disso, o uso indiscriminado de sinais luminosos, a sirene e a alta velocidade das ambulâncias colocavam em risco a segurança das equipes, dos pacientes e da população (THE EMERGENCY PRIORITY DISPATCH SYSTEMS, 2016).

Esse sistema é utilizado no SAMU-DF, seja para chamadas básicas ou avançadas. Ao realizar ligação para o SAMU, o solicitante é atendido pelo TARM, que se segue o protocolo MPDS por meio de perguntas pré-estabelecidas, como: nome, idade, endereço e queixa principal. Após esse primeiro contato, realizam-se as indicações dadas pelo MPDS. Observando a gravidade do quadro, o atendente transfere a ligação para o médico regulador, que inicia o atendimento com orientações via rádio para o solicitante. Paralelamente, o médico regulador desloca a unidade apropriada à necessidade daquele chamado, que pode ser uma USB, USA, motolância e, adicionalmente, outras forças, como Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Defesa Civil e Corpo de Bombeiros (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Após o acionamento da ambulância apropriada, que é monitorada por GPS, o médico regulador acompanha todas as ocorrências da região sob sua responsabilidade em uma tela de computador. Os profissionais têm acesso a todas as informações coletadas pelos atendentes de telefonia e que são utilizadas na sua avaliação. Além desse procedimento, os médicos reguladores também mantêm contato com as equipes das ambulâncias. Eles são acionados em caso de necessidade de retaguarda técnica pelas equipes e na definição do hospital de referência, para o qual o paciente deverá ser encaminhado (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Ao todo, o SAMU-DF atende a uma média de 500 chamadas diárias, das quais de 250 a 300 são primárias, o que significa um atendimento direto à vítima, no local do evento. Já o atendimento secundário se realiza quando há necessidade de remoção de paciente de um hospital a outro. Em 2018, 50% das chamadas foram de agravos clínicos, como crises convulsivas, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), entre outros; 25% trauma; e 25% de natureza obstétrica e psiquiátrica (DISTRITO FEDERAL, 2016).

O quantitativo de atendimento às vítimas com estes últimos agravos chamou a atenção dos gestores da SES e fez com que o SAMU-DF criasse um núcleo de atendimento às vítimas de agravos psiquiátricos, com unidade e equipe treinada para esse tipo de atendimento (DISTRITO FEDERAL, 2016).

O SBV é composto por técnico/auxiliar de enfermagem e condutor de ambulância, devidamente treinado. O SAV é de responsabilidade do enfermeiro, do médico e do condutor, e abrange um escopo maior de avaliação e de procedimentos do que o SBV, pois inclui alguns procedimentos avançados de vida, como: obtenção de acesso venoso periférico, administração de medicamentos, inserção de máscara laríngea, intubação orotraqueal e ressuscitação cardiopulmonar.

A atuação do enfermeiro é regulamentada institucionalmente pelo SAMU-DF e Conselho Regional de Enfermagem (COREN-DF), por meio do protocolo de APH. Esse profissional, segundo a Lei Federal nº 7.498 de 1986, Lei do Exercício Profissional, é o que privativamente exerce a chefia dos profissionais de enfermagem; planeja, organiza, coordena e avalia os serviços; presta os cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento científico e capacidade de tomar decisões imediatas; além de ser o responsável pelos cuidados a paciente graves e que corram o risco iminente de morte (BRASIL, 1986).

Os profissionais não oriundos da saúde que compõem a equipe do SAMU são TARM, operadores de frota ou rádio operador e condutores. Os TARMs são profissionais do nível básico, capacitados para atender telefonemas na CMR. Já os operadores de frota ou rádio, também de nível básico, são habilitados para operar sistemas de radiocomunicação, além de controlar o sistema operacional da frota de ambulâncias e outros veículos de urgência. Destes, é exigida habilitação profissional, de acordo com o código sanitário, a Regulamentação da PNAU e leis de trânsito vigentes no MS (BRASIL, 2006).

O quadro de pessoal previsto por plantão de 12 horas é constituído pelos seguintes profissionais:

- oito atendentes de telefonia por plantão, com total de 16 atendentes em um período de 24 horas;
- 30 unidades básicas distribuídas em todo o DF, compostas por um técnico de enfermagem, o que totaliza 60 técnicos de enfermagem e 60 condutores por plantão nas ruas;
- sete unidades avançadas em todo o DF, compostas por um médico, um enfermeiro e um condutor, totalizando 14 enfermeiros, 14 médicos e 14 condutores em plantão nas ruas, 24 horas;
- 22 motolâncias pilotadas por técnicos de enfermagem;
- 15 bickelâncias ocupadas por técnico de enfermagem;
- dois veículos de intervenção rápido, ocupado por médico e condutor;
- seis médicos reguladores na Central de Regulação, um total de 12 médicos em 24 horas;
- em média, de 14 a 15 enfermeiros na regulação;
- em média, de 10 a 15 técnicos de enfermagem na regulação médica;
- dois supervisores técnicos – médico e enfermeiro;
- um coordenador geral.

Toda a equipe assistencial de socorristas é distribuída pelos períodos da manhã, tarde e noite, em plantões de 12 horas, das 07:00 às 19:00 horas e das 19:00 às 07:00 horas. Cada servidor cumpre uma carga horária de 20 ou 40 horas semanais, e a quantidade de profissionais de plantão depende dos horários de pico de chamados.

O SAMU-DF tem administração direta do Governo do Distrito Federal (GDF), sendo a SES responsável pelo recrutamento, seleção e constante acompanhamento e capacitação da equipe de pessoas selecionadas por meio de concurso público.

O MS, na esfera federal, repassa as verbas para o governo federal a fim de manter o serviço funcionando. Mensalmente, cada unidade básica recebe R\$ 13.125,00 (treze mil e cento e vinte cinco reais); cada unidade avançada R\$ 38.500,00 (trinta e oito mil e quinhentos reais); a motolância R\$ 7.000,00 (sete mil reais); e o veículo de intervenção rápida, destinado somente ao médico, R\$ 38.500,00 (trinta e oito mil e quinhentos reais) (BRASIL, 2012).

Após a criação e ampliação do SAMU-DF e toda a organização ter se tornado de grande relevância para a população, em 11 de maio de 2016, por meio da Portaria nº 995/GM/MS/2016, houve a suspensão do repasse dos recursos financeiros no valor de R\$ 817.250,00 (oitocentos e dezessete mil e duzentos e cinquenta reais), ao custeio mensal de 30 USB, sete USA e 22 motolâncias, pertencentes à Central de Regulação das Urgências (CRU) do DF.

Esse fato, somado ao aumento populacional do DF, à crescente demanda por serviços de saúde em todos os níveis de atenção, e à insuficiência da gestão do sistema de saúde, compromete a qualidade da assistência e a conformação da rede de atenção à saúde, como previsto na Lei nº 808, de 1990. Os profissionais inseridos nesse contexto absorvem os problemas relacionados ao financiamento do setor e, considerando a excessiva carga de trabalho e estresse das atribuições diárias, podem ter sua QV comprometida com o aumento de agentes estressores e reações fisiológicas a eles.

## **2.5 Estresse ocupacional**

As dificuldades encontrada pelos profissionais de enfermagem durante a busca pelo reconhecimento profissional, a partir da qualidade dos resultados da assistência prestada ou do alcance do status social da profissão, têm gerado consequências no desempenho das funções e até mesmo em aspectos pessoais e de saúde dos indivíduos. Justifica-se pela característica intrínseca da profissão, definida por Stacciarini e Tróccoli (2001) como “indefinição do papel profissional”, versada como mais um elemento estressor da profissão.

Andrade e Siqueira Junior (2014) defendem que em os profissionais de saúde que atuam em determinadas áreas estão, aparentemente, mais expostos a fatores estressantes, tais como os que atuam em serviços de assistência de urgência e emergência.

Os resultados de um estudo de revisão permitiu encontrar correlações entre Síndrome de Burnout e o trabalho na enfermagem. Para os autores do estudo, a origem de tal síndrome, a partir das condições de desenvolvimento do estresse ou até mesmo dos riscos à que os profissionais de enfermagem estão submetidos, devem estar ligadas ao adoecimento das equipes e consequente atuação dos profissionais e organização de saúde em que atuam (RUBACK et al., 2018).

Os fatores responsáveis por situações de estresse relacionado ao trabalho na enfermagem, segundo Schmidt et al. (2009), incluem a pressão exercida pela organização, a exigência de alta produtividade, ao baixo contingente de trabalhadores, à pressão do tempo e o aumento da complexidade das tarefas, além de expectativas frustradas e as relações de trabalho que, quando tensas e precárias, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional.

Schmidt et al., (2009) destacam ainda que além de contribuir para o estresse ocupacional, a ausência de controle sobre o próprio trabalho e de medidas de enfrentamento,



frequentemente contribuem para o aumento de sentimento de insatisfação profissional, que pode interferir na QV dos profissionais.

## 2.6 Qualidade de Vida - Padrão de Referência

Segundo Almeida et al. (2012), a presença da QV é facilmente percebida pela sociedade contemporânea, e foi incorporada ao vocabulário popular com várias formas de conotação. Observa-se que existe um consenso de que é algo bom falar em QV, mesmo sem se definir exatamente do que se trata.

A concepção da QV abrange inúmeros campos do conhecimento humano, como o biológico, social, político, econômico e médico, em uma constante inter-relação. Por ser uma área de pesquisa considerada recente, encontra-se em processo de afirmação de fronteiras e conceitos, por isso, definições sobre o termo são comuns, mas nem sempre concordantes. Além do mais, seus significados podem ser amplos, como tentativa de abarcar os inúmeros fatores que a influenciam; ou restritos, delimitando alguma área específica (ALMEIDA et al., 2012).

O conceito de QV mais amplamente aceito é o descrito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998, que a pontua como *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*.

Outros autores, como Minayo, Hartz e Buss (2000) conceituaram QV como uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética da existência. Mas, independente do conceito adotado, é consenso que o interesse e a discussão sobre a QV têm aumentado, uma vez que sua mensuração favorece o alcance de melhores resultados por meio de condutas que visam a promoção e proteção da saúde dos indivíduos, da família e da coletividade (LANDEIRO, 2011).

Além de complexo e dinâmico, o processo de trabalho em saúde é constantemente influenciado pelas mudanças socioeconômicas, políticas e tecnológicas, principalmente em virtude das exigências laborais que sobrecarregam os riscos ocupacionais (RIBEIRO et al., 2018). Tendo isso em vista, neste estudo, busca-se conhecer a QV de profissionais de enfermagem que atuam em serviço de urgência, e as influências que os agentes estressores e sintomas fisiológicos exercem sobre sua QV.

Nesse aspecto, um dos poucos consensos identificados é em relação à necessidade de que os profissionais estejam conscientes de sua realidade, para que possam adotar estratégias de atendimento durante o processo de trabalho, intrinsecamente estressante e desgastante, não apenas nesta especialidade, mas também nas mais diversas áreas da saúde (BARBOSA et al., 2018).

Destaca-se que, apesar da prevalência de insatisfação com a QV de profissionais de enfermagem, há de se adotar medidas de controle para redução de danos. Nesse sentido, espera-se que haja preservação da QV no trabalho a partir do controle de demandas psicológicas, uma vez que, em situações de descontrole, como estresse elevado, ansiedade, sobrecarga de trabalho, ritmo acelerado ou baixo apoio social, as repercussões negativas sobre a QV dos trabalhadores podem ser apenas amenizadas, mas não eliminadas (AZEVEDO et al., 2017).

Logo, considerar o uso rotineiro de questionários sobre QV no ambiente laboral, apropriando-se de avaliações sistemáticas dos resultados, pode contribuir para a superação de modelos de atendimento predominantemente capitalistas, que negligenciam o processo de trabalho como influenciador das condições de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral**

Conhecer a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam no SAMU-DF.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil sociodemográfico e situação de saúde dos profissionais;
- Identificar a presença de possíveis agentes estressores e respostas fisiológicas; e
- Analisar a influência do estresse na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Tipo de Estudo

Este se trata de um estudo observacional e descritivo, de base epidemiológica do tipo transversal (PEREIRA, 2010), realizado nas bases do SAMU-DF.

Em 2014, existiam 25 bases do SAMU, distribuídas em 10 regiões administrativas. Todavia, em 2015, após a implementação do Programa de Gestão Regional em Saúde, foram estabelecidas apenas seis regiões: Sul, Sudoeste, Centro-Sul, Norte, Centro-Norte e Leste. Este estudo foi realizado nas regiões Sudoeste (Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas), Oeste (Ceilândia e Brazlândia) e Centro-Sul (Asa Sul, Lago Sul, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Guará, ParkWay e Candangolândia).

### 4.2 População do Estudo

A constituição da população pesquisada ocorreu por meio da técnica de amostragem por conveniência, que elegeu enfermeiros e técnicos de enfermagem lotados nas bases das regiões supracitadas do SAMU, por serem populosas e apresentarem diferentes características socioeconômicas.

Considerando que a estimativa populacional de enfermeiros e técnicos de enfermagem do SAMU nessas regiões foi de 160, foram coletados dados de 140 profissionais (87,5%) que estavam atuando no período da coleta de dados, sendo 111 técnicos de enfermagem e 29 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma: região Centro-Sul: 24 técnicos de enfermagem e seis enfermeiros; Oeste: 34 técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros; Sudoeste: 27 técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros; e Central de Regulação: 26 técnicos de enfermagem e 13 enfermeiros.

### 4.3 Instrumentos de Coleta de Dados

Foram utilizados quatro instrumentos de coleta de dados. O primeiro (APÊNDICE A), elaborado pelos pesquisadores, contém as seguintes variáveis: idade, cor, sexo, doença crônica, uso de medicamento, escolaridade, tempo de atuação, carga horária e turno. Os demais instrumentos foram:

a) Inventário de Estresse dos profissionais (IEE) (ANEXO A): aborda questões sobre a presença de agentes estressores na profissão. É apresentado em uma escala *Likert*, com 44 itens, com resposta de intensidade 1 (*nunca*) e 5 (*sempre*). Compõe-se de três fatores específicos, quais sejam: relações interpessoais, papéis estressores na carreira e fatores intrínsecos ao trabalho, além de um fator de segunda ordem, que é a estrutura e cultura organizacional. Cada fator pode atingir a pontuação máxima de 55 pontos e a soma total pode variar de 44 a 220 pontos. Quanto mais altos os escores obtidos, mais elevados os índices de tensão no ambiente de trabalho (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2000).

b) Inventário de Reações Fisiológicas ao Estresse (RFE) (ANEXO B): permite a identificação dos sintomas fisiológicos de resposta ao estresse. Consiste em 39 sintomas selecionados ao estresse para pontuar, por meio de uma escala tipo *Likert*: *nunca* (1), *raramente* (2), *às vezes* (3), *frequentemente* (4) e *constantemente* (5). A somatória indica os sintomas fisiológicos de resposta ao estresse, sendo utilizados os seguintes pontos de corte: de 0-75: baixos sintomas; 76-100: sintomas moderados; 101-150: altos sintomas; > 150: sintomas excessivos de resposta ao estresse (EBEL et al., 1983, adaptado por GREENBERG, 2002).

c) *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)* (ANEXO C): compreende a versão abreviada do WHOQOL-100 e é constituído de 26 perguntas, sendo que primeira se refere à qualidade de vida, de modo geral, e a segunda à satisfação com a própria saúde. As respostas seguem uma escala de *Likert* (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Além dessas, o instrumento possui outras 24 facetas que compõem quatro domínios, a saber: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1998).

#### **4.4 Procedimentos da Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada no intervalo entre os atendimentos, por seis assistentes de pesquisa, distribuídos em duplas nas três bases e na Central de Regulação, após acordo prévio do pesquisador com os coordenadores das bases. Os instrumentos foram entregues aos participantes para preenchimento, mas os assistentes estavam à disposição para orientá-los e elucidar eventuais dúvidas. Os dados foram coletados nos três turnos (manhã, tarde e noite), de 18 de dezembro de 2018 a 03 de fevereiro de 2019.

#### 4.5 Análise dos Dados

Após a coleta, os dados foram inseridos e armazenados em planilha Excel® para análise, utilizando-se a técnica de duplo preenchimento da planilha para validação dos mesmos. Depois disso, foram realizadas análises estatísticas descritivas de frequência e percentual para as variáveis qualitativas, e também de medidas de tendência central (média e mediana).

Para estimar a confiabilidade interna dos questionários, foi realizada a análise de consistência interna Alfa de *Cronbach*, com coeficiente considerado aceitável acima de 0,70. Para verificar a correlação entre as variáveis de caracterização, foi realizada a análise fatorial de correspondência múltipla, baseada no teste Qui-Quadrado.

No comparativo de cada domínio do WHOQOL-*bref* e IEE com as variáveis de caracterização, foram utilizados os testes de *Mann-Whitney*, *Spearman* e *Kruskall-Wallis*. Para verificar as relações das RFE com as variáveis de caracterização, foram utilizados os testes de *Kruskall-Wallis* e Qui-Quadrado. Para a comparação dos domínios dos questionários e do escore do RFE entre si, foi realizado o teste de hipótese U de *Kruskal-Wallis*, teste de correlação e *Spearman*.

O cálculo do escore do WHOQOL-*bref* foi obtido com o uso da sintaxe proposta pelo grupo WHOQOL, por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 2.0*. O valor de  $p < 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ) foi adotado como nível de significância para todos os testes e a linguagem de programação R, por meio do *software Comprehensive R Archive Network (CRAN)*, foi utilizada para a análise dos dados.

#### 4.6 Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da SES do DF. A coleta de dados ocorreu após a aprovação dos CEP, conforme Parecer nº 2.975.430 da UnB e CAAE: 96586718.0.0000.00.30 (ANEXO D), e parecer nº 2.994.075 e CAAE: 96586718.0.3001.55.53 da FEPECS (ANEXO E), além da anuência dos participantes da pesquisa, por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Desse modo, foram respeitados os princípios éticos em pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466 de 2012 (BRASIL, 2012).

## 5 RESULTADOS

Os questionários de caracterização WHOQOL-*bref*, IEE e RFE foram aplicados a todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem que compõem as equipes das regiões Centro-Sul, Oeste e Sudoeste, bem como a Central de Regulação. Na ocasião da coleta de dados, 20 profissionais estavam de férias, folga ou licença, de modo que a amostra se compôs de 140 participantes, o que corresponde a 87,5% dos profissionais.

Buscando atender ao primeiro objetivo específico da pesquisa, que é *descrever o perfil sociodemográfico e situação de saúde dos profissionais*, segue a apresentação e descrição dos dados.

Verifica-se que, na distribuição, a maioria dos técnicos e enfermeiros, 81 deles, estava na faixa etária entre 29 e 36; seguidos por 42 com idade de 37 a 44 anos; enquanto na faixa etária de 45 a 52 anos verificou-se 10 e 2, respectivamente; e com idade entre 53 e 60 anos havia dois em cada categoria. Entre os técnicos de enfermagem, 53 (37,86%) eram homens e 58 (41,43%) mulheres, enquanto entre os enfermeiros havia 12 (8,56%) homens e 17 (12,14%) mulheres. A maioria dos profissionais de enfermagem, 46 (32,86%), declararam ser brancos, enquanto 42 (30%) optaram por não informar sua cor.

Quanto à presença de doença crônica, apenas 22 (15,71%) informaram alguma doença (hipertensão arterial, enxaqueca, diabetes mellitus, bursite e tendinite), e a maioria dos profissionais, 112 (80%), disse trabalhar 40 horas semanais no SAMU.

Na Tabela 1, a seguir, são apresentadas as variáveis *uso de medicação* e *escolaridade*. Destaca-se a escolaridade de 24 (17,14%) profissionais, que, embora atuassem como técnicos de enfermagem, possuíam alguma formação em nível superior no momento da coleta de dados.

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem do SAMU, segundo categoria profissional. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

	Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Faixa Etária</b>						
29 a 36	64	57,66	17	58,62	81	57,86
37 a 44	34	30,63	8	27,59	42	30,00
45 a 52	10	9,01	2	6,90	12	8,57
53 a 60	2	1,80	2	6,90	4	2,86
Não respondeu	1	0,90	0	0	1	0,71
<b>Cor</b>						
Branca	36	25,71	10	7,14	46	32,86
Preta	15	10,71	4	2,86	19	13,57
Amarela	3	2,14	3	2,14	6	4,29
Parda	23	16,43	4	2,86	27	19,29
Não respondeu	34	24,29	8	5,71	42	30,00
<b>Sexo</b>						
Masculino	53	37,86	12	8,57	65	46,43
Feminino	58	41,43	17	12,14	75	53,57
<b>Doença Crônica</b>						
Sim	17	12,14	5	3,57	22	15,71
Não	94	67,14	24	17,14	118	84,29
<b>Uso de medicamento</b>						
Sim	15	10,71	7	5	22	15,71
Não	96	68,57	22	15,71	118	84,29
<b>Escolaridade</b>						
Ens.Médio	87	62,14	0	0	87	62,14
Ens.Superior	24	17,14	29	20,71	53	37,86
<b>Carga Horária</b>						
20 horas	18	12,86	2	1,43	20	14,29
40 horas	86	61,43	26	18,57	112	80
60 horas	0	0,00	0	0,00	0	0
80 horas	5	3,57	0	0,00	5	3,57
Não respondeu	1	0,71	2	1,43	3	2,14
<b>Total Geral</b>	<b>111</b>	<b>79,29</b>	<b>29</b>	<b>20,71</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pelo autor.

A análise de consistência interna Alfa de *Cronbach* foi utilizada no questionário de caracterização para estimar sua confiabilidade interna. Foi considerado o valor de correlação de cada item com o total, para medir a consistência do construto. Quanto maior o valor, maior a consistência interna e a confiabilidade do questionário, ou maior a congruência entre os itens, o que indica a homogeneidade na medida. O coeficiente de *Cronbach* foi considerado aceitável acima de 0,70.

Na Tabela 2 é mostrada a consistência interna relativa à caracterização dos profissionais.



**Tabela 2** - Consistência interna do questionário de caracterização dos profissionais de enfermagem do SAMU- DF, Brasília, DF, Brasil, 2019.

Dimensão	Alfa de <i>Cronbach</i>	Variância contabilizada para	
		Total (autovalor)	Inércia
1	0,75	3,17	0,29
2	0,72	2,87	0,26
Total		6,04	0,55
Média	0,74	3,02	0,27

Fonte: Elaborada pelo autor.

É possível perceber, a partir dos valores do Alfa de *Cronbach*, que há boa e aceitável consistência interna no questionário de caracterização dos profissionais de enfermagem.

Na Tabela 3 é apresentada a correlação entre variáveis de caracterização. A própria análise fatorial de correspondência múltipla apresenta uma matriz de correlações no contexto do perfil multivariado. Destaca-se que esta análise se baseia no teste Qui-Quadrado, e as relações que apresentam valores em negrito foram consideradas significantes por apresentarem  $p < 0,05$ .

**Tabela 3** - Análise de correspondência múltipla entre as variáveis de caracterização dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF, Brasília-DF, Brasil, 2019.

	Unidade	Faixa etária	Cor	Sexo	Doença crônica	Medicamento	Função	Escolaridade	Tempo de atuação	Carga horária	Turno
Unidade	<b>1,00</b>	<b>0,35</b>	<b>0,80</b>	0,09	<b>0,50</b>	0,18	-0,01	0,15	<b>0,30</b>	<b>0,33</b>	<b>0,57</b>
Faixa etária	<b>0,35</b>	<b>1,00</b>	0,28	-0,12	0,09	-0,09	-0,02	0,22	-0,02	0,10	<b>0,26</b>
Cor	<b>0,80</b>	0,28	<b>1,00</b>	0,04	<b>0,41</b>	0,24	0,02	-0,06	<b>0,34</b>	0,27	<b>0,45</b>
Sexo	0,09	-0,12	0,04	<b>1,00</b>	0,05	0,13	-0,05	-0,17	0,10	-0,03	0,09
Doença crônica	<b>0,50</b>	0,09	<b>0,41</b>	0,05	<b>1,00</b>	<b>0,62</b>	-0,02	0,05	<b>0,35</b>	0,10	<b>0,40</b>
Medicamento	0,18	-0,09	0,24	0,13	<b>0,62</b>	<b>1,00</b>	-0,12	-0,23	0,16	-0,06	0,16
Função	-0,01	-0,02	0,02	-0,05	-0,02	-0,12	<b>1,00</b>	<b>0,65</b>	0,00	0,11	0,02
Escolaridade	0,15	0,22	-0,06	-0,17	0,05	-0,23	<b>0,65</b>	<b>1,00</b>	-0,05	0,03	0,20
Tempo de atuação	<b>0,30</b>	-0,02	<b>0,34</b>	0,10	<b>0,35</b>	0,16	0,00	-0,05	<b>1,00</b>	0,22	0,19
Carga horária	<b>0,33</b>	0,10	0,27	-0,03	0,10	-0,06	0,11	0,03	0,22	<b>1,00</b>	0,10
Turno	<b>0,57</b>	<b>0,26</b>	<b>0,45</b>	0,09	<b>0,40</b>	0,16	0,02	0,20	0,19	0,10	<b>1,00</b>

Fonte: Elaborada pelo autor.

De acordo com a Tabela 3, a variável *unidade* apresenta relação forte com a maioria das variáveis de caracterização, especialmente com a *cor*. Esta, por sua vez, possui relação

alta com a variável *turno*; ao passo que a variável *função* possui alta relação com a variável *escolaridade*; a variável *uso de medicamento* possui alta relação com possuir *doença crônica* e, esta com *turno*.

Na Tabela 4 são apresentadas as medidas de discriminação, análise fatorial que buscou identificar a importância de cada variável para uso na análise multivariada, posteriormente.

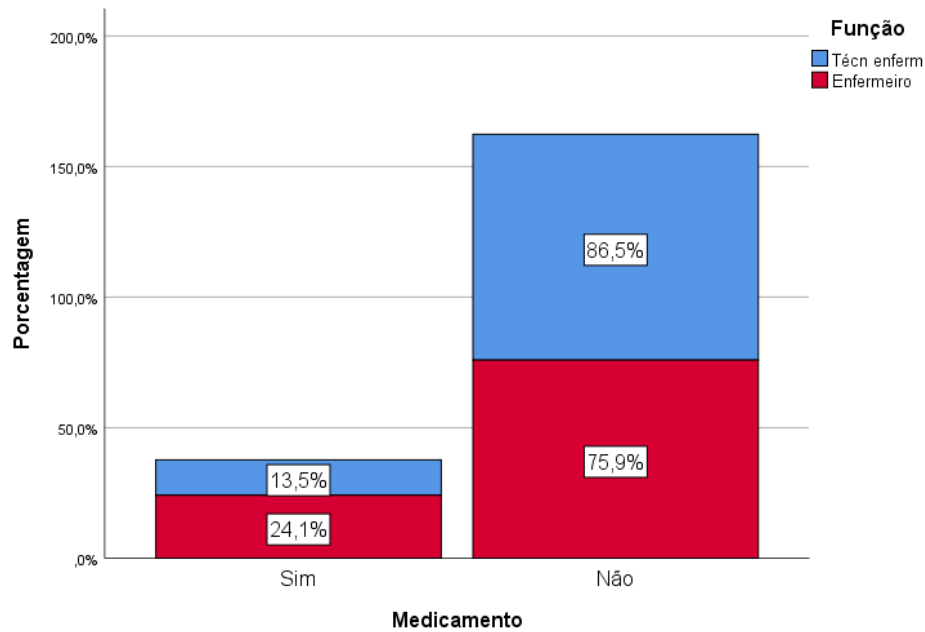
**Tabela 4** - Medidas de discriminação das variáveis de caracterização dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF, Brasília-DF, Brasil, 2019.

Variável	Dimensão		Análise Fatorial
	1	2	
Unidade	0,78	0,59	0,69
Turno	0,47	0,42	0,44
Cor	0,67	0,09	0,38
Tempo de atuação	0,24	0,32	0,28
Doença crônica	0,53	0,03	0,28
Escolaridade	0,01	0,54	0,28
Faixa etária	0,13	0,36	0,24
Medicamento	0,19	0,21	0,20
Carga horária	0,13	0,13	0,13
Sexo	0,01	0,09	0,05
Função	0,00	0,09	0,05

Fonte: Elaborada pelo autor.

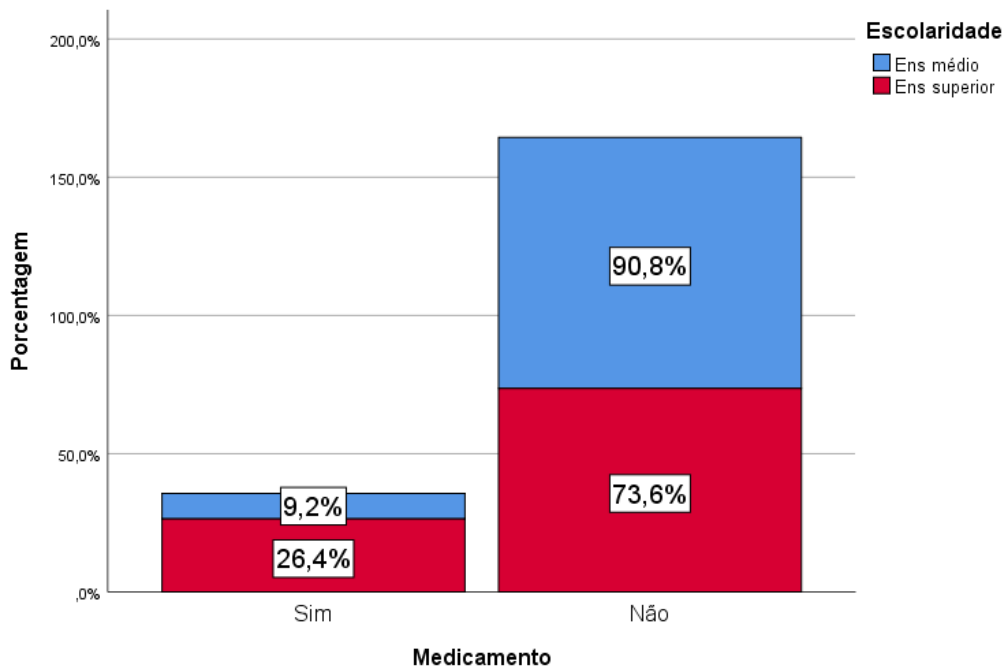
A variáveis *carga horária*, *sexo* e *função* variaram pouco e possuem pouca relação com alguma outra variável de caracterização, nesta análise. Contudo, a variável *função* será mantida nos gráficos bivariados a seguir, em razão de sua importância teórica.

A seguir, as figuras 1, 2, 3, 4 e 5 apresentam os cruzamentos entre as variáveis que apresentam maiores correlações. A variável *turno* será apresentada posteriormente, buscando sua relação com a presença de agentes estressores e QV.



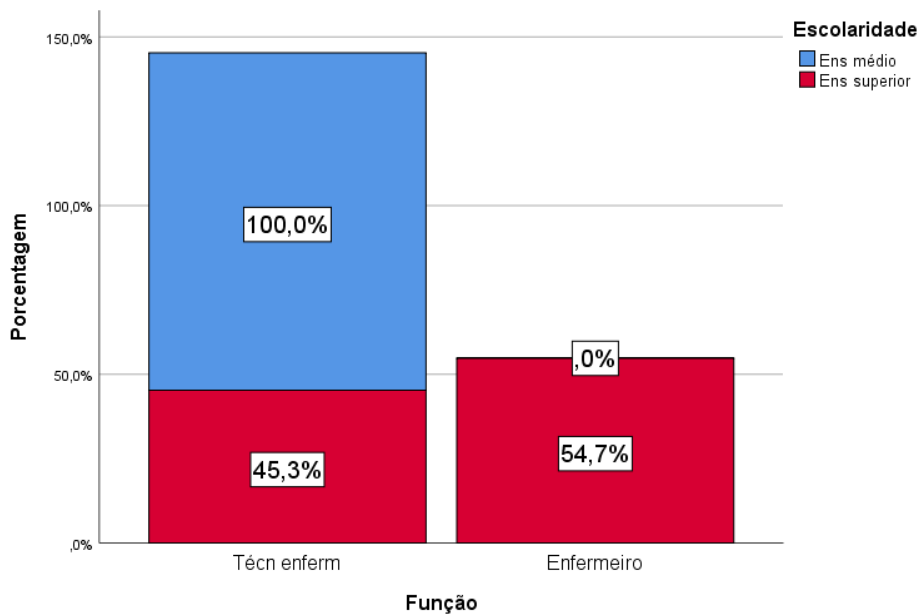
**Figura 1** - Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU, segundo Função e o Uso de Medicamentos. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

De acordo com a Figura 1, é possível perceber que, proporcionalmente, o uso de medicamentos – como antipsicóticos, anti-hipertensivos, vasodilatadores, analgésicos, antidepressivos, ansiolíticos e medicamentos para controle de diabetes – é mais frequente entre os enfermeiros que entre os técnicos de enfermagem.



**Figura 2** - Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU, segundo Escolaridade e o Uso de Medicamentos. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

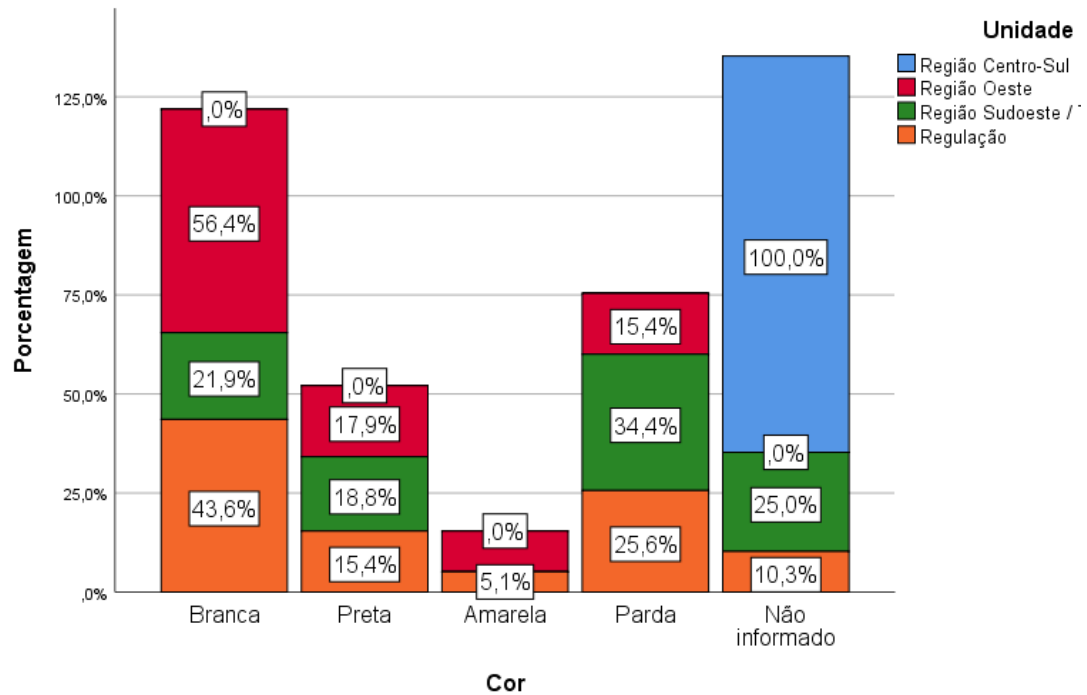
A relação entre as variáveis *medicação* e *escolaridade* foi alta e, portanto, apresentada na Figura 3. Observa-se que entre as pessoas que cursaram até o ensino médio, 9,2% usavam medicamento; e entre os que cursaram ensino superior, 26,4%. Esses dados não estão em conformidade com os da Figura 2, uma vez que, conforme já mencionado anteriormente, foram encontrados profissionais de enfermagem que, embora atuassem como técnicos, possuíam grau superior de escolaridade. A Figura 3, que apresenta a relação entre *escolaridade* e *função*, evidencia esses dados.



**Figura 3** - Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU, segundo Escolaridade e Função. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

Conforme mencionado anteriormente, 45% dos técnicos de enfermagem do SAMU cursaram algum curso de nível superior de ensino. Por se tratar de um achado inesperado, não foi questionado aos participantes de que curso se trata e, mesmo que seja graduação em Enfermagem, a função do profissional no SAMU permanece sendo a de técnico de enfermagem.

Outra importante relação verificada entre as variáveis de perfil foi entre *cor* e *unidade*. Os profissionais da região Centro-Sul não informaram o quesito *cor* no questionário de caracterização. Já nas unidades Oeste e Central de Regulação, houve predomínio de profissionais que se auto declararam brancos; e, na região Sudoeste, pretos e pardos.



**Figura 4** - Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU, segundo região de atuação e cor. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Para responder ao segundo objetivo deste estudo, que é *identificar a presença de agentes estressores e possíveis respostas fisiológicas*, são apresentadas as seguintes análises, elaboradas por meio de estatística descritiva e inferencial.

Para a análise dos agentes estressores ocupacionais dos profissionais de enfermagem, foram considerados os itens dos quatro domínios do IEE, a saber: *fatores intrínsecos ao trabalho; relações no trabalho; papéis estressores da carreira; e estrutura e cultura organizacional*. A avaliação dos resultados de cada domínio considera os valores das respostas que variam de 1 a 5, sendo 1 (*nunca*), 2 (*raramente*), 3 (*algumas vezes*), 4 (*muitas vezes*) e 5 (*sempre*).

Na Tabela 5 são apresentados os agentes estressores inerentes ao trabalho dos profissionais de enfermagem, no domínio *fatores intrínsecos ao trabalho*.

**Tabela 5** - Pontuação dos profissionais de enfermagem no domínio *Fatores Intrínsecos ao Trabalho do IEE*. Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140).

Afirmações	Nunca n (%)	Raramente n (%)	Algumas vezes n (%)	Muitas vezes n (%)	Sempre n (%)
Fazer esforço físico para cumprir o trabalho	9 (6,4)	15 (10,7)	70 (50,0)	37 (26,4)	9 (6,4)
Desenvolver atividades além da minha função ocupacional	18 (12,8)	43 (30,7)	45 (32,1)	31 (22,1)	3 (2,1)
Cumprir na prática uma carga horária maior	21 (15)	37 (26,4)	46 (32,9)	31 (22,1)	5 (3,6)
Levar serviço para fazer em casa	45 (32,1)	36 (25,7)	31 (22,1)	23 (16,4)	5 (3,6)
Falta de material necessário ao trabalho	10 (7,2)	38 (27,1)	39 (27,9)	42 (30,0)	11 (7,9)
Falta de recursos humanos	13 (9,2)	45 (32,1)	41 (29,3)	37 (26,4)	4 (2,9)
Trabalhar em instalações físicas inadequadas	21 (15)	33 (23,6)	39 (27,9)	41 (29,3)	6 (4,3)
Trabalhar em horário noturno	24 (17,1)	32 (22,9)	25 (17,9)	47 (33,6)	12 (8,6)
Trabalhar em ambiente insalubre	19 (13,5)	30 (21,4)	40 (28,6)	36 (25,7)	15 (10,7)
Executar Procedimentos Rápidos	10 (7,1)	29 (20,7)	38 (27,1)	42 (30,0)	21 (15,0)
Receber este salário	13 (9,2)	19 (13,6)	46 (32,9)	29 (20,7)	33 (23,6)

Fonte: Elaborada pelo autor.

A primeira afirmação, *fazer esforço físico para cumprir o trabalho*, foi percebida por 79 (50%) profissionais como sendo um agente estressor *algumas vezes*; e por 37 (26,4%) *muitas vezes*. Sobre o item *desenvolver atividades além da minha função ocupacional*, 45 (32,1%) participantes consideraram um agente estressor *algumas vezes*, enquanto 43 (30,7%) o consideraram *raramente*; a *falta de material necessário ao trabalho* foi considerada *muitas vezes* um agente estressor por 42 (30%) profissionais; o item *executar procedimentos rápidos* foi apontado por 42 (30%) participantes como agente estressor *muitas vezes*; e *receber este salário* foi descrito por 46 (32,9%) profissionais *algumas vezes* como um agente estressor.

A seguir, será apresentada a pontuação do domínio *relações no trabalho*, que descreve, principalmente, as relações interpessoais. O relacionamento com colegas, bem como o atendimento aos familiares e a um grande número de pacientes, foram aspectos apontados pelos profissionais como sendo agentes estressores no trabalho.

**Tabela 6** - Pontuação dos profissionais de enfermagem no domínio *Relações no Trabalho do IEE*. Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140).

Afirmações	Nunca n (%)	Raramente n (%)	Algumas vezes n (%)	Muitas vezes n (%)	Sempre n (%)
------------	----------------	--------------------	---------------------------	--------------------------	-----------------

Começar em uma função nova	17 (12,1)	34 (24,3)	57 (40,7)	31 (22,1)	1 (0,7)
Conciliar as questões profissionais com as familiares	11 (7,8)	18 (12,9)	45 (32,1)	49 (35,0)	17 (12,1)
Trabalhar com pessoas despreparadas	20 (14,3)	41 (29,3)	43 (30,7)	34 (24,3)	2 (1,4)
Relacionamento com os colegas enfermeiros	14 (10)	19 (13,6)	47 (33,6)	50 (35,7)	10 (7,1)
Relacionamento com a equipe médica	11 (7,8)	21 (15,0)	56 (40,0)	42 (30,0)	10 (7,1)
Relacionamento com a chefia	15 (10,7)	43 (30,7)	48 (34,3)	26 (18,6)	8 (5,7)
Trabalhar em equipe	15 (10,7)	24 (17,1)	29 (20,7)	44 (31,4)	28 (20,0)
Prestar assistência a pacientes graves	10 (8,5)	12 (8,6)	43 (30,7)	48 (34,3)	25 (17,9)
Atender familiares de pacientes	8 (5,7)	20 (14,3)	61 (43,6)	31 (22,1)	20 (14,3)
Ensinar o Aluno	36 (25,8)	41 (29,3)	37 (26,4)	20 (14,3)	6 (4,3)
Atender um número grande de pessoas	13 (9,3)	16 (11,4)	64 (45,7)	32 (22,9)	15 (10,7)

Fonte: Elaborada pelo autor.

De acordo com a Tabela 6, *começar uma função nova é algumas vezes* um agente estressor para 57 (40,7%) profissionais. Apenas 1 (0,7%) descreveu que se trata de um agente estressor *sempre*. *Conciliar as questões profissionais com as familiares* foi percebido *muitas vezes* como agente estressor para 49 (35%) participantes e *algumas vezes* para 45 (32,1%); e a afirmação *trabalhar com pessoas despreparadas* foi percebida como um agente estressor *algumas vezes* por 43 (30,7%) profissionais.

O *relacionamento com colegas enfermeiros* foi mencionado *muitas vezes* por 50 (35,7%) profissionais. Um dos agentes estressores que recebeu maior pontuação neste domínio foi *relacionamento com a equipe médica*, apontado *algumas vezes* por 56 (40%) e *muitas vezes* por 42 (30%) participantes. Outra afirmação que recebeu pontuação expressiva foi *atender familiares de pacientes*, uma vez que foi apontado por 61 (43,6%) participantes como um agente estressor *algumas vezes*, por 31 (22,1%) *muitas vezes* e por 20 (14,3%) *sempre*. O item *atender um número grande de pessoas* foi o que mais recebeu pontuação neste domínio, uma vez que 64 (45,7%) profissionais perceberam este fato como agente estressor *algumas vezes* e 32 (22,9%) *muitas vezes*.

Na Tabela 7, a seguir, são apresentadas as ações relacionadas ao domínio *papéis estressores na carreira*.

**Tabela 7** - Pontuação dos profissionais de enfermagem no domínio “Papéis Estressores na Carreira” do IEE. Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140).

Afirmações	Nunca n (%)	Raramente n (%)	Algumas vezes n (%)	Muitas vezes n (%)	Sempre n (%)
------------	----------------	--------------------	---------------------------	--------------------------	-----------------

Fazer um trabalho repetitivo	12 (8,5)	31 (22,1)	59 (42,1)	34 (24,3)	4 (2,9)
Sentir desgaste emocional com o trabalho	9 (6,4)	24 (17,1)	64 (45,7)	39 (27,9)	4 (2,9)
Trabalhar em clima de competitividade	17 (12,1)	40 (28,6)	43 (30,7)	34 (24,3)	6 (4,3)
Prestar assistência ao paciente	16 (11,4)	20 (14,3)	29 (20,7)	29 (20,7)	46 (32,9)
Distanciamento entre a teoria e a prática	9 (6,4)	29 (20,7)	57 (40,7)	38 (27,1)	7 (5,0)
Desenvolver pesquisa	59 (42,1)	38 (27,1)	26 (18,6)	14 (10,0)	3 (2,1)
Sentir-se impotente diante das tarefas a serem realizadas	14 (10)	51 (36,4)	45 (32,1)	21 (15,0)	9 (6,4)
Dedicação exclusiva à profissão	11 (7,8)	22 (15,7)	56 (40,0)	42 (30,0)	9 (6,4)
Indefinição do papel do enfermeiro	29 (20,7)	37 (26,4)	48 (34,3)	22 (15,7)	4 (2,9)
Responsabilizar-se pela qualidade de serviço que a Instituição presta	10 (7,1)	22 (15,7)	52 (37,1)	40 (28,6)	16 (11,4)
Impossibilidade de prestar assistência direta ao paciente	11 (7,8)	53 (37,9)	46 (32,9)	25 (17,9)	5 (3,6)

Fonte: Elaborada pelo autor.

Para 93 (68,4%) participantes, *fazer um trabalho repetitivo* é estressante *algumas vezes* ou *muitas vezes*. Outro agente percebido pelos profissionais de forma expressiva foi *sentir desgaste emocional com o trabalho*, uma vez que 64 (45,7%) profissionais apontaram essa afirmativa *algumas vezes* e 39 (27,9%) *muitas vezes*. Mais da metade dos participantes, 77 (55%), apontaram que se sentem estressados por *trabalhar em clima de competitividade algumas* ou *muitas vezes*.

Destacam-se os dados referentes à ação *prestar assistência ao paciente*, uma vez que, para 46 (32,9%) profissionais, ela é *sempre* estressante, e para 29 (20,7%) é *algumas* ou *muitas vezes*. A *dedicação exclusiva à profissão* também é percebida como *algumas* ou *muitas vezes* estressante para 56 (40%) e 42 (30%) profissionais, respectivamente.

Na Tabela 8 é apresentado o último domínio do IEE, referente à *estrutura e cultura organizacional*.

**Tabela 8** - Pontuação dos profissionais de enfermagem no domínio “Estrutura e Cultura Organizacional” do IEE. Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140).

Afirmações	Nunca n (%)	Raramente n (%)	Algumas vezes n (%)	Muitas vezes n (%)	Sempre n (%)
------------	----------------	--------------------	---------------------------	--------------------------	-----------------



Executar tarefas distintas simultaneamente	9 (6,4)	11 (7,9)	70 (50,0)	47 (33,6)	3 (2,1)
Resolver imprevistos que acontecem no local de trabalho	8 (5,7)	35 (25,0)	59 (42,1)	34 (24,3)	4 (2,9)
Responder por mais de uma função neste emprego	35 (25)	38 (27,1)	35 (25,0)	31 (22,1)	1 (0,7)
Administrar ou supervisionar o trabalho de outras pessoas	34 (24,3)	40 (28,6)	35 (25,0)	27 (19,3)	4 (2,9)
Manter-se atualizada	10 (7,1)	22 (15,7)	37 (26,4)	50 (35,7)	21 (15,0)
Falta de espaço no trabalho para discutir as experiências, tanto as positivas como as negativas	6 (7,2)	26 (18,6)	58 (41,4)	40 (28,6)	6 (4,3)
Fazer turnos alternados de trabalho	9 (6,4)	28 (20,0)	40 (28,6)	56 (40,0)	7 (5,0)
Ter um prazo curto para cumprir ordens	9 (6,4)	27 (19,3)	50 (35,7)	36 (25,7)	18 (12,9)
Restrição da autonomia profissional	18 (12,8)	43 (30,7)	45 (32,1)	25 (17,9)	9 (6,4)
Interferência da política institucional no trabalho	11 (7,8)	49 (35,0)	49 (35,0)	21 (15,0)	10 (7,1)
A especialidade em que trabalho	18 (12,8)	31 (22,1)	43 (30,7)	39 (27,9)	9 (6,4)

Fonte: Elaborada pelo autor.

De acordo com a Tabela 8, 107 (83,6%) profissionais se sentem estressados *algumas vezes ou muitas vezes* ao *executar tarefas distintas simultaneamente*. *Resolver imprevistos que acontecem no local de trabalho* também é um agente estressor importante *algumas vezes ou muitas vezes* para 59 (42,1%) e 34 (24,3%) profissionais, respectivamente. *Manter-se atualizado* foi apontado como *muitas vezes* estressante por 50 (35,7%) profissionais, enquanto a *falta de espaço no trabalho para discutir as experiências, tanto as positivas como as negativas*, foi considerada *algumas ou muitas vezes* por 98 (70%) deles.

A alternância de turnos foi descrita como *muito* estressante para 56 (40%) participantes do estudo e, para mais da metade dos profissionais, 86 (61,4%), *ter um prazo curto para cumprir ordens* foi visto como *algumas ou muitas vezes* estressante. Por fim, a *especialidade em que trabalham* foi considerada estressante *algumas vezes ou muitas vezes* por 82 (58,6%) participantes.

Na Tabela 9 serão apresentadas as médias dos escores total por domínio dos agentes estressores do IEE dos profissionais de enfermagem.

**Tabela 9** - Escore total e dos domínios dos agentes estressores (IEE) dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF, Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140).

Domínios	Média	Mediana	Q1-Q3	Mín- Máx
Fatores Intrínsecos ao Trabalho*	31,91	32,50	28,00-37,00	11,00-46,00

Relações no Trabalho*	33,24	34,00	30,50-38,00	11,00-46,00
Papéis estressores da carreira*	31,41	32,00	29,00-35,00	11,00-46,00
Estrutura e Cultura Organizacional*	32,08	32,50	28,00-36,50	11,00-47,00
Pontuação média total**	128,64	132,00	117,50-146,50	44,00-176,00

Fonte: Elaborada pelo autor.

\*O total de itens por domínio é 11, com pontuação variando de 11 a 55.

\*\*A pontuação total pode variar de 44 a 220.

Na análise dos domínios, verifica-se que houve pouca variabilidade entre as médias dos escores. Os *fatores intrínsecos ao trabalho* obtiveram amplitude de 11 a 46 pontos. A mesma pontuação foi apresentada nos domínios *relações no trabalho* e *papéis estressores da carreira*. Já o último domínio, *estrutura e cultura organizacional*, variou entre 11 e 47 pontos. A maior média (32,08) foi encontrada nesse domínio, além da mediana 32,50 e desvio padrão igual a 11,82. A pontuação geral média do IEE foi de 128,64, variando de 117,50 a 146,50 e desvio padrão de 44,13.

Ainda respondendo ao segundo objetivo, a tabela a seguir mostra os resultados do questionário RFE.

**Tabela 10** - Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU- DF, segundo a classificação das reações fisiológicas ao estresse, Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140).

Sintomas	Nunca N (%)	Raramente N (%)	Às vezes N (%)	Frequen- temente N (%)	Constan- temente N (%)
Dores de cabeça (cefaleia) por tensão	11 (7,8)	20 (14,3)	68 (48,6)	40 (28,6)	1 (0,7)

Enxaqueca (cefaleia vascular)	25 (17,8)	28 (20,0)	57 (40,7)	28 (20,0)	2 (1,4)
Dores de estômago	24 (17,2)	36 (25,7)	51 (36,4)	26 (18,6)	3 (2,1)
Aumento da pressão sanguínea	42 (30)	34 (24,3)	40 (28,6)	23 (16,4)	1 (0,7)
Mãos frias	35 (25)	21 (15,0)	45 (32,1)	33 (23,6)	6 (4,3)
Acidez estomacal	27 (19,3)	42 (30,0)	47 (33,6)	22 (15,7)	2 (1,4)
Respiração rápida e superficial	46 (32,8)	31 (22,1)	38 (27,1)	17 (12,1)	8 (5,7)
Diarréia	31 (22,1)	51 (36,4)	39 (27,9)	13 (9,3)	6 (4,3)
Palpitações	39 (27,8)	24 (17,1)	51 (36,4)	23 (16,4)	3 (2,1)
Mãos trêmulas	42 (30)	31 (22,1)	40 (28,6)	22 (15,7)	5 (3,6)
Arrotos	44 (31,4)	46 (32,9)	29 (20,7)	19 (13,6)	2 (1,4)
Gases	23 (16,4)	37 (26,4)	46 (32,9)	30 (21,4)	4 (2,9)
Maior urgência para micção	32 (22,8)	60 (42,9)	37 (26,4)	9 (6,4)	2 (1,4)
Transpiração nas mãos ou nos pés	50 (34,8)	25 (17,9)	38 (27,1)	26 (18,6)	1 (0,7)
Pele oleosa	22 (15,8)	33 (23,6)	32 (22,9)	35(25,0)	18 (12,9)
Fadiga/ sensação de exaustão	18 (12,8)	27 (19,3)	46 (32,9)	34 (24,3)	15 (10,7)
Respiração ofegante	29 (20,7)	26 (18,6)	48 (34,3)	26 (18,6)	11 (7,9)
Boca seca	26 (18,5)	32 (22,9)	55 (39,3)	22 (15,7)	5 (3,6)
Tremor nas mãos	32 (22,8)	26 (18,6)	51 (36,4)	4 (2,9)	3 (2,1)
Dores lombares	11 (7,8)	29 (20,7)	51 (36,4)	33 (23,6)	16 (11,4)
Rigidez no pescoço	32 (22,8)	21 (15,0)	46 (32,9)	31 (22,1)	10 (7,1)
Mascar chicletes	58 (41,4)	48 (34,3)	23 (16,4)	9 (6,4)	2 (1,4)
Ranger de dentes	82 (58,5)	28 (20,0)	17 (12,1)	13 (9,3)	0 (0,0)
Constipação	45 (32,1)	33 (23,6)	47 (33,6)	15 (10,7)	0 (0,0)
Sensação de aperto no peito/ coração	58 (41,4)	45 (32,1)	32 (22,9)	5 (3,6)	0 (0,0)
Tontura	33 (23,6)	34 (24,3)	58 (41,4)	14 (10,0)	1 (0,7)
Náusea/vômito	37 (26,4)	46 (32,9)	39 (27,9)	17 (12,1)	1 (0,7)
Dor menstrual	87 (62,1)	17 (12,1)	23 (16,4)	12 (8,6)	1 (0,7)
Manchas na pele	55 (39,3)	37 (26,4)	31 (22,1)	17 (12,1)	0 (0,0)
Extrassístoles	72 (51,4)	26 (18,6)	29 (20,7)	12 (8,6)	1 (0,7)
Colite	104 (74,3)	10 (7,1)	17 (12,1)	8 (5,7)	1 (0,7)
Asma	107 (76,4)	10 (7,1)	12 (8,6)	9 (1,4)	2 (1,4)
Indigestão	54 (38,5)	21 (15)	46 (32,9)	17 (12,1)	2 (1,4)
Pressão sanguínea alta	36 (25,7)	33 (23,6)	42 (30,0)	25 (17,9)	4 (2,9)
Hiperventilação	57 (40,7)	27 (19,3)	38 (27,1)	15 (10,7)	3 (2,1)
Artrite	92 (65,7)	19 (13,6)	17 (12,1)	8 (5,7)	4 (2,9)
Erupção Cutânea	82 (58,5)	29 (20,7)	21 (15)	8 (5,7)	0 (0,0)
Bruxismo/ Dor na Mandíbula	94 (67,2)	20 (14,3)	17 (12,1)	8 (5,7)	1 (0,7)
Alergia	62 (44,3)	20 (14,3)	29 (20,7)	22 (15,7)	7 (5,0)

Fonte: Elaborada pelo autor.

De acordo com a Tabela 10, que apresenta as RFE dos profissionais de enfermagem, a *dor de cabeça (cefaleia) por tensão* foi o sintoma mais mencionado, e ocorre às vezes com 68 (48,6%) profissionais ou *frequentemente* com 40 (28,6%), de modo que se manifesta em mais de 70% dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF. A *enxaqueca* também foi referida, mas em menor peso, pois 85 (60,7%) profissionais mencionaram apresentar esse sintoma às vezes ou *frequentemente*.

O sintoma *dores no estômago* ocorre às vezes com 51 (36,4%) profissionais; *mãos frias* foram sentidas às vezes por 45 (32,1%) deles e *frequentemente* por 33 (23,6%); e outro sintoma sentido às vezes pelos profissionais foi *palpitações*, em 51 (36,4%) participantes.

*Pele oleosa* foi referida em mais da metade dos profissionais, seja às vezes por 32 (22,9%) deles, *frequentemente* por 35 (25,0%) ou *constantemente* por 15 (10,7%). Quanto à *fadiga ou sensação de exaustão*, 46 (32,9%) profissionais disseram que a sentem às vezes, enquanto 34 (24,3%) a sentem *frequentemente* e 15 (10,7%) *constantemente*.

*Boca seca* foi sentida às vezes por 55 (39,3%) e *frequentemente* por 22 (15,7%) profissionais; *tremor nas mãos* e *dores lombares* foram sintomas sentidos às vezes por 51 (36,4%); e outros 33 (23,6%) profissionais disseram sentir *dores lombares* *frequentemente* e 16 (11,4%) *constantemente*.

Um sintoma mencionado e que merece destaque é a *pressão sanguínea alta*, sentida por 42 (30%) profissionais às vezes, por 17 (12,1%) *frequentemente* e por 2 *constantemente*. Contudo, apenas 22 pessoas informaram que possuem alguma doença crônica no questionário de caracterização.

Na Tabela 11 é mostrada a classificação dos sintomas de estresse, por meio do questionário RFE.

**Tabela 11** - Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU- DF, segundo a classificação das reações fisiológicas ao estresse, Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140).

Pontos de corte dos sintomas	Baixos 0-75		Moderados 76-100		Altos 101-150		Excessivos > 150	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Faixa Etária								
29-36	15	10,71	27	19,29	39	27,86	0	0
37-44	13	9,29	21	15,00	7	5,00	1	0,71
45-52	6	4,29	4	2,86	1	0,71	1	0,71
53-60	3	2,14	1	0,71	0	0,00	0	0
Não respondeu	1	0,71	0	0,00		0,00		0
Total	38	27,14	53	37,86	47	33,57	2	1,43

Fonte: Elaborada pelo autor.

Quanto à classificação das RFE, verifica-se que 38 (27,14%) profissionais apresentaram *baixos sintomas*, enquanto 53 (37,86%) apresentaram *sintomas moderados*. Destes, o maior quantitativo está na faixa etária de 29 a 36 anos, grupo em que também foram identificados 39 (27,86%) profissionais com sintomas considerados *altos*. Apenas dois (1,43%) profissionais foram classificados com *sintomas excessivos* de estresse.

Para atender ao terceiro objetivo específico deste estudo, que foi *analisar a influência do estresse na QV dos profissionais de enfermagem*, são apresentadas as análises a seguir.

A Tabela 12 mostra a pontuação média dos profissionais de enfermagem, nos escores do IEE, RFE e WHOQOL-bref, que inclui o índice geral de QV e seus respectivos domínios, de acordo com o turno de trabalho. No IEE, quanto maior o escore, mais elevado é o nível de

tensão no ambiente de trabalho, em virtude da presença dos agentes estressores. O RFE é dividido em categorias, conforme supracitado. No WHOQOL-*bref*, quanto maior o escore, melhor a QV.

**Tabela 12** - Pontuação média do IEE, RFE e WHOQOL-*bref*, aplicados aos profissionais de enfermagem, segundo turno de trabalho. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Questionário	Diurno	Noturno	Diurno e Noturno
IEE geral	103,826	120,94	122,361
Fatores intrínsecos ao trabalho	26,932	32,94	31,160
Relações no trabalho	25,470	29,56	31,775
Papéis estressores na carreira	25,523	28,44	29,981
Estrutura e cultura organizacional	25,902	30,00	29,446
RFE	74,55	89,30	60,73
WHOQOL- <i>bref</i>	65,909	67,97	70,115
Domínio físico	65,070	69,87	70,814
Domínio psicológico	63,390	72,40	71,256
Relações sociais	60,417	71,35	69,327
Meio ambiente	59,706	61,91	60,091

Fonte: Elaborada pelo autor.

Os profissionais de enfermagem que atuam nos períodos diurno e noturno foram os que apresentaram maior pontuação no IEE geral, que indica tensão no ambiente de trabalho e presença de agentes estressores (122,361). Contudo, os profissionais com menores índices de QV geral foram os que atuam no período diurno. Quanto às RFE, os que atuam apenas no período diurno e noturno apresentaram baixos sintomas de estresse, com 74,55 e 89,30 pontos de média, respectivamente. Já os profissionais que atuam em ambos turnos apresentaram sintomas moderados de estresse, com 89,30 pontos, em média.

Quanto aos domínios do WHOQOL-*bref*, os menores índices foram encontrados no *meio ambiente*, entre os profissionais que trabalham durante o dia. Já entre os domínios do IEE, o com pontuação mais alta foi *fatores intrínsecos ao trabalho*, dos profissionais que trabalham apenas no período noturno.

**Tabela 13** - Distribuição dos profissionais de enfermagem do SAMU- DF, na avaliação da qualidade de vida, Brasília-DF, Brasil, 2019 (n=140).

Perguntas	Muito ruim N (%)	Ruim N (%)	Nem ruim nem boa N (%)	Boa N (%)	Muito boa N (%)
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	4 (2,9%)	16 (11,4%)	54 (38,6%)	53 (37,9%)	13 (9,3%)
	Muito insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Nem satisfeito nem insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)	Muito satisfeito N (%)
Quão satisfeito(a) você está com a sua	3 (2,1%)	22 (15,7%)	58 (41,4%)	43 (30,7%)	14 (10,0%)

saúde?	Nada N (%)	Muito pouco N (%)	Mais ou menos N (%)	Bastante N (%)	Extremamente N (%)
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	16 (11,4%)	41 (29,3%)	58 (41,4%)	23 (16,4%)	2 (1,4%)
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	17 (12,1%)	48 (34,3%)	79 (56,4%)	19 (13,6%)	1 (0,7%)
O quanto você aproveita a vida?	4 (2,9%)	26 (18,6%)	61 (43,6%)	42 (30,0%)	7 (5,0%)
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1 (0,7%)	2 (1,4%)	17 (12,1%)	35 (25,0%)	54 (38,6%)
O quanto você consegue se concentrar?	31 (22,1%)	1 (0,7%)	8 (5,7%)	56 (40,0%)	61 (43,6%)
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	14 (10,0%)	1 (0,7%)	9 (6,4%)	60 (42,9%)	60 (42,9%)
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3 (2,1%)	46 (32,9%)	69 (49,3%)	19 (13,6%)	3 (2,1%)
	Nada N (%)	Muito pouco N (%)	Médio N (%)	Muito N (%)	Completamente N (%)
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3 (2,1%)	13 (9,3%)	79 (56,4%)	39 (27,9%)	6 (4,3%)
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1 (0,7%)	17 (12,1%)	51 (36,4%)	44 (31,4%)	27 (19,3%)
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2 (1,4%)	27 (19,3%)	86 (61,4%)	20 (14,3%)	5 (3,6%)
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	2 (1,4%)	12 (8,6%)	68 (48,6%)	52 (37,1%)	6 (4,3%)
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	5 (3,6%)	20 (14,3%)	73 (52,1%)	37 (26,4%)	5 (3,6%)
	Muito ruim N (%)	Ruim N (%)	Nem ruim nem boa N (%)	Boa N (%)	Muito bom N (%)
Quão bem você é capaz de se locomover?	1 (0,7%)	5 (3,6%)	38 (27,1%)	66 (47,1%)	30 (21,4%)
	Muito insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Nem satisfeito nem insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)	Muito satisfeito N (%)
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	15 (10,7%)	25 (17,9%)	54 (38,6%)	36 (25,7%)	10 (7,1%)
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3 (2,1%)	14 (10,0%)	57 (40,7%)	53 (37,9%)	13 (9,3%)
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3 (2,1%)	9 (6,4%)	52 (37,1%)	58 (41,4%)	18 (12,9%)
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	6 (4,3%)	26 (18,6%)	37 (26,4%)	48 (34,3%)	23 (16,4%)
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	5 (3,6%)	13 (9,3%)	53 (37,9%)	60 (42,9%)	9 (6,4%)
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	29 20,7%	14 10,0%	33 23,6%	36 25,7%	28 20,0%
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?	3 2,1%	14 10,0%	65 46,4%	50 35,7%	8 5,7%
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	2 (1,4%)	5 (3,6%)	65 (46,4%)	49 (35,0%)	19 (13,6%)
Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	4 (2,9%)	15 (10,7%)	75 (53,6%)	39 (27,9%)	7 (5,0%)
Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	3 (2,1%)	9 (6,4%)	61 (43,6%)	49 (35,0%)	18 (12,9%)
	Nunca N (%)	Algumas vezes N (%)	Frequentemente N (%)	Muito frequentemente N (%)	Sempre N (%)
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	8 (5,7%)	65 (46,4%)	35 (25,0%)	22 (15,7%)	10 (7,1%)

Fonte: Elaborada pelo autor.

A primeira pergunta do WHOQOL-bref se refere à avaliação da QV, de modo geral, e a segunda à satisfação com a própria saúde. Na primeira, a maioria dos profissionais, 54 (38,6%), avaliaram sua QV como sendo nem ruim e nem boa, enquanto praticamente a mesma quantidade, 53 (37,9%), a avaliaram como sendo boa. Quanto à *satisfação com a*

*própria saúde*, 58 (41,4%) dos profissionais consideraram que não estão satisfeitos, nem insatisfeitos, 43 (30,7%) afirmaram estar satisfeitos, e 22 (15,7%) insatisfeitos.

As questões seguintes formam os domínios apresentados na Tabela 12, a saber: *domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente*. Sobre a *dor física nas atividades*, 58 (41,4%) profissionais informaram que ela impede *mais ou menos*, enquanto 23 (16,4%) mencionaram que ela impede *bastante* as atividades que precisam ser realizadas.

O questionamento sobre o quanto os profissionais aproveitam a vida, 61 (43,6%) afirmaram que a aproveitam *mais ou menos*. No item *capacidade de concentração*, 31 (22,1%) profissionais valoraram nada como resposta. Já sobre o *quão saudável é o ambiente físico dos profissionais*, houve 69 (49,3%) respostas *mais ou menos* e 46 (32,9%) *muito pouco*.

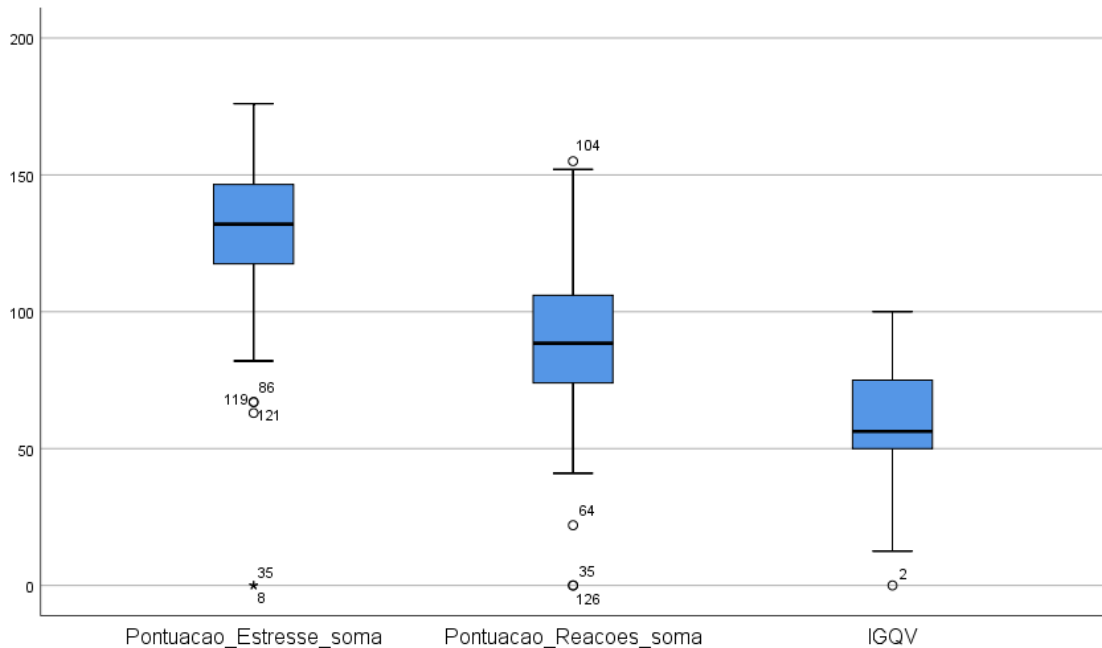
Sobre a *energia para o dia-a-dia*, 79 (56,4%) profissionais informaram que o nível de suficiência é *médio*. A mensuração média também foi predominante em 86 (61,4%) profissionais no questionamento sobre o *dinheiro que os profissionais possuem para satisfazer suas necessidades*. Mais da metade dos profissionais, 73 (52,1%), valoraram como *média* as *oportunidades de atividades de lazer*.

Sobre a *satisfação com o sono*, 40 profissionais (28,6%) disseram estar *insatisfeitos* ou *muito insatisfeitos*, e 43 (30,7%) informaram estar *insatisfeitos* ou *muito insatisfeitos* com sua *vida sexual*. Valor próximo foi encontrado no quesito *satisfação consigo mesmo*, o qual houve 32 (22,9%) profissionais *insatisfeitos* ou *muito insatisfeitos* consigo mesmo.

Apenas oito profissionais (5,7%) relataram que *nunca* têm *sentimentos negativos*; todos os demais os apresentam *algumas vezes* (65-46,4%), *frequentemente* (35-25,0%), *muito frequentemente* (22-15,7%) ou *sempre* (10-7,1%).

A seguir, serão apresentadas as análises estatísticas inferenciais, a fim de alcançar o terceiro objetivo específico deste estudo, que consiste em *analisar a influência do estresse na QV dos profissionais de enfermagem*.

O *box-plot* abaixo, apresentado na Figura 6, traz a pontuação somada de cada dimensão, presença de agentes estressores, reações fisiológicas ao estresse e QV. Ressalta-se que a pontuação não é comparável, uma vez que são escalas diferentes. O que se compara, nesse caso, é a homogeneidade.



**Figura 5** - Pontuação total dos agentes estressores, reações fisiológicas e QV dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

Verifica-se que a escala mais homogênea é a QV, pois apresenta respostas mais parecidas e as questões que a contém formam um construto mais consistente. A dimensão relacionada à presença de agentes estressores apresenta maior variabilidade, assim como as reações fisiológicas ao estresse. É possível observar que a maioria dos participantes está com níveis elevados de estresse, pois toda a caixa do *box-plot* está entre 100 e 150.

**Tabela 14** - Consistência interna dos questionários de caracterização dos profissionais de enfermagem do SAMU- DF com os questionários IEE, RFE e WHOQOL-*bref*, Brasília, DF, Brasil, 2019.

Dimensão	Alfa de <i>Cronbach</i>	Variância contabilizada para	
		Total (autovalor)	Inércia
1	<b>0,88</b>	5,18	0,43
2	0,86	4,76	0,40
Total		9,93	0,83
Média	0,87	4,97	0,41

Fonte: Elaborada pelo autor.

A partir da tabela acima, pode-se afirmar que os questionários utilizados neste estudo possuem consistência interna e confiabilidade aceitável, por apresentarem coeficiente de *Cronbach* >0,70.

A Tabela 15, a seguir, mostra a correlação entre variáveis de caracterização. A própria análise fatorial de correspondência múltipla apresenta uma matriz de correlações no contexto do perfil multivariado. Destaca-se que esta análise se baseia no teste Qui-Quadrado.



**Tabela 15** - Análise de correspondência múltipla entre as variáveis de caracterização dos profissionais de enfermagem e a pontuação geral do IEE, RFE e WHOQOL-*brief* do SAMU-DF, Brasília-DF, Brasil, 2019.

Variáveis de caracterização	IEE	RFE	WHOQOL- <i>brief</i>
Unidade	<b>0,74</b>	<b>0,85</b>	<b>0,67</b>
Faixa etária	<b>0,31</b>	<b>0,32</b>	0,29
Cor	<b>0,73</b>	<b>0,74</b>	<b>0,67</b>
Doença Crônica	<b>0,50</b>	<b>0,58</b>	<b>0,38</b>
Uso de medicação	<b>0,35</b>	<b>0,35</b>	0,18
Função	-0,01	0,02	0,08
Escolaridade	0,03	0,09	-0,08
Tempo de atuação	<b>0,36</b>	<b>0,40</b>	<b>0,34</b>
Turno	<b>0,50</b>	<b>0,54</b>	<b>0,46</b>
IEE	<b>1,00</b>	<b>0,78</b>	<b>0,73</b>
RFE	<b>0,78</b>	<b>1,00</b>	<b>0,72</b>
WHOQOL- <i>brief</i>	<b>0,73</b>	<b>0,72</b>	<b>1,00</b>

Fonte: Elaborada pelo autor.

Entre as dimensões estresse, calculadas pelo IEE, sintomas fisiológicos pelo RFE e QV – calculada, nesta tabela, a partir das duas primeiras questões do WHOQOL - existem altíssimas correlações. A mais forte é entre *estresse* e *sintomas fisiológicos*, com 0,78. A QV possui alta relação primeiro com *estresse* (0,73) e, em seguida, com os *sintomas* (0,72). A QV apresenta altas correlações com as variáveis *unidade* (0,67), *cor* (0,67), *doença crônica* (0,38) e *turno* (0,46). O estresse e sintomas também possuem relação alta com essas, e ainda com *uso de medicamento*. Os testes cujos resultados estão em negrito apresentaram  $p < 0,005$ .

Com o propósito de verificar o quanto cada variável explica, a variabilidade total dos dados será apresentada na Tabela 16, que descreve as medidas de discriminação das variáveis de perfil e pontuações gerais dos questionários IEE, RFE e WHOQOL-*brief*.

**Tabela 16** - Medidas de discriminação das pontuações gerais obtidas pelo IEE, RFE e WHOQOL-*brief*, Brasília-DF, Brasil, 2019.

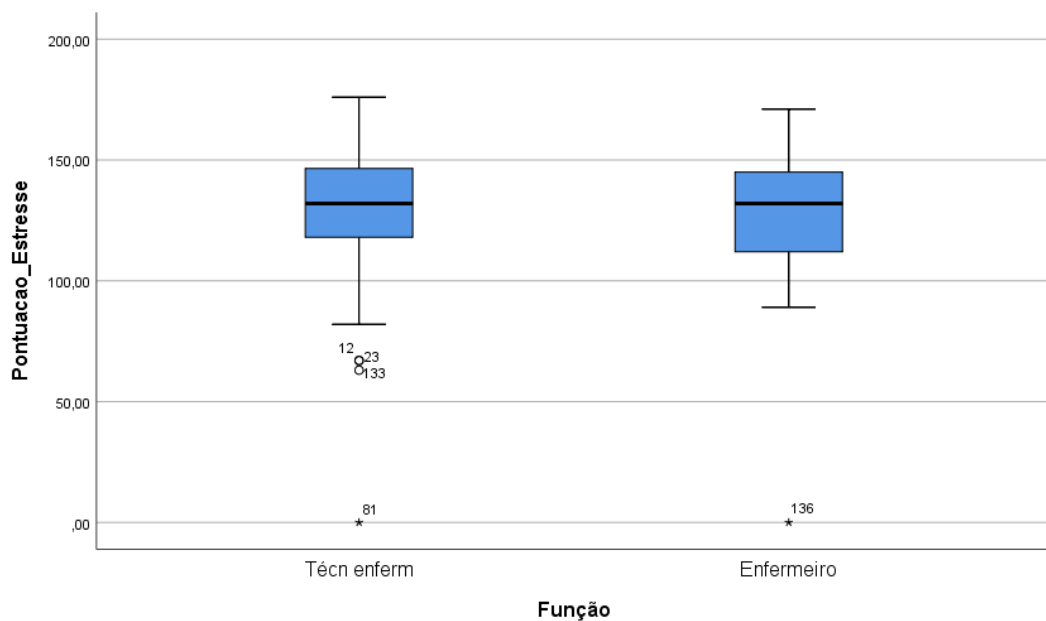
Variável	Dimensão		Análise Fatorial
	1	2	
IEE	0,78	0,85	0,82
RFE	0,87	0,81	0,84
WHOQOL- <i>brief</i>	0,65	0,75	0,70
Unidade	0,79	0,53	0,66
Turno	0,42	0,60	0,51
Cor	0,71	0,11	0,41
Tempo de atuação	0,20	0,41	0,31
Doença crônica	0,44	0,01	0,22
Faixa etária	0,14	0,24	0,19
Escolaridade	0,00	0,36	0,18
Medicamento	0,17	0,05	0,11
Função	0,00	0,03	0,01

Fonte: Elaborada pelo autor.

A dimensão *reações fisiológicas* é a que apresenta maior variabilidade e possui alta relação com *unidade, cor, turno e doença crônica*. A dimensão *estresse* ainda possui alta relação da com *tempo de atuação, escolaridade e faixa etária*, que têm relação com a *função*. A dimensão QV se confirma com menos variabilidade do que *estresse e reações*, embora as três sejam importantes na explicação da variabilidade total dos dados. Sendo assim, a ordem de importância se apresenta da seguinte forma: *reações, estresse* e, por último, *QV*. Contudo, nota-se uma relação de causa e efeito, sendo que a presença de *estresse* diminui a QV e gera *reações fisiológicas*.

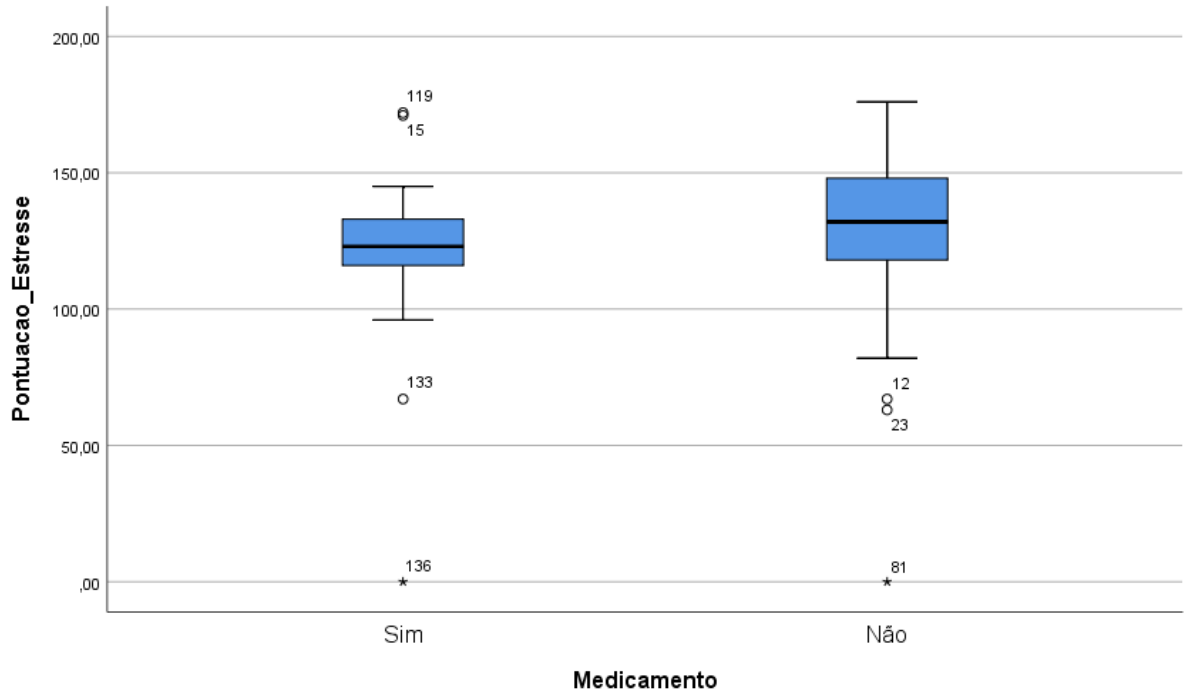
As figuras a seguir apresentam as relações mais importantes entre as variáveis de caracterização, o IEE, o RFE e WHOQOL-*bref*, identificadas por meio da análise fatorial apresentada na Tabela 16.

Na Figura 6, é apresentada a pontuação dos agentes estressores, identificados por meio do IEE, segundo função. Verifica-se que os níveis de estresse são discretamente mais altos entre os técnicos de enfermagem que entre os enfermeiros, e os profissionais de ambas funções apresentam níveis de estresse elevados.



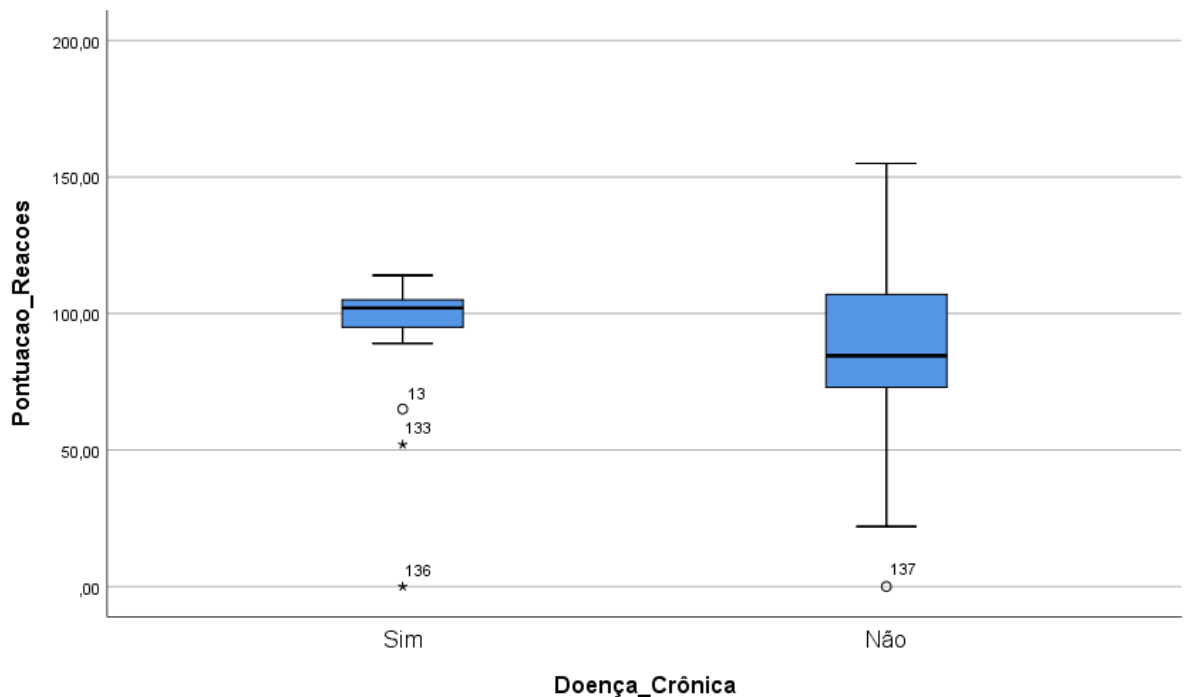
**Figura 6** - Pontuação total dos agentes estressores dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF, segundo função. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

O *box-plot* abaixo, na Figura 7, sobre o nível de estresse entre os profissionais que utilizam algum medicamento e os que não utilizam, mostra que o nível de estresse é mais heterogêneo entre os que não usam medicamentos do que entre os que usam.



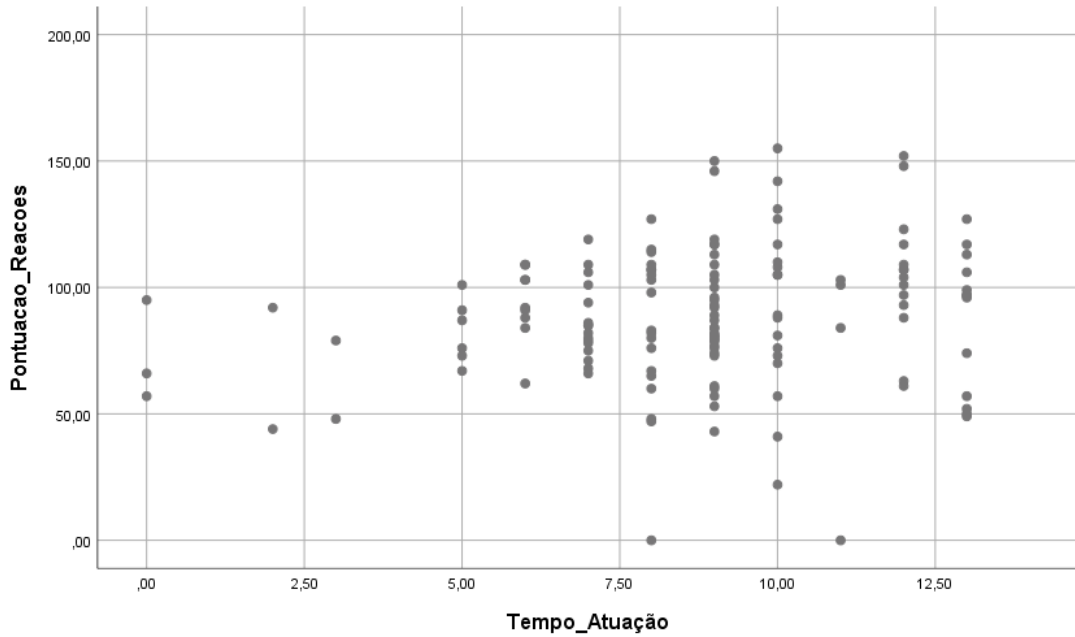
**Figura 7** - Pontuação total dos agentes estressores dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF, segundo uso de medicamento. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

Quanto à pontuação das reações fisiológicas de profissionais com *doenças crônicas*, verifica-se que o nível de reações é significativamente maior entre os que possuem doença crônica do que entre os que responderam não a este quesito, conforme exibido na Figura 8.



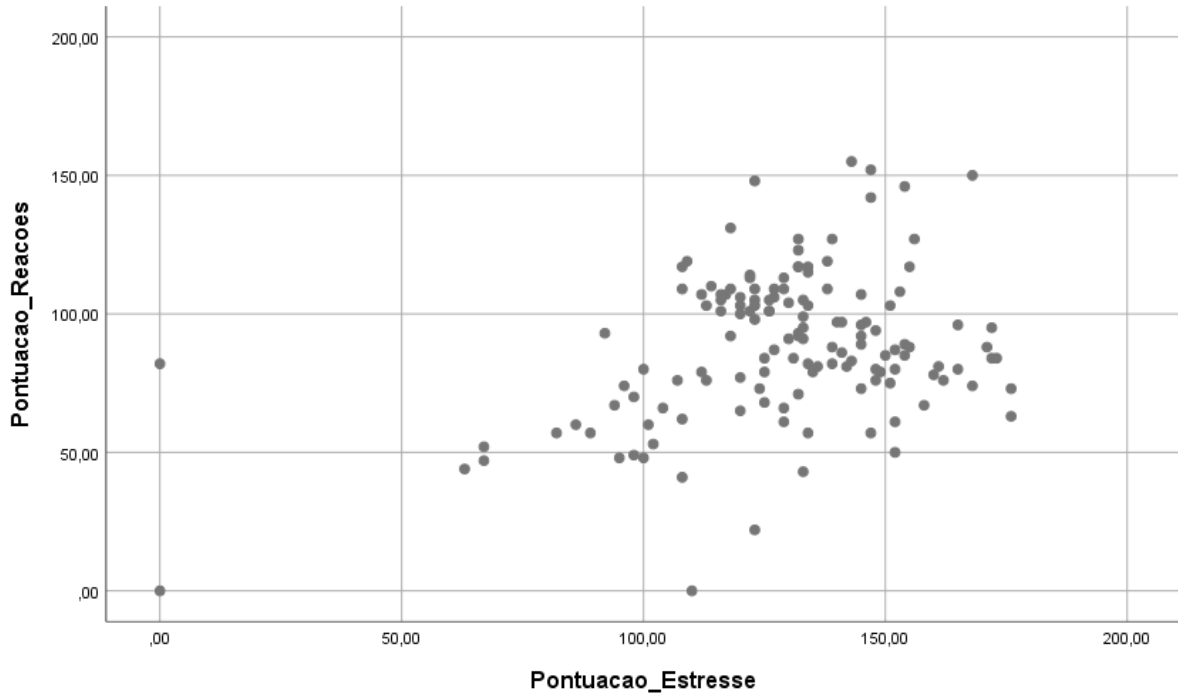
**Figura 8** - Pontuação das reações fisiológicas ao estresse dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF com e sem doença crônica. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

Outra relação importante verificada pela análise fatorial da Tabela 16 foi entre as RFE com a variável *tempo de atuação* dos profissionais. Essa variável foi apresentada em anos e, de acordo com o gráfico de dispersão, quanto maior o tempo de atuação, mais elevado o nível de reações, especialmente entre o período de 10 e 11 anos.



**Figura 9** - Pontuação das reações fisiológicas ao estresse dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF com e sem doença crônica. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

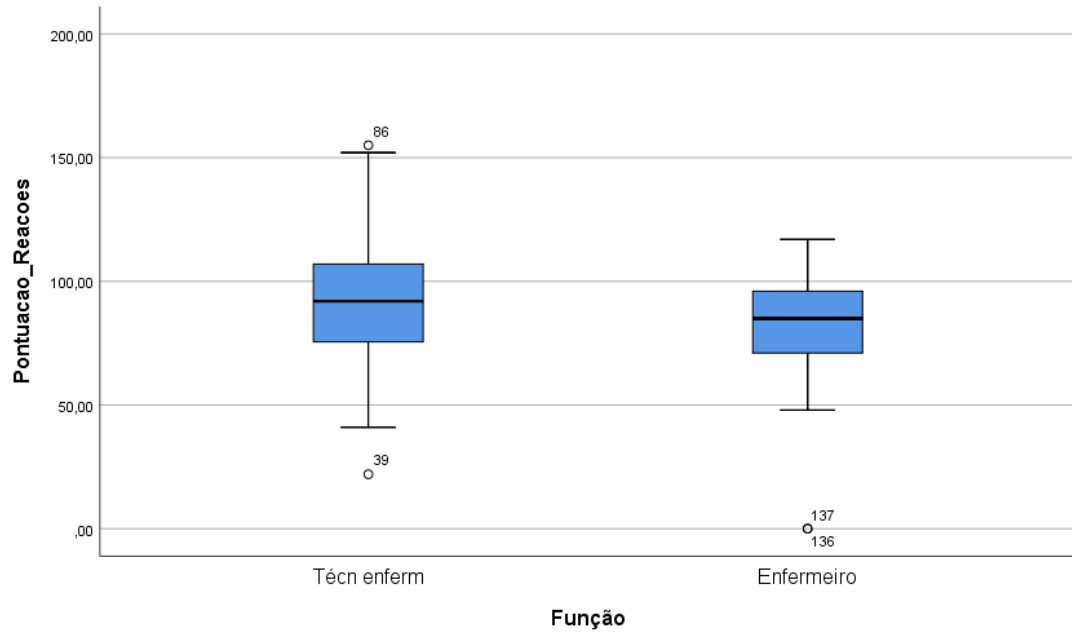
A seguir, na Figura 10, apresenta-se, também por meio do gráfico de dispersão, a relação entre a pontuação do IEE e do RFE.



**Figura 10** - Relação entre as reações fisiológicas de estresse dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF com a presença de agentes estressores no ambiente laboral. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

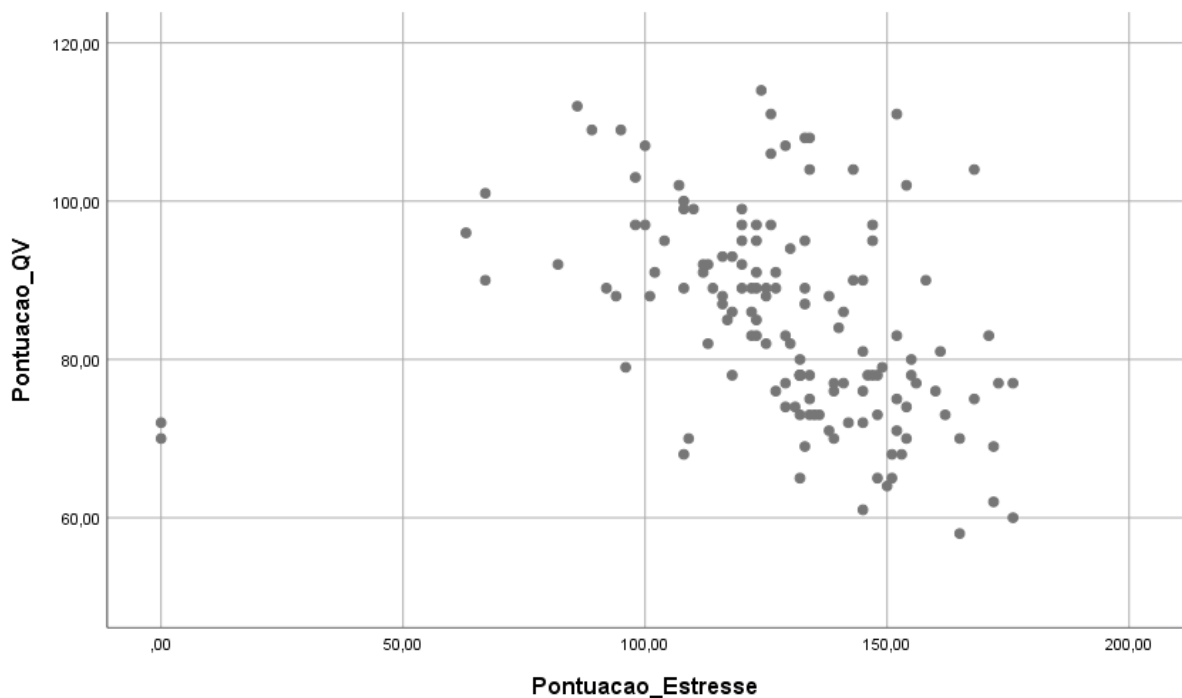
Conforme esperado, e corroborando com os resultados já descritos, o grau de reações fisiológicas aumenta à medida que o nível de estresse também sobe nos profissionais de enfermagem do SAMU-DF. É possível perceber essa relação no quadrante de pontuação que varia de 100 a 150 pontos do IEE e das RFE, o que indica altos sintomas de estresse.

A variável *função* também apresentou relação significativa e importante com a presença de sintomas fisiológicos de estresse. Conforme mostra a Figura 11, os graus de reação são mais altos entre os técnicos de enfermagem do que entre os enfermeiros.



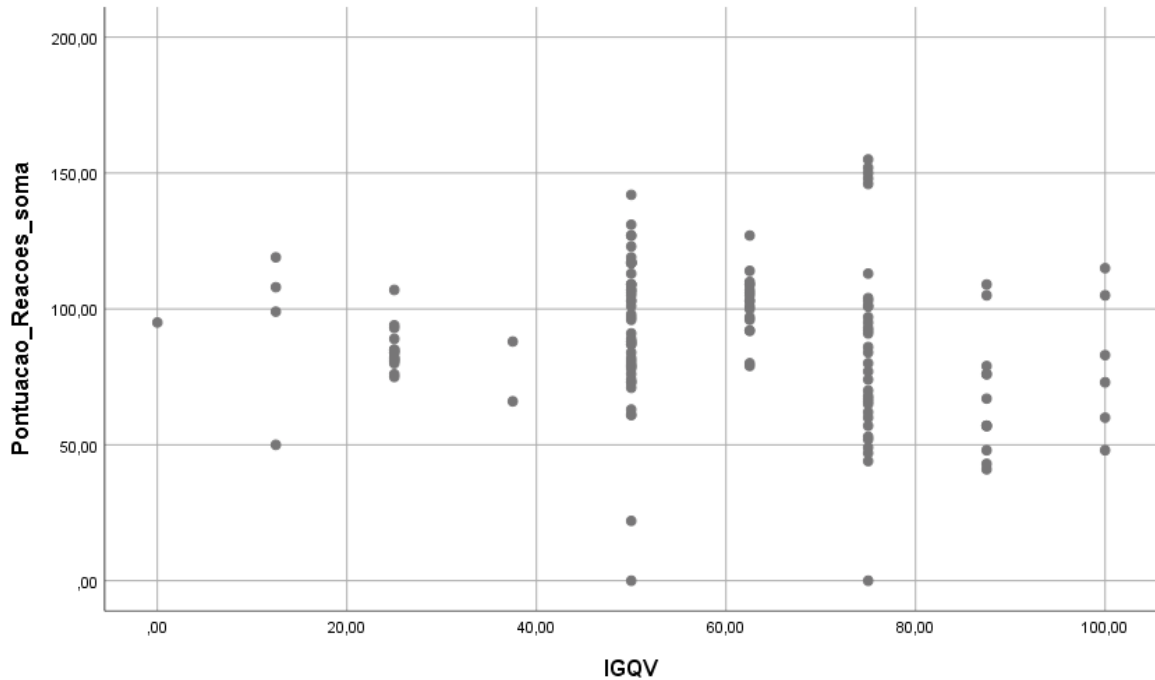
**Figura 11** - Relação entre as reações fisiológicas de estresse dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF e a variável de caracterização função. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

Quanto ao índice geral de QV, foram encontradas as seguintes relações importantes com reações fisiológicas ao estresse, *doenças crônicas, unidade e função*, as quais estão apresentadas nas figuras 12 a 15.



**Figura 12** - Relação entre os agentes estressores dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF e o índice geral de QV. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

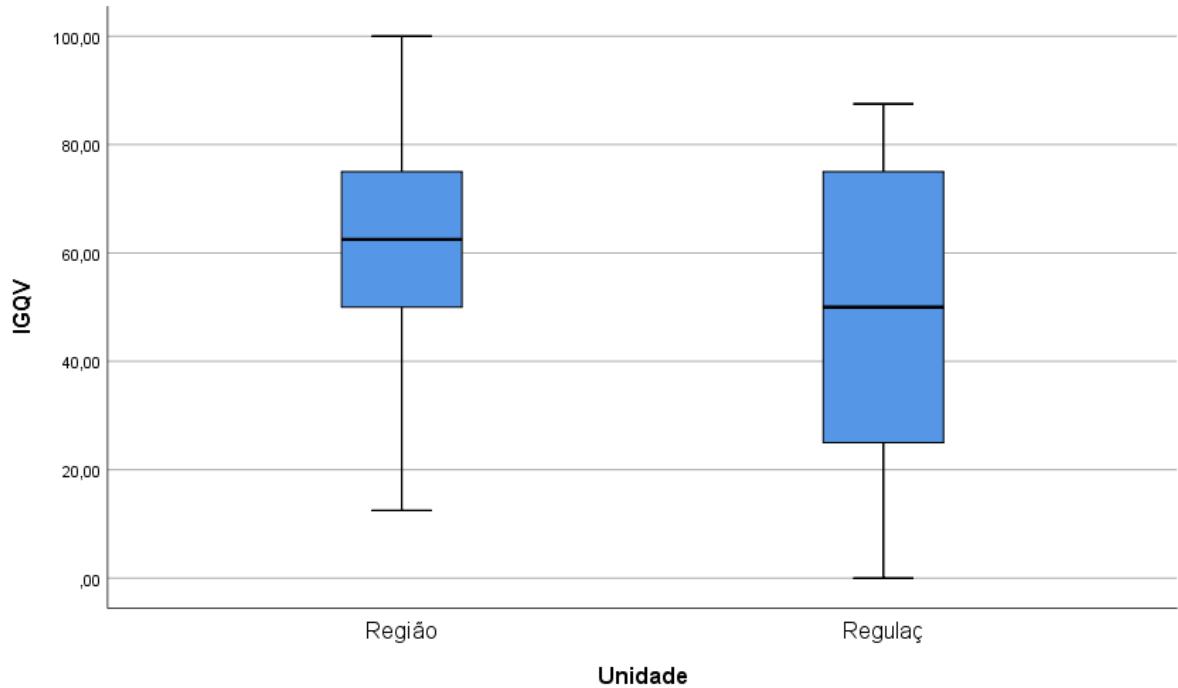
Ao analisar o gráfico de dispersão da Figura 12, percebe-se que pontuação do índice geral de QV fica menor, o que significa que a QV piora ao passo que cresce o nível de estresse dos profissionais. Há descidas visualmente maiores no gráfico de dispersão, após as pontuações de estresse 100 e 150.



**Figura 13:** Relação entre as reações fisiológicas de estresse dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF e o índice geral de QV. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

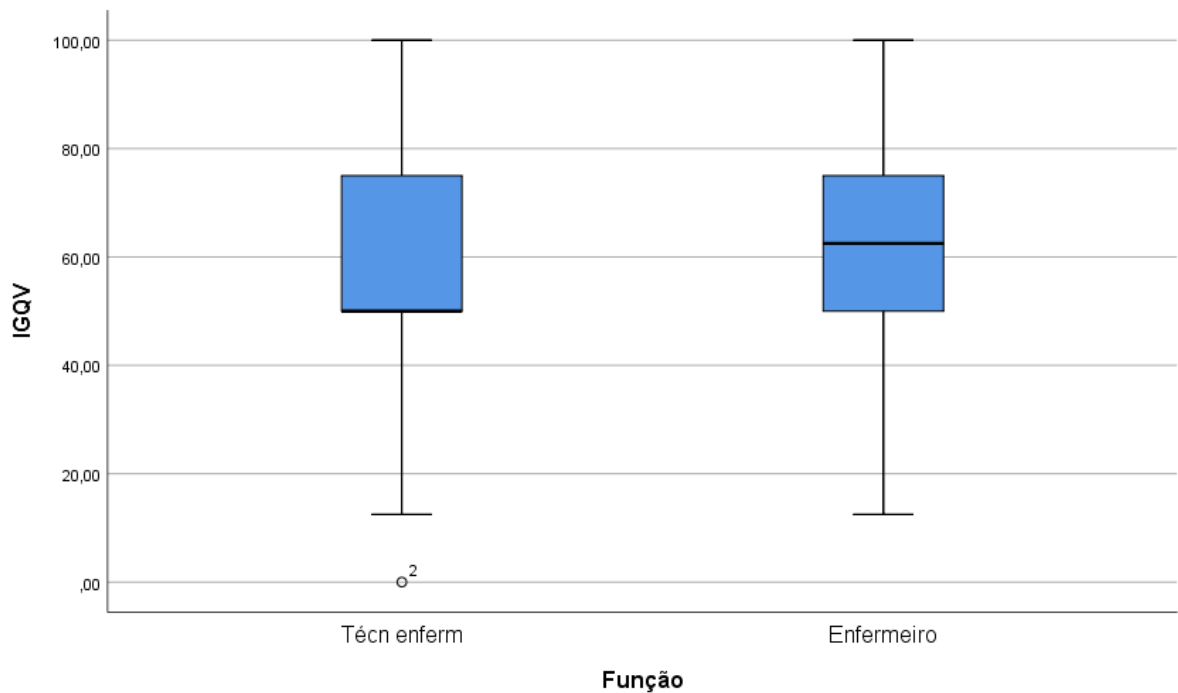
De acordo com o gráfico de dispersão e confirmando a análise fatorial com as medidas de discriminação, as RFE diminuem quando há aumento da QV, o que se justifica uma vez que as RFE possuem relação direta com o estresse, e QV possui relação inversa com ambas.

A seguir, na Figura 14, será apresentada a análise do índice geral de QV com a *unidade* de atuação dos profissionais. É possível verificar, a partir da Tabela 1, que um dos locais da coleta de dados foi a Central de Regulação. Buscou-se, então, verificar a relação da QV dos profissionais que atuam diretamente no APH e os que trabalham na regulação. Os resultados mostraram que há maiores pontuações em QV entre os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam nos APH nas regiões administrativas do que entre os que trabalham na Central de Regulação.



**Figura 14** - Relação entre o índice geral de QV dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF e a variável de caracterização unidade. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).

Conforme mostra a Figura 15, há maiores pontuações, mesmo que discretas, na QV dos enfermeiros que entre os técnicos de enfermagem.



**Figura 15** - Relação entre o índice geral de QV dos profissionais de enfermagem do SAMU-DF e a variável de caracterização função. Brasília, DF, Brasil, 2019 (n=140).



Para se comparar os domínios de WHOQOL – *bref*, IEE e RFE entre si, foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*. Optou-se por verificar a correlação independente da categoria profissional, e, de acordo com os p-valores da Tabela 17, a seguir, pode-se afirmar que os domínios dos mesmos questionários estão correlacionados. Percebe-se, ainda, que há correlação significativa, mesmo que baixa e inversa, entre os domínios *físico* do WHOQOL-*bref* *fatores intrínsecos ao trabalho* do IEE, observando o valor de -0.229 e p-valor igual a 0.007.

**Tabela 17** - Relação entre as médias dos domínios do WHOQOL-*bref*, IEE e RFE dos profissionais de enfermagem. Brasília, DF, Brasil, 2019.

	WHOQOL - <i>bref</i>				IEE				RFE
	D1	D2	D3	D4	D1	D2	D3	D4	
<b>IEE</b>									
D1	-0.229	-0.288	-0.166	-0.211	1.000	0.360	0.445	0.509	5,28
Valor p*	0.007	0.001	0.05	0.012		0	0	0	0,26
D2	-0.393	-0.527	-0.400	-0.294	0.360	1.000	0.568	0.489	31,7
Valor p*	0	0	0	0	0		0		0
D3	-0.304	-0.360	-0.246	-0.220	0.445	0.568	1.000	0.523	14,4
Valor p*	0	0	0.004	0.009	0	0		0	0,006
D4	-0.163	-0.241	-0.108	-0.152	0.509	0.489	0.523	1.000	8,17
Valor p*	0.054	0.004	0.205	0.072	0	0	0		0,085
<b>WHOQOL</b>									
D1	1.000	0.846	0.772	0.709	-0.229	-0.393	-0.304	-0.163	22,12
Valor p*		0	0	0	0.007	0	0	0.054	0
D2	0.846	1.000	0.812	0.739	-0.288	-0.527	-0.360	-0.241	27,31
Valor p*	0		0	0	0.001	0	0	0.004	0
D3	0.772	0.812	1.000	0.700	-0.166	-0.400	-0.246	-0.108	16,14
Valor p*	0	0		0	0.05	0	0.004	0.205	0,003
D4	0.709	0.739	0.700	1.000	-0.211	-0.294	-0.220	-0.152	16,83
Valor p*	0	0	0		0.012	0	0.009		0,002

Fonte: Elaborada pelo autor.

Legenda: IEE: D1 = Fatores Intrínsecos ao Trabalho; D2= Relações no Trabalho; D3= Papéis Estressores da Carreira; D4= Estrutura e Cultura Organizacional. WHOQOL-*bref*: D1= Domínio Físico; D2= Domínio Psicológico; D3= Relações Sociais; D4= Meio Ambiente.

\*Correlação e valor p calculado pelo teste de *Spearman*.

\*\*Valor p calculado pelo teste de hipótese U de *Kruskal-Wallis*.

Na tabela acima, na coluna RFE, tem-se o resultado do teste de *Kruskal-Wallis* na comparação entre o escore de reações fisiológicas e os domínios de WHOQOL-*bref* e IEE. De acordo com os p-valores, verifica-se que não há relação significativa somente com os domínios 1 (p=0,26) e 4 (p=0,085) do IEE. Para os demais, é possível dizer que seus valores variam de acordo com a categoria que se tem do escore de reações fisiológicas.

**Tabela 18** - Relação entre as médias dos domínios do WHOQOL-*bref*, IEE e RFE dos profissionais de enfermagem e as variáveis de caracterização. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Variável	IEE				RFE	WHOQOL- <i>bref</i>			
	D1 Teste p-value	D2 Teste p-value	D3 Teste p-value	D4 Teste p-value	Teste p-value	D1 Teste p-value	D2 Teste p-value	D3 Teste p-value	D4 Teste p-value
Idade	0,02 0,853	0,07 0,397	0,06 0,475	-0,15 0,084	13,93 0,008*	0,04 0,605	0,04 0,607	0,03 0,762	0,1 0,261
Cor	8.65 0.07	9.39 0.052	3.36 0.5	2.47 0.65	3.95 0,914	8.65 0.07	9.39 0.052	3.36 0.5	2.47 0.65
Sexo	2037.5 0.0938	2039.5 0.0958	2076.5 0.1279	2084 0.1382	5.42 0.143	2037.5 0.0938	2039.5 0.0958	2076.5 0.1279	2084 0.1382
Doença crônica	1563 0.1284	1760 0.0081*	1577 0.107	1453 0.3739	11,42 0.01*	1563 0.1284	1760 0.0081*	1577 0.107	1453 0.3739
Medicamento	1559.5 0.1335	1590 0.0942	1569.5 0.1168	1526.5 0.1895	2,09 0,554	1559.5 0.1335	1590 0.0942	1569.5 0.1168	1526.5 0.1895
Escolaridade	1164 0*	1527.5 0,0008*	1377 0,0001*	1478 0,0004*	11,51 0,009*	1164 0*	1527.5 0,0008*	1377 0,0001*	1478 0,0004*
Carga horária	11.05 0.026*	8.93 0.063	5.91 0.206	3.67 0.453	13,4 0,145	11.05 0.026*	8.93 0.063	5.91 0.206	3.67 0.453
Tempo de atuação	0.13 0.135	-0.07 0.438	0.01 0.92	-0.1 0.244	6,04 0,196	-0.17 0.048*	-0.07 0.397	-0.11 0.199	-0.06 0.449

Fonte: Elaborada pelo autor.

Legenda: IEE: D1 = Fatores Intrínsecos ao Trabalho; D2= Relações no Trabalho; D3= Papéis Estressores da Carreira; D4= Estrutura e Cultura Organizacional. WHOQOL-*bref*: D1= Domínio Físico; D2= Domínio Psicológico; D3= Relações Sociais; D4= Meio Ambiente.

Na tabela acima, tem-se os resultados dos testes de *Mann-Whitney*, *Spearman* e *Kruskall-Wallis*, no comparativo por cada domínio do IEE, a pontuação do RFE e domínios do WHOQOL-*bref* com as variáveis de caracterização. Quanto ao IEE, pelos p-valores pode-se dizer que as relações dos domínios “*psicológico x doença crônica*” e “*todos os domínios x escolaridade*” são significativas.

Para verificar as relações das RFE com as variáveis de caracterização, foram utilizados os testes de *Kruskall-Wallis* e Qui-Quadrado. Pelos p-valores, pode-se dizer que as relações com as variáveis *doença crônica* e *escolaridade* são significativas, ou seja, o nível de reações fisiológicas é interferido pelo fato de se ter uma doença crônica ou não, e também varia de acordo com a escolaridade.

No comparativo de cada domínio WHOQOL-*bref* com as variáveis, foram utilizados os testes de *Mann-Whitney*, *Spearman* e *Kruskall-Wallis*. Os p-valores mostram que as relações “*psicológico x doença crônica*”, “*todos os domínios x escolaridade*” e “*físico x tempo de atuação*” são significativas. Na primeira relação, por exemplo, a significância mostra que a média do domínio *psicológico* é diferente entre aqueles que sofrem de doença crônica daqueles que não sofrem. Fato interessante aparece quando todos os domínios se mostram diferentes entre aqueles que cursaram somente o ensino médio e o ensino superior.

## **6 DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo mostraram que a faixa etária predominante entre profissionais de enfermagem foi de 29 a 36 anos, correspondendo a 64 (57,66%) técnicos de enfermagem e 17 (58,62%) enfermeiros, resultado semelhante a de outros estudos (VEGIAN; MONTEIRO, 2011; LUCHTEMBERG; PIRES, 2016).

Quanto ao quesito cor, houve predomínio de profissionais que se auto declararam brancos 45 (32,86%). Mas merece atenção o não preenchimento desse quesito por parte de 42 (30%) participantes, visto que, de acordo com pesquisas relacionadas ao preenchimento deste item, a omissão e o consequente sub-registro podem acarretar em problemas e vieses epidemiológicos (SANTOS et al., 2013). Autores defendem a importância da variável cor em estudos quantitativos por contribuem com os debates acadêmicos, públicos e políticos (MUNIZ, 2010), contudo, ponderam sobre a importância de não a utilizar de forma automatizada e superficial.

Cabe destacar que 22 (15,71%) participantes mencionaram ter alguma doença crônica, valor inferior ao encontrado por Porto et al. (2013). Depressão e hipertensão arterial foram as doenças mais citadas pelos profissionais, que também descreveram as medicações utilizadas para o controle dos sinais e sintomas. Apesar de terem sido esclarecidos sobre os aspectos éticos e de sigilo dos dados e identificação da participação na pesquisa, é possível que os profissionais tenham omitido dados sobre a presença de doenças crônicas, com a intenção de transmitir um quadro mais positivo de sua saúde, como aconteceu na pesquisa conduzida por Gomes e Oliveira (2013). Além disso, é aceitável que eles não se percebam adoecidos ou com sofrimento psíquico (OLIVEIRA, 2015).

Além de anti-hipertensivos e antidepressivos, outros medicamentos de uso contínuo foram citados pelos profissionais, tais como ansiolíticos, analgésicos e antipsicóticos. Nesta pesquisa, a prevalência do uso de ansiolíticos e antidepressivos não foi considerada alta. Contudo, estudos sobre essa temática com profissionais da saúde relacionam o uso desses medicamentos com a elevada carga horária semanal de trabalho, más condições de trabalho e até salários defasados (MACIEL et al., 2017).

Quanto à escolaridade, destaca-se que 45,3% dos técnicos de enfermagem possui formação em grau superior. Stutzs (1999) enuncia o pouco ou quase nenhum incentivo aos profissionais de saúde diante do sentimento de desvalorização, dos baixos salários e do grau de responsabilidade que a função exige. Nesse sentido, a formação em grau superior se justifica pela busca por reconhecimento profissional e aquisição de status elevado.

Teodosio e Padilha (2016) entendem a escolha da profissão como um projeto de vida influenciado por preferências pessoais, familiares e até representações sobre a profissão e

expectativas sobre o mercado de trabalho. Medina e Takahashi (2003) concordam com os autores supracitados e acrescentam que a busca por conhecimento também é um fator de motivação para que o técnico busque a graduação em Enfermagem. Em resumo, mesmo que não desejem abandonar a profissão de técnicos de enfermagem, a busca pelo nível superior se caracteriza e inter-relaciona à constante luta por consideração e construção de identidade profissional autônoma e respeitada (SILVA, 2015).

Quanto à relação entre as variáveis *cor* e *região*, é oportuno ressaltar a carência de estudos sobre a representatividade racial na profissão de enfermagem para discutir os achados. Pesquisa realizada por Campos e Oguisso (2008) aponta que, historicamente, as representações raciais e de gênero da enfermagem contribuíram para a legitimação de uma identidade profissional excludente e discriminatória. Ainda assim, pode-se concluir que, nesta investigação, não houve grandes desigualdades entre os profissionais que responderam ao quesito cor.

Os primeiros dados sobre os agentes estressores na profissão se referem aos *fatores intrínsecos ao trabalho*. Nesse domínio, a afirmação *fazer esforço físico para cumprir o trabalho* foi citada por 79 (50%) profissionais como sendo um agente estressor *algumas vezes*, e por 37 (26,4%) *muitas vezes*. Uma pesquisa sobre os efeitos do trabalho na saúde de profissionais de enfermagem que atuam em unidades de clínica cirúrgica mencionou que as atividades que, em grande parte, exigem esforços físicos, associados a posturas corporais inadequadas, influenciam negativamente a saúde do trabalhador, principalmente a física (SILVA et al., 2016). Ademais, um estudo de revisão também apontou os esforços físicos e a postura incorreta, em pé ou durante a transferência de pacientes, como fatores causadores de estresse físico nos profissionais, e destacou que cursos educacionais de ergonomia laboral são importantes para evitar danos físicos aos profissionais (RIBEIRO et al., 2012).

No SAMU, as atividades exercidas pelos profissionais de enfermagem se concentram no campo da assistência e do cuidado em situações complexas, seguidas pelo gerenciamento e educação (LUCHTEMBERG; PIRES, 2015; ALVES et al., 2013). Neste estudo, 45 (32,1%) participantes disseram que *desenvolver atividades além da minha função ocupacional* é estressante *algumas vezes* e 43 (30,7%) *raramente*. Esses achados podem ser indicativos de ocorrências infracionárias ético-legais no que tange às situações técnicas do trabalho dos profissionais de enfermagem, uma vez que as ações estão normatizadas e devem seguir o escopo dos protocolos próprios desenvolvidos pelo SAMU (RIBEIRO; SILVA, 2016).

A afirmação *falta de material necessário ao trabalho* foi considerada *muitas vezes* um agente estressor por 42 (30%) profissionais, o que evidencia a fragilidade estrutural, gerencial

e das condições de trabalho no APH (SILVA et al., 2009). A insuficiência de recursos técnicos é indicada por O'Dwyer e Mattos (2013) como ação coercitiva no contexto do SAMU, condição semelhante, segundo os autores, a dos tradicionais pronto-socorros brasileiros.

É importante destacar que o principal indicador de qualidade do SAMU é o tempo-resposta satisfatório, o que significa o intervalo entre o acionamento e chegada da ambulância à cena onde será realizado o atendimento. No entendimento de Ortiga et al. (2016), a falta de material necessário para o trabalho, além de ser um agente estressor, segundo Bezerra et al. (2012), afeta a agilidade do deslocamento e a execução dos procedimentos. Neste estudo, 42 (305) profissionais afirmaram que são acometidos por estresse ao *executar procedimentos rápidos*, mesmo sendo uma condição essencial ao trabalho no APH.

Pesquisa realizada por Costa et al. (2017) mostra que o fator que mais causou estresse e consequente prejuízo à QV dos profissionais de enfermagem que atuam no SAMU foi a remuneração. Neste estudo, esse fator foi citado como causador de estresse *algumas vezes* por 46 (32,9%) profissionais. E, mesmo não sendo o principal estressor, é significativo, uma vez que os resultados de uma revisão bibliográfica desenvolvida por Bezerra et al. (2012) mostraram que a insatisfação com os salários, além de estresse, colabora para o surgimento da Síndrome de *Burnout* nos profissionais da saúde. Ademais, segundo os autores, diante de baixos salários, os profissionais se veem obrigados a realizar dupla jornada de trabalho.

O segundo domínio, *relações no trabalho*, descreve a relação dos profissionais com os pacientes, familiares e colegas de trabalho, e abrange, portanto, o relacionamento interpessoal. *Conciliar as questões profissionais com as familiares* foi percebido *muitas vezes* como agente estressor para 49 (35%) participantes e *algumas vezes* para 45 (32,1%). Esses resultados reforçam os achados do estudo de Costa et al. (2017), por indicar que o convívio familiar é fundamental para a QV dos profissionais e, sobretudo, é recurso de enfrentamento, de superação do estresse vivenciado no trabalho.

Os cenários de complexidade do APH colocam os profissionais que nele atuam em situações limite, pois demandam habilidades específicas e altamente assertivas, ao passo que também os expõem a sofrimentos psíquicos e riscos ocupacionais (OLIVEIRA et al., 2015). Essa dinâmica pode justificar a percepção de 43 (30,7%) participantes deste estudo, ao relatarem que *trabalhar com pessoas despreparadas* é um agente estressor *algumas vezes*. Além do estresse, Ortiga et al. (2016) apontam a insegurança que o despreparo dos profissionais pode causar em toda equipe, especialmente as de atendimento básico.

O *relacionamento com colegas enfermeiros* foi mencionado *muitas vezes* estressante por 50 (35,7%) profissionais. Estudo sobre o estresse ocupacional em profissionais do SAMU identificou relações importantes entre a experiência dos profissionais das equipes e a forma como se relacionam com os colegas (ANDRADE; SIQUEIRA-JUNIOR, 2014) e constatou que os profissionais mais experientes já possuem familiaridade, compreensão e responsabilidade no que se refere as suas funções e relacionamento com os colegas e, por isso, seriam menos susceptíveis ao estresse decorrente desse convívio. Destaca-se que, neste estudo, não foi testada a associação entre experiência profissional e idade.

De maneira concreta, medidas gerenciais e individuais podem ser adotadas a fim de minimizar o estresse decorrente dos relacionamentos com colegas enfermeiros, como formação de líderes capazes de perceber e intervir sobre os agentes causadores de insatisfação laboral (WISNIEWSKI et al., 2015); e o diálogo com os colegas imediatamente após um evento considerado estressante (BOHSTRÖM et al., 2017).

Entre médicos e profissionais de enfermagem, especialmente enfermeiros, percebe-se uma distância teórica, técnica e de valores que afeta diretamente as ações em saúde (GONÇALVES et al., 2019). Esse fato pode ser comprovado neste estudo pela avaliação do item *relacionamento com a equipe médica*, apontado *algumas vezes* por 56 (40%) e *muitas vezes* por 42 (30%) profissionais de enfermagem como agente estressor.

No âmbito do SAMU, autores de estudos sobre os aspectos éticos e legais da profissão de enfermagem mostram preocupação por não haver nas unidades de suporte básico a presença do enfermeiro, mas apenas do condutor e técnico de enfermagem (LUCHTEMBERG; PIRES, 2016; RIBEIRO; SILVA, 2016). Em situações como essas, os técnicos de enfermagem são supervisionados pelos médicos da Central de Regulação, contradizendo a Portaria nº 1.010 de 2012 do MS, que aponta a obrigatoriedade de supervisão direta pelo enfermeiro.

As dimensões práticas das lutas de poder existentes no SAMU parecem justificar, mais apropriadamente, os conflitos existentes entre os membros da equipe multiprofissional e entre esta com equipes de outros serviços. Pontos como a constituição da equipe e até questões salariais (OLIVEIRA et al., 2010) reforçam as tensões e o estresse causado pela dificuldade de compreender a integração do sistema de saúde, diante da fragmentação dos serviços (VELOSO et al., 2012).

O estresse causado ao *atender familiares de pacientes*, apontado por 61 (43,6%) profissionais como um agente estressor *algumas vezes*, por 31 (22,1%) *muitas vezes* e por 20 (14,3%) *sempre*, confirma os dados encontrados por Batista et al. (2017) sobre a opinião

desfavorável dos profissionais de enfermagem à presença da família em situações de emergência. A incompreensão dos cuidados prestados, ansiedade dos familiares, interferência no trabalho – que leva ao estresse dos profissionais –, e o espaço físico, foram apontados pelos profissionais como desvantagens da presença dos familiares nos atendimentos de urgência.

O último item deste domínio, *atender um número grande de pessoas*, foi o que mais recebeu pontuação, uma vez que 64 (45,7%) profissionais perceberam este fato como agente estressor *algumas vezes* e 32 (22,9%) *muitas vezes*. Os resultados do estudo realizado por Bezerra et al. (2012) corroboram com esses achados, pois, para os autores, é possível inferir que altas demandas de trabalho estão associadas ao déficit de pessoal, fator negativo, responsável por sofrimento psíquico e estresse ocupacional (BEZERRA et al., 2012; VIDOTTI et al., 2018).

O terceiro domínio do IEE apresenta 11 afirmações. As mais importantes e destacadas pelos profissionais serão discutidas aqui. Para 93 (68,4%) participantes, *fazer um trabalho repetitivo é estressante algumas vezes* ou *muitas vezes*. Os resultados desta afirmativa chamam a atenção diante da característica dos atendimentos do SAMU, ou seja, não são atividades uniformes e quase nunca repetitivas, conforme descrito na literatura (RIBEIRO; SILVA, 2016; CAMPOS et al., 2009).

Por outro lado, estudo com profissionais que atuam em atividades semelhantes, como o Corpo de Bombeiros Militar, aponta que a possibilidade de ocorrência de lesões por esforços repetitivos (LER) é vista como um agente estressor por comprometer a produtividade, saúde e segurança dos profissionais (MARQUES et al., 2014). Segundo Lucio et al. (2013), a LER, nesses profissionais, ocorre devido à manipulação das vítimas e a intensa carga de peso, mas não menciona o trabalho repetitivo.

Outro agente percebido pelos profissionais de forma expressiva foi *sentir desgaste emocional com o trabalho*, uma vez que 64 (45,7%) profissionais apontaram essa afirmativa *algumas vezes* e 39 (27,9%) *muitas vezes*. O desgaste emocional, gerador de estresse e insatisfação, em geral, é relacionado às condições nas quais o trabalho é realizado, às relações interpessoais e interprofissionais e à comunicação, conforme já discutido anteriormente (ALVES et al., 2013). Diante desses achados, deve-se destacar o importante papel das instituições empregadoras na busca pela maximização dos pontos positivos, e não na minimização do sofrimento dos funcionários, insistindo em capitalizar seu trabalho (FRANÇA et al., 2012).



Mais da metade dos participantes, 77 (55%), apontaram que se sentem estressados por *trabalhar em clima de competitividade, algumas ou muitas vezes*. Revisões da literatura apontam que a competitividade de cunho negativo, apesar da amizade vivenciada entre os profissionais, ocasiona insatisfação nas relações no trabalho (CAMPOS et al., 2009) e estresse ocupacional (BEZERRA et al., 2012). Ortiga et al. (2012) realizaram um estudo que objetivou avaliar o SAMU, no qual mencionam a relação conflituosa e de competitividade entre este e o Corpo de Bombeiros. Os autores compreendem que o chamamento dos dois serviços leva ao desperdício de dinheiro e desorganização da rede de atenção às urgências.

Estudo realizado por Campos et al. (2009) mostra que, de maneira geral, mais de 90% dos profissionais que atuam no SAMU gostam do trabalho e estão satisfeitos. Neste estudo, destacam-se os dados referentes à ação *prestar assistência ao paciente*, uma vez que para 46 (32,9%) profissionais é *sempre*, e para 29 (20,7%) *algumas ou muitas vezes* estressante. Essa afirmativa parece ser contraditória à própria estrutura funcional do SAMU, cuja função primária e básica é prestar assistência ao paciente. Ao mesmo tempo, indica a necessidade premente, por parte dos profissionais que atuam em APH, de reconhecer os estressores no ambiente de trabalho e suas repercussões para enfrentá-los (PAIVA et al., 2019). Somado a essa estratégia, o sentido conferido ao trabalho pelos profissionais também é um fator de proteção contra o estresse e consequente adoecimento (MARTINS et al., 2011; BEZERRA et al., 2012).

Quanto ao tempo destinado à profissão e à vida pessoal, os resultados deste estudo se assemelham aos de Pereira (2015), uma vez que os profissionais expressaram maiores níveis de desgaste devido ao maior uso do tempo com os outros do que consigo mesmos. Na afirmação *dedicação exclusiva à profissão*, 56 (40%) e 42 (30%) participantes relataram ser *algumas ou muitas vezes* estressante, respectivamente. Esse aspecto é agente gerador de estresse, pois a dedicação excessiva às atividades profissionais influencia negativamente o tempo disponível para o descanso, o lazer e o convívio com a família, para profissionais do sexo feminino e masculino (SILVA et al., 2011).

Entre os domínios do IEE, o que recebeu maior pontuação média foi o último, *estrutura e cultura organizacional* (32,08). Compõem este domínio as seguintes afirmativas: *executar tarefas distintas simultaneamente; resolver imprevistos que acontecem no local de trabalho; responder por mais de uma função neste emprego; administrar ou supervisionar o trabalho de outras pessoas; manter-se atualizada; falta de espaço no trabalho para discutir as experiências, tanto as positivas como as negativas; fazer turnos alternados de trabalho; ter um prazo curto para cumprir ordens; restrição da autonomia profissional; interferência*

*da política institucional no trabalho; e a especialidade em que trabalho.* Nesse domínio, 107 (83,6%) profissionais se sentem estressados *algumas vezes* ou *muitas vezes* ao *executar tarefas distintas simultaneamente*. Esse valor foi considerado expressivo e maior do que encontrado em outro estudo (PUERTO et al., 2017).

A manutenção de um ambiente minimamente organizado para contornar os imprevistos e garantir a continuidade da assistência é fundamental nos serviços de saúde e são recursos de gestão do cuidado e governança. Contudo, diante da imprevisibilidade dos atendimentos realizados pelo SAMU, essa organização nem sempre é possível de ser alcançada (COPELLI et al., 2017). Disso decorre o estresse relacionado à resolução de *imprevistos que acontecem no local de trabalho*, referido *algumas vezes* ou *muitas vezes* por 59 (42,1%) e 34 (24,3%) profissionais, respectivamente.

A percepção de 50 (35,7%) participantes quanto à ocorrência de estresse a partir da afirmativa *manter-se atualizado*, embora não fosse esperada, corrobora com estudo de Mota et al. (2016), que aponta as dificuldades para a equipe de enfermagem participar dos processos de educação permanente. Como afirmam os autores, a baixa adesão aos processos de educação e atualização se justifica pela resistência dos próprios profissionais de enfermagem e dos demais membros da equipe de saúde para estar em outros espaços. A isso, soma-se o fato de os profissionais se considerarem detentores do conhecimento necessário aos cuidados de saúde e, ainda mais grave, à elevada carga de trabalho e déficit de pessoal (LAVICH et al., 2017).

Um importante agente estressor mencionado foi a *falta de espaço no trabalho para discutir as experiências, tanto as positivas como as negativas*, apontada *algumas* ou *muitas vezes* por 98 (70%) profissionais. Uma estratégia para minimizar esse agente estressor poderia ser instituída nas bases do SAMU, a partir da iniciativa dos próprios profissionais, conforme percebido na pesquisa de Bohström et al. (2017).

Os autores identificaram que profissionais de APH utilizam como estratégia para diminuição do estresse ocupacional o que chamam de “conversas informais”, nas quais discutem informalmente os casos geradores de estresse com colegas, na garagem das ambulâncias e, dessa forma, aprendem uns com os outros. Os participantes do referido estudo mencionaram que os sentimentos e experiências compartilhadas geram confiança entre os membros da equipe. A estratégia supracitada compreende o *coping*, recurso e esforço comportamental para evitar danos decorrentes de situações estressantes ou traumáticas no ambiente de trabalho (MORAES et al., 2016).

A alternância de turnos foi descrita como  *muito* estressante para 56 (40%) participantes do estudo. Por sua vez, o estresse ocupacional foi um dos fatores desencadeantes de distúrbios do sono em um estudo realizado com mais de 5 mil enfermeiros chineses (DONG, et al., 2017). A relação entre agentes estressores, reações fisiológicas ao estresse e turno de trabalho será discutida adiante.

O cenário de urgência e emergência exige dos profissionais iniciativa, capacidade de decisão rápida e domínio técnico (BEZERRA et al., 2012). Uma vez que o estresse está relacionado à subjetividade da percepção e resposta do indivíduo, esse cenário pode ser vivenciado com satisfação ou sofrimento (PRAIRIE/CORBEIL, 2014; ILIĆ et al., 2017), como parece ocorrer com 82 (58,6%) profissionais deste estudo, pelo fato de mencionarem que a especialidade em que trabalham é  *algumas vezes* ou  *muitas vezes* estressante.

Os resultados do inventário de RFE são apresentados por pontos de corte da seguinte forma: baixos sintomas (0-75), moderados (76-100), altos (101-150) e excessivos (>150). Os resultados do inventário aplicado aos profissionais de enfermagem do SAMU-DF mostraram que 38 (27,14%) profissionais apresentaram baixos sintomas e 53 (37,86%) sintomas moderados. Destes, o maior quantitativo está na faixa etária de 29 a 36 anos, e é, portanto, de adultos jovens. Ainda nessa faixa etária, 39 (27,86%) apresentaram sintomas considerados altos e apenas dois (1,43%) foram classificados com sintomas excessivos de estresse.

Pesquisa realizada por Trettene et al. (2016), cuja média de idade entre os profissionais de enfermagem participantes foi de 42 anos, evidenciou uma associação negativa entre maior idade e ocorrência de estresse. Estudo de Padilha et al. (2017) corrobora com esses resultados, uma vez que identificou elevados níveis de estresse em profissionais de enfermagem com idade média aproximada de 40 anos. A variável idade também se relaciona significativamente com a presença de RFE. Todavia, esses achados parecem não ser consenso na literatura, uma vez que Andrade e Siqueira Junior (2014) defendem que o indivíduo na faixa etária entre 20 e 39 anos possui consciência de seu papel como pessoa e profissional, desenvolve capacidade de se relacionar com seus colegas de trabalho e, por essas razões, apresenta menores reações ao estresse.

Já nos domínios do WHOQOL-*brief* houve relações significativas entre  *domínio físico, carga horária e tempo de atuação* .

Pesquisas sugerem que, apesar do aumento da resiliência à medida que aumenta a idade, os adultos mais velhos são mais vulneráveis aos impactos dos sintomas e exposições ocupacionais do que os trabalhadores mais jovens, especialmente às lesões musculoesqueléticas (DROPKIN et al., 2019). Neste estudo, dados semelhantes foram

encontrados na descrição das medidas de discriminação das pontuações gerais obtidas pelo IEE, RFE e WHOQOL-*bref*.

Essas medidas mostraram importante correlação entre a ocorrência de RFE e o tempo de atuação dos profissionais, especialmente entre o período de 10 e 11 anos, ou seja, houve aumento de RFE à medida que o tempo de atuação também aumentou. Foram referidas dores lombares por 104 (71,4%) profissionais, além de *cefaléia por tensão* (108 - 76,6%), *enxaqueca* (85 - 60,7%), *dores no estômago* (51 - 36,4%), *mãos frias* (78 - 55,7%), *palpitações* (51 - 36,4%), *pele oleosa* (82 - 58,6%), *fadiga ou sensação de exaustão* (95 - 67,9%), *boca seca* (77 - 55%), *tremor nas mãos* (51 - 36,4%), *dores lombares* (104 - 71,4%) e *pressão sanguínea alta* (61 - 43,5%).

Uma revisão de literatura realizada por Santos et al. (2010) identificou o aumento da sudorese, tensão muscular, taquicardia, HA, aperto da mandíbula, ranger de dentes, hiperatividade, náuseas, mãos e pés frios e alterações psicológicas como sinais e sintomas de estresse mais frequentes em enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), reafirmando os resultados deste estudo. Outra investigação mostrou que a sensação de desgaste físico constante, cansaço excessivo ou constante e tensão muscular são frequentemente relatados por profissionais de enfermagem (MELLO et al., 2018).

Conforme já mencionado, apenas 22 pessoas informaram que possuem alguma doença crônica no questionário de caracterização, mas 61 (43,5%) referiram aumento da pressão sanguínea no ambiente ocupacional. Esse valor está muito acima dos encontrados na literatura (PORTO et al., 2013; PIMENTA; ASSUNÇÃO, 2016), e ratifica o estresse como importante fator de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (SOARES et al., 2012).

Nos testes de correlação, a presença de doença crônica apresentou relação significativa com a pontuação das RFE, relações no trabalho do IEE e domínio psicológico do WHOQOL-*bref*. Neste estudo, a ocorrência de RFE foi significativamente maior em profissionais com doenças crônicas e estes, por sua vez, tiveram prejuízo significativo em sua QV. O dado referente à pressão sanguínea alta parece estar relacionado à pontuação média do domínio físico do WHOQOL-*bref* (65,07) dos profissionais que atuam somente no período diurno e que consideram presença de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. O valor  $p < 0,001$  também indica forte correlação no teste de hipótese entre o turno de trabalho e o domínio mencionado. Estudos anteriores confirmam esse achado, uma vez que os

agravos à saúde física do profissional de enfermagem são reais e devem ser investigados e considerados no processo de trabalho (TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009).

Segundo Bezerra et al. (2012), o trabalho dos enfermeiros, quando realizado em horário noturno, gera baixa QV, o que se justifica pela mudança de rotina e do sono, responsável pelo descanso dos profissionais. Contudo, as pontuações dos 20 (14,28%) profissionais que atuam exclusivamente no período noturno no IEE e WHOQOL-*bref* não foram as mais baixas verificadas; ao contrário, as menores foram as dos que atuam no período diurno, conforme supracitado. Resultados semelhantes foram encontrados por Vidotti et al. (2011), que identificaram níveis mais elevados de síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem do turno diurno, em comparação aos do noturno, e por razões diferentes, não mencionadas pelos autores.

Os domínios com pontuações mais altas no IEE e maior correlação com o turno de trabalho foram *fatores intrínsecos ao trabalho*, dos profissionais que atuam apenas no período noturno e que atuam no período noturno e diurno, e relações no trabalho dos profissionais que atuam nos dois períodos. Além de possíveis agentes estressores, as (más) relações de trabalho, no que tange ao estímulo dado às equipes de enfermagem, bem como à valorização de seu trabalho por parte da chefia, podem levar à insatisfação laboral (WISNIEWSKI et al., 2015). Cabe ressaltar que as relações de trabalho também são negativamente influenciadas pela disputa de poder advinda do tempo de atuação ou da categoria dos profissionais (SANSONI et al., 2016).

Apesar da natureza e da dinâmica desgastante do ambiente de trabalho no SAMU, muitas vezes imprevisível e com riscos inesperados, por ser desenvolvido em um ambiente arriscado por fatores emocionais, físicos, de segurança e de trânsito (CASTRO et al., 2018), não houve correlação dos índices de QV no domínio *meio ambiente* com o turno dos profissionais que trabalham em turnos alternantes, diurno e noturno. Esse achado pode ser justificado pela inerência ao trabalho e pela naturalidade com que esses riscos são percebidos (ANDRADE; SIQUEIRA JUNIOR, 2014).

Uma importante correlação foi identificada entre os escores dos questionários e a variável função, conforme verificado em outros estudos (TRETTENE et al., 2016; FREIRE et al., 2016; PASCHOAL et al., 2006). Na análise bivariada, realizada para compreender esta relação, verificou-se que os enfermeiros apresentaram melhores índices de QV em relação aos técnicos de enfermagem. A justificativa para esses resultados parece estar pautada nas características próprias das atividades exercidas pelo técnico, especialmente os atendimentos

nas USB, coordenadas pelos médicos reguladores e não por enfermeiros (ALVES et al., 2013).

A origem do estresse e conseqüente prejuízo à QV desses profissionais e daqueles que atuam nas Centrais de Regulação também pode estar relacionada à impossibilidade de conferência da situação do paciente, somado ao despreparo de algumas equipes de assistência das USB, segundo Ortiga et al. (2016). Essa afirmativa pode justificar os resultados deste estudo quanto aos melhores índices de QV entre os profissionais que atuam nos APH do que entre os que atuam na Central de Regulação. Pesquisa realizada por Veronese et al. (2012) sobre as demandas não pertinentes evidenciou divergências entre a população solicitante do SAMU e os critérios utilizados pela regulação do serviço.

Na comparação das RFE com os domínios do IEE (*fatores intrínsecos ao trabalho, relações no trabalho, papéis estressores da carreira, e estrutura e cultura organizacional*) e WHOQOL-bref (domínio *físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente*), apenas não houve correlação significativa entre as RFE e os *fatores intrínsecos ao trabalho e estrutura e cultura organizacional*. Também não houve correlação entre *fatores intrínsecos ao trabalho, relações sociais, e estrutura e cultura organizacional* com *domínio físico e relações sociais*.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostraram que a equipe de enfermagem do SAMU-DF é composta predominantemente por adultos jovens, brancos e que atuam em jornada de trabalho de 40 horas semanais. Entre os participantes do estudo, houve menção à presença de doenças crônicas e uso de medicamentos. Os profissionais que atuam em ambientes mais tensos e com maiores escores que indicam a presença de agentes estressores são os que alternam o turno de trabalho entre o dia e a noite, seguido pelos que atuam apenas a noite e, por último, os que trabalham durante o dia. Já a QV dos profissionais que trabalham na alternância de turnos foi maior que a dos demais, enquanto os profissionais que atuam apenas durante o dia foram os que apresentaram menores índices de QV.

O domínio do IEE que apresentou maiores escores, o que significa maior percepção de agentes estressores pelos profissionais, foi *estrutura e cultura organizacional*, embora não tenha sido encontrada relação significativa entre este e os domínios *físico* e *meio ambiente* do WHOQOL-bref.

As RFE mais mencionadas foram: cefaleia por tensão, enxaqueca, dores no estômago, palpitações, pele oleosa, fadiga e exaustão, boca seca, tremores nas mãos, dores lombares e pressão sanguínea alta. Ainda assim, a média geral do escore indicou que a presença dos sintomas é baixa. Entre os adultos jovens, houve predomínio de sintomas moderados de estresse.

Entre os profissionais de enfermagem que atuam exclusivamente durante a noite, o domínio *fatores intrínsecos ao trabalho* foi o que mais apresentou agentes estressores, usando o IEE para realizar essa mensuração. Em contrapartida, o domínio *psicológico* apresentou melhores resultados, de acordo com o WHOQOL-bref.

A QV dos profissionais foi menor na presença de doença crônica, entre os profissionais de nível médio e aqueles que, embora tenham nível superior de formação, atuam como técnicos de enfermagem. Trabalhar na Central de Regulação também afetou os níveis de QV.

É oportuno comentar que algumas variáveis, como estado civil, quantidade de filhos, medidas de enfrentamento do estresse e redes de apoio, não foram avaliadas, apesar de serem importantes para a análise da QV. Contudo, esses resultados acendem premissas importantes para a realização de novas investigações sobre esse aspecto, considerando os profissionais do SAMU.

Almeja-se que os resultados deste estudo possibilitem que os gerentes de enfermagem e coordenadores do SAMU atuem junto de sua equipe, fornecendo apoio e encaminhamento ao atendimento especializado. No mais, vislumbra-se, além da melhoria da QV dos funcionários, a elaboração de diagnósticos situacionais e práticas de educação permanentes, que propiciem a garantia da qualidade da assistência e segurança do paciente atendido.



## 8 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Marco Antônio Bettine; GUTIERREZ, Gustavo Luiz; MARQUES, Renato. Qualidade de vida: definições e conceitos. In: \_\_\_\_ (Orgs). **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: EACH/USP, 2012.
- ALMONDES, Moraes de Almondes; SALES, Eleni de Araújo; MEIRA, Maísa de Oliveira. Serviço de Psicologia no SAMU: Campo de Atuação em Desenvolvimento. **Psicologia Ciência e Profissão** [Internet], Natal-RN, v. 36, n. 2, p. 449-457, 2016.
- AL-SHAQSI, Sultan. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. **Oman Medical Journal**, Dunedin, New Zealand, v. 25, n. 4, p. 320-323, 2010.
- ALVES, Marília et al. Particularidades do trabalho do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 208-215, mar. 2013.
- ANDRADE Maria Cara Miranda; SIQUEIRA JÚNIOR, Antônio Carlos. Estresse ocupacional no serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 376-383, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/934>>. Acesso em: 06 mai. 2019.
- AZEVEDO, Bruno Del Sarto; NERY, Adriana Alves; CARDOSO, Jefferson Paixão. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e3940015, 2017.
- BARBOSA, Mayara Lima et al. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1293-1302, abr. 2018.
- BATISTA, Marco Job et al. Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, série IV, n. 13, p. 83-92, abr./jun. 2017.
- BEZERRA, Francimar Nipo; SILVA, Telma Marques da; RAMOS, Vânia Pinheiro. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, número especial 2, p. 151-156, 2012.
- BOGAERT, Van Peter et al. Impact of role-, job- and organizational characteristics on Nursing Unit Managers' work related stress and well-being. **Journal of Advanced Nursing**, Wilrijk- Bélgica, v. 70, n. 11, p. 2622-2633, nov. 2014.
- BOHSTROM, Dan et al. Gerenciando o estresse no atendimento pré-hospitalar: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros de ambulância. **International Emergency Nursing**, Gothenburg, v. 32, p. 28-33, mai. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº. 5.055, de 27 de abril de 2004**. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Decreto. **Decreto nº 5055, de 27 de abril de 2004**. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. Brasília, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Lei. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986.

CAMPOS, Paulo Fernando de Souza; OGUISSO, Taka. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 892-898, dez. 2008.

CAMPOS, Renata Moreira; FARIAS, Glaucia Maciel de; RAMOS, Cristina da Silva. Satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU/Natal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.11, n. 3, p. 647-657, 2009.

CARRENO, Ioná; VELEDA, Cristiano Noelli; MORESCHI, Claudete. Características da equipe de atendimento pré-hospitalar no interior do Rio Grande do Sul. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 88-94, jan-mar. 2015.

CASTRO, Grayce Louyse Tinôco de et al. Proposta de passos para a segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e3810016, 2018.

CHUNG, Chin Hung. The evolution of emergency medicine. **Hong Kong Journal of Emergency Medicine**, Hong Kong, v. 8, n. 2, p. 84-89, 2001.

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva et al. Gerência do cuidado e governança de enfermagem em uma maternidade: teoria fundamentada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1277-1283, dez. 2017.

COSTA Maria Antônio Ramos et al. Concepção dos profissionais de serviço de emergência sobre qualidade de vida. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.38, n.1, p. 35, 2017.

CRISTINA, Aparecida Jane et al. Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 14, n. 2, p. 97-105, dez. 2008.

DA SILVA, Alex Gomes et al. Caracterização dos atendimentos do Serviço Móvel de Urgência - SAMU, Maringá-PR. In: VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, Maringá, 2013. **Anais [...]**. Maringá: Cesumar, 2013.

DE MORAES, Fernanda et al. Estratégias de coping utilizadas por trabalhadores de Enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, 20:e 966, 2016.

DICK, Wolfgang. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 18, n. 1, p. 29-35, jan./mar. 2003.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **SAMU 192- DF**. Disponível em:< <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/samu-df.html> >. Acesso em: 21 abr. 2016.

DOLOR, André Luis Tavares. **Atendimento pré-hospitalar: histórico do papel do enfermeiro e os desafios ético-legais**. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração em Serviços de Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DONG, Hongyun et al. Distúrbios do sono entre enfermeiras clínicas chinesas em hospitais gerais e seus fatores de influência. **BMC psiquiatria**, v. 17, n.1 p. 241, jul. 2017.

DROPKING, Jonathan et al. Efeito da resiliência e idade nas lesões musculoesqueléticas e perda de dias de trabalho na equipe de atendimento médico de emergência. **Jornal Internacional de Ergonomia Industrial**, v. 69, p. 184-193, jan. 2017.

FLECK, Marcelo PA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, abr. 2000.

FRANÇA, Salomão Patrício de Souza et al. Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros nos serviços de emergência pré-hospitalares. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 68-73, 2012.

FREIRE, Mariana Nascimento; COSTA, Emanuele Rosados. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador-BA, 2016 v. 5, n. 2, p. 151-158, jan./jun. 2016.

GIARETTA, Vanize et al. Perfil das ocorrências em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 2, p. 478-487, mai./ago. 2012.

GIROUD, Marc. **SAMU - System of Emergency Medical Assistance in France**. 2016. Disponível em: <[http://www.samu-de-france.fr/en/System\\_of\\_Emergency\\_in\\_France\\_MG\\_0607](http://www.samu-de-france.fr/en/System_of_Emergency_in_France_MG_0607)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

GOMES, Rosemeire Kuchiniski; OLIVEIRA, Vera Barros de. Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 63, n. 138, p. 23-33, jun. 2013.

GONÇALVES, Leandro Augusto Pires; MENDONÇA, André Luis de Oliveira; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. A interação entre médicos e enfermeiras em um contexto hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 683-692, mar. 2019.

GREENBERG, Jerrold. **Administração do estresse**. 6 ed. São Paulo: Editora Manole, p.390,2002.

ILIC, Ivana Mirjana et al. Relacionamentos de riscos psicossociais relacionados ao trabalho, estresse, fatores individuais e burnout - Levantamento de questionário entre médicos e enfermeiros de emergência. **Medycyna Pracy**, Serbia, v. 68, n. 2, p. 167-178, 2017.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015.

LANDEIRO, Graziela Macedo Bastos et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4257-4266, 2011.

LAVICH, Claudia Rosane Perico et al. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e62261, 2017.

LILIY, Safina et al. The Higher Education Impact on the Quality of Young People Working Life. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, Cazã - Russia, v. 191, p. 2412-2415, jun. 2015.

LOPES, Sérgio Luiz Brasileiro; FERNANDES, Rosana Joaquim. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, n. 4, p. 381-387, 1999.

LUCHTEMBERG, Marilene Nonnemacher; PIRES, Denise Elvira. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 213-220, abr. 2016.

LÚCIO, Marcelo Guedes; GUSMÃO, Cristine Marina pereira; TORRES Marina Canuto. Riscos Ocupacionais do atendimento pré-hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Interfaces Científicas**, Aracaju, v. 1, n. 3, p. 69-77, jun. 2013.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, jun. 2011.

MACIEL, Maria da Piedade Gomes de Souza et al. Uso de medicamentos psicoativos entre profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 11, p. 2881-2887, jul. 2017.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza et al. Avaliação da capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem de pronto-socorro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Santa Maria - RS, v. 15, n. 2, p. 523-532, 2013.

MARQUES, Cinthia Rafaelle do Carmo Santos et al. Avaliação dos riscos ergonômicos relacionados à atividade de bombeiros militares. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 8, n. 9, p. 3082-3089, set. 2014.

MARTINS, Cláudia Cristiane Filgueira Rodrigues; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. The body speaks: physical and psychological aspects of stress in nursing professionals. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3587-3596, jan. 2016.

MARTINS, Claudia Cristiane Filgueira; VIEIRA, Alcivan Nunes; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. The wearing related to work in the perspective of nurses of pre-hospital care. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 2024-2032, jun. 2011.

MARTINS, Pedro Paulo; PRADO, Marta Lenise. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 71-75, jan./fev. 2003.

MCGILTON, Katherine Simone et al. Recommendations From the International Consortium on Professional Nursing Practice in Long-Term Care Homes. **JAMDA**, v. 17, n. 2, p. 99-103, fev. 2016.

MEDINA, Neuma Vital Julca; TAKAHASHI, Regina Toshie. A busca da graduação em enfermagem como opção dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 101-108, dez. 2003.

MELLO, Rita de Cassia Corrêa; REIS, Luciana Bicalho; RAMOS, Fabiana Pinheiro. Estresse em profissionais de enfermagem: importância da variável clima organizacional. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p. 193-207, 2018.

MENDES, Sandra Soares; FERREIRA, Luciane Ruiz Carmona; DE MARTINO, Milva Maria Figueiredo. Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 199-208, jun. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, ago. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; Hartz Zulmira Maria de Araújo; Buss Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOTA, Amanda dos Santos; SILVA, Ana Lúcia Abrahão da; SOUZA, Ândrea Cardoso de. Educação permanente: Práticas e processos da enfermagem em saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, número especial 4, p. 9-16, out. 2016.

MUNIZ, Jerônimo Oliveira. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 277-291, jun. 2010.

O'DWYER, Gisele et al. **O processo de implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192**. Brasília, 2003.

O'DWYER, Gisele et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00043716, 2017.

O'DWYER, Gisele; MATTOS, Ruben Araújo. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 199-210, mar. 2013.

OLIVEIRA, Ana Maria de et al. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 2, p. s433-s439, dez. 2010.

OLIVEIRA, Felipe Perucci de; MAZZAIA, Maria Cristina; MARCOLAN, João Fernando. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 209-215, jun. 2015.

ORTIGA, Angela Maria Blatt et al. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00176714, 2016.

PADILHA, Catia Grillo et al. Carga de trabalho de enfermagem, estresse/burnout, satisfação e incidentes em unidade de terapia intensiva de trauma. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26; n. 3, p. 1-8, 2017.

PAIVA, Jéssyca Dayana Marques et al. Fatores desencadeantes da síndrome de burnout em enfermeiros. **Revista de Enfermagem**, Recife, v.13, n.1, p. 483-490, jan. 2019.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; LACERDA, Maria Ribeiro. A Educação Permanente Em Enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p.336-343, set. 2006.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; LACERDA, Maria Ribeiro. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 36-43, set. 2006.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; DOS SANTOS, Anderlei. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, jun. 2012.

PEREIRA, José Matias. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 3 ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2012.

PEREIRA, Vidal Audrey. O cotidiano de enfermeiras e enfermeiros: relações de gênero, a partir do tempo no hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 945-953, out. 2015.

PIMENTA, Adriano Marçal; ASSUNCAO, Ada Ávila. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 41, e6, 2016.

PORTO, Adrize Rutz; RODRIGUES, Sabrina da Silva; JONER, Leandro Rauber; NOGUEZ, Patrícia Tuerlinckx; THOFEHRN, Maira Buss; DAL PAI, Daiane. Autoavaliação de saúde e doenças crônicas entre enfermeiros de Pelotas/RS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 761-9, 30 set. 2013.

POZNER, Charles al. International EMS systems: The United States: past, present, and future. **Resuscitation**, v. 60, n. 3, p. 239-44, mar. 2004.

PRAIRIE, Jérôme; CORBEIL, Philippe. Paramédicos no trabalho: Avaliação dinâmica do movimento do tronco no local de trabalho. **Applied Ergonomics**, v. 45, p. 895-903, 2014.

PUERTO, Jesús Cremades et al. Uma nova contribuição para a classificação dos fatores estressores que afetam os profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.25, e:2895, 2017.

RIBEIRO, Antônio César; SILVA, Yanna Baralle. Enfermagem pré-hospitalar no suporte básico de vida: postulados ético-legais da profissão. **Cogitare Enfermagem**, Cuiabá-MT, v. 21, n. 1, p. 1-8, mar. 2016.

RIBEIRO, Renata Perfeito et al. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e65127, 2018.

RIBEIRO, Renata Perfeito et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 495-504, abr. 2012.

ROCHA, Patrícia Kuerten et al. Assistência de enfermagem em serviço pré-hospitalar e remoção aeromédica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 695-698, dez. 2003.

RUBACK, Sabrina Pinto; TAVARES, Joyce Martins Arimatea Branco; LINS, Silvia Maria de Sá Basílio; CAMPOS, Tatiane da Silva; ROCHA, Ronilson Gonçalves; CAETANO, Débora Andrade. Estresse e síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem que atuam na nefrologia: uma revisão integrativa. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 889-899, set. 2018.

SANSONI, Janet et al. Nurses' Job satisfaction: an Italian study. Società Editrice Universo: Annali Di Igiene, Medicina Preventiva e Comunità. **Ann Ig**, v. 28, n. 1, p. 58-69, jan./fev. 2016.

SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos; COELHO, Thereza Christina Bahia; ARAUJO, Edna Maria de. Identificação racial e a produção da informação em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 341-356, jun. 2013.

SANTOS, Flávia Duarte dos et al. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 330-337, June 2009.

Seidl Eliane Maria Fleury, Zannon Cecília Maria Lana da Costa, Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILVA, Aline Moraes; GUIMARAES, Liliana Andolpho Magalhães. Occupational Stress and Quality of Life in Nursing. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 63, p. 63-70, abr. 2016.

SILVA, Amanda Aparecida; ROTENBERG, Lúcia; FISCHER, Frida Marina. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1117-1126, dez. 2011.

SILVA, Juliana Guimarães et al. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 591-603, dez. 2009.

SILVA, Rosângela Maicon et al. Efeitos do trabalho na saúde de enfermeiros que atuam em clínica cirúrgica de hospitais universitários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, p.1-7, 2016.

SILVA, Thais Araujo da. **Identidade e escolhas profissionais na perspectiva de graduandos de Enfermagem**. 2015. (Dissertação de mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SMITH, Malcolm; CONN, Alasdair. Prehospital care - scoop and run or stay and play? **Injury**, Boston-USA, v. 40, n. 4, p. 23-26, nov. 2009.

SOARES, Rafael da Silva et al. Estresse e demais fatores de risco para hipertensão arterial entre profissionais militares da área de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, volume 4, p. 45-48, mai. 2012.

STACCIARINI, Jeanne Marie; TRÓCCOLI Bartholomeu. Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 8, n. 6, p. 40-49, dez. 2000.

STACCIARINI, Jeanne Marie R.; TROCCOLI, Bartholomeu T.. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, Apr. 2001.

STUTZ, Beatriz Lemos. Técnico de enfermagem: o perfil traçado por profissionais da área. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 606-614, dez. 1999.

TACAHASHI, Dilma Mineko. Assistência de enfermagem pré-hospitalar às emergências – um novo desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 2/3, p. 113- 115, 1991.



TANNEBAUM, Ross Dilan. et al. Emergency medicine in Southern Brazil. **Ann Emerg Med**, Boston, v. 37, n. 2, p. 223-228, fev. 2001.

TAVARES, Tayrine Ypuena et al. O Cotidiano dos Enfermeiros que Atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Belo Horizonte, 7:e1466, 2017.

TEIXEIRA, Rosária de Campos; MANTOVANI, Maria de Fátima. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 415-421, jun. 2009.

TEODOSIO, Sheila Saint-Clair; PADILHA, Maria Itayra. “Ser enfermeiro”: escolha profissional e a construção dos processos identitários (anos 1970). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 428-434, jun. 2016.

TRAJANO, Ana Rita Castro; DA CUNHA, Dayse Moreira. Processo de trabalho no samu e humanização do sus do ponto de vista da atividade humana. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 113-136, 2011.

TRETTENE, Armando dos Santos et al. Estresse em profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Pronto Atendimento. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 36, n. 91, p. 243-261, jul. 2016.

UMANN, Juliane; GUIDO, Laura de Azevedo; SILVA, Rodrigo Marques. Stress, coping and presenteeism in nurses assisting critical and potentially critical patients. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 891-898, out. 2014.

VAGHETTI, Helena Heidtmann et al. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 267-275, jan./abr. 2007.

VEGIAN, Camila Fernanda Lourençon; MONTEIRO, Maria Inês. Condições de vida e trabalho de profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 1-7, jul./ago, 2011.

VELOSO, Isabela Silva Cancio; ARAUJO, Meiriele Tavares; ALVES, Marília. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 126-132, dez. 2012.

VIDOTTI, Viviane et al. Síndrome de Burnout e o trabalho em turnos na equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e3022, fev. 2019.

WILSON, Mark et al. Pre-hospital emergency medicine. **Lancet**, Boston, v.386, p. 2526–2534, dez. 2015.

WISNIEWSKI, Danielle et al. Satisfação profissional da equipe de enfermagem x condições e relações de trabalho: Estudo relacional. **Texto & Contexto Enfermagem** Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 850-858, set. 2015.

**APÊNDICES****Apêndice A – Questionário de Caracterização**

<p>1. Unidade:</p> <p>2. Nº Controle: _____ Data: _____</p> <p>3. Data de nascimento: _____</p> <p>4. Qual a sua cor?</p> <p>5. Sexo: F ( ) M ( )</p> <p>6. Possui alguma doença crônica? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>6.1 Se sim, qual? _____</p> <p>7. Você utiliza algum medicamento continuamente? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>7.1 Se sim, qual? _____</p> <p>8. Qual função exerce no SAMU? Téc. de enfermagem ( ) Enfermeiro ( )</p> <p>9. Qual a sua escolaridade? Ensino Médio ( ) Superior ( )</p> <p>10. A quanto tempo trabalha no SAMU? _____</p>
<p>11. Qual sua carga horária no SAMU? _____</p> <p>12. Em qual período trabalha mais frequentemente? Manhã ( ) Tarde ( ) Noite ( )</p>

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Análise da influência do processo de trabalho na qualidade de vida de enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência”, sob a responsabilidade do pesquisador Vinícius Faleiros Martins, e orientação do Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro. Este termo de consentimento fornece informações sobre o estudo do qual você pode querer participar. Leia atentamente as informações e se você tiver dúvidas, peça explicações ao pesquisador do estudo ou a alguém de sua equipe.

Os profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) atuam em um ambiente tenso, em muitos casos, com risco de comprometimento da saúde, exigindo-lhes conhecimento técnico-científico, segurança e estabilidade emocional, uma vez que vivenciam a expectativa de emergência, que pode gerar medo do desconhecido, sentimentos limítrofes, contato com a população e a morte.

Por isso, o objetivo desta pesquisa é conhecer a qualidade de vida de Enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no Serviço de Atendimento de Médica de Urgência (SAMU).

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Para garantir a confidencialidade dos seus dados pessoais e proteger a sua privacidade, todas as suas informações pessoais serão anonimizadas, ou seja, seu nome será substituído por um código numérico. Seu nome não será identificado em nenhum relatório ou publicação do estudo.

O estudo será realizado nas bases do SAMU do Distrito Federal e sua participação se dará por meio de entrevistas a partir de questionários autoaplicáveis, ou seja, você mesmo preencherá as respostas, em data e horário previamente combinados e durante o seu repouso com um tempo estimado de 30 minutos para sua realização. O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento), se alguma questão que lhe trouxer constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

O risco decorrente de sua participação da pesquisa é constrangimento e danos nos aspectos psicológicos, morais e sociais, decorrentes dos questionamentos durante a fase de coleta de dados. Para que tais riscos sejam minimizados, você responderá os instrumentos, que são auto aplicáveis, em local reservado, e será informado que poderá interromper sua

participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Além disso, você terá todos os subsídios adequados para o atendimento médico e psicológico se ocorrer alguma intercorrência decorrente de sua participação na pesquisa, bem como acesso a atendimento especializado, conforme necessidade. A fim de minimizar o risco à dimensão social, envolvendo as relações de trabalho e institucionais, somente os pesquisadores terão acesso aos instrumentos de coleta de dados preenchidos.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo para o preenchimento dos questionários. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília e enviados ao SAMU, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: pesquisador responsável Vinícius Faleiros Martins, inclusive ligações a cobrar (061) 983193969 ou na UNB no telefone (61) 3107-1947. O pesquisador também pode ser encontrado pelo e-mail [faleirosvf@gmail.com](mailto:faleirosvf@gmail.com).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4940.

Eu li este termo de consentimento e seu conteúdo me foi explicado. Compreendo o objetivo deste estudo e o que acontecerá comigo durante sua realização.

Ao assinar este termo de consentimento, você não está abrindo mão de nenhum direito legal, incluindo o direito de pedir indenização por danos resultantes de sua participação neste estudo.

Declaro estar recebendo uma via original deste termo, assinada pelo pesquisador do estudo e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

---

Nome / assinatura do participante da pesquisa

---

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## ANEXOS

### ANEXO A – Inventário de Estresse dos Profissionais

Leia cuidadosamente cada uma das sentenças listadas abaixo, que apontam situações comuns à atuação do profissional de enfermagem. Considerando o ambiente de trabalho onde se encontra no momento, indique se nos **últimos seis meses** elas representaram para você fontes de tensão ou estresse, de acordo com a seguinte escala:

**(1) nunca, (2) raramente, (3) algumas vezes, (4) muitas vezes e (5) sempre**

01. Começar em uma função nova
02. Executar tarefas distintas simultaneamente
03. Resolver imprevistos que acontecem no local de trabalho
04. Fazer um trabalho repetitivo
05. Sentir desgaste emocional com o trabalho
06. Fazer esforço físico para cumprir o trabalho
07. Desenvolver atividades além da minha função ocupacional
08. Responder por mais de uma função neste emprego
09. Cumprir na prática uma carga horária maior
10. Levar serviço para fazer em casa
11. Administrar ou supervisionar o trabalho de outras pessoas
12. Conciliar as questões profissionais com as familiares
13. Falta de material necessário ao trabalho
14. Manter-se atualizada
15. Falta de recursos humanos
16. Trabalhar com pessoas despreparadas
17. Trabalhar em instalações físicas inadequadas
18. Falta de espaço no trabalho para discutir as experiências, tanto as positivas como as negativas
19. Fazer turnos alternados de trabalho
20. Trabalhar em horário noturno
21. Trabalhar em ambiente insalubre
22. Trabalhar em clima de competitividade
23. Relacionamento com os colegas enfermeiros
24. Relacionamento com a equipe médica

25. Relacionamento com a chefia
26. Trabalhar em equipe
27. Prestar assistência ao paciente
28. Prestar assistência a pacientes graves
29. Atender familiares de pacientes
30. Distanciamento entre a teoria e a prática
31. Ensinar o aluno
32. Desenvolver pesquisa
33. Executar procedimentos rápidos
34. Ter um prazo curto para cumprir ordens
35. Restrição da autonomia profissional
36. Interferência da Política Institucional no trabalho
37. Sentir-se impotente diante das tarefas a serem realizadas
38. Dedicção exclusiva à profissão
39. Indefinição do papel do enfermeiro
40. Responsabilizar-se pela qualidade de serviço que a Instituição presta
41. Impossibilidade de prestar assistência direta ao paciente
42. A especialidade em que trabalho
43. Atender um número grande de pessoas
44. Receber este salário

## ANEXO B – Inventário de Reações Fisiológicas ao Estresse

Faça um círculo em torno do número que melhor representa a frequência de ocorrência dos seguintes sintomas físicos:

(1) nunca (2) raramente (3) as vezes (4) frequentemente (5) constantemente

1. Dores de cabeça (cefaleia) por tensão      1 2 3 4 5
2. Enxaqueca (cefaleia vascular)      1 2 3 4 5
3. Dores de estômago      1 2 3 4 5
4. Aumento na pressão sanguínea      1 2 3 4 5
5. Mãos frias      1 2 3 4 5
6. Acidez estomacal      1 2 3 4 5
7. Respiração rápida e superficial      1 2 3 4 5
8. Diarréia      1 2 3 4 5
9. Palpitações      1 2 3 4 5
10. Mãos trêmulas      1 2 3 4 5
11. Arroto      1 2 3 4 5
12. Gases      1 2 3 4 5
13. Maior urgência para micção      1 2 3 4 5
14. Transpiração nas mãos ou nos pés      1 2 3 4 5
15. Pele oleosa      1 2 3 4 5
16. Fadiga/ sensação de exaustão      1 2 3 4 5
17. Respiração ofegante      1 2 3 4 5
18. Boca seca      1 2 3 4 5
19. Tremor nas mãos      1 2 3 4 5
20. Dores lombares      1 2 3 4 5
21. Rigidez no pescoço      1 2 3 4 5
22. Mascar chicletes      1 2 3 4 5
23. Ranger de dentes      1 2 3 4 5
24. Constipação      1 2 3 4 5
25. Sensação de aperto no peito/ coração      1 2 3 4 5
26. Tontura      1 2 3 4 5
27. Náusea/ vômito      1 2 3 4 5
28. Dor menstrual      1 2 3 4 5



29. Manchas na pele      1 2 3 4 5
30. Extrassístoles      1 2 3 4 5
31. Colite      1 2 3 4 5
32. Asma      1 2 3 4 5
33. Indigestão      1 2 3 4 5
34. Pressão sanguínea alta      1 2 3 4 5
35. Hiperventilação      1 2 3 4 5
36. Artrite      1 2 3 4 5
37. Erupção cutânea      1 2 3 4 5
38. Bruxismo/ dor na mandíbula      1 2 3 4 5
39. Alergia      1 2 3 4 5

ANEXO C – *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*  
**World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) (The WHOQOL Group,  
 1998)**

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 favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e 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	nem	satisfeito	Muito

		insatisfeito		satisfeito nem insatisfeito		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	1	2	3	4	5

	onde mora?					
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu 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

As questões seguintes referem-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

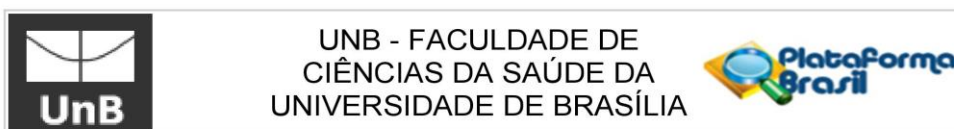
Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## ANEXO D – Parecer Consubstanciado emitido pelo CEP UnB-FS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Análise da influência do processo de trabalho na qualidade de vida de enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**Pesquisador:** Vinicius Faleiros Martins

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 96586718.0.0000.0030

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade de

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.975.430

**Apresentação do Projeto:**

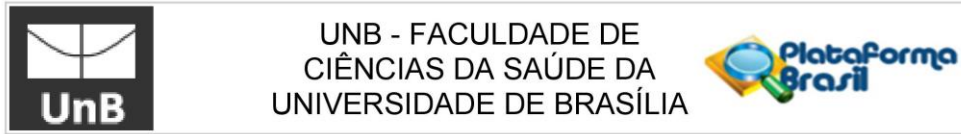
Trata-se de uma resposta ao Parecer Consubstanciado n. 2.915.738

Segundo os pesquisadores no PB Informações Básicas do Projeto:

"Resumo:

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) compreende um serviço de Atendimento Pre Hospitalar (APH) que visa atender, encaminhar e transportar de forma rápida e qualificada, usuários do sistema de saúde em situação de risco. As habilidades profissionais, recursos tecnológicos, entrosamento da equipe e treinamento específico, constituintes do processo de trabalho, são requisitos fundamentais para a manutenção e desenvolvimento da motivação e da Qualidade de Vida (QV) nos ambientes de trabalho. O objetivo geral do estudo é conhecer a QV de enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no SAMU no Distrito Federal (DF). Os objetivos específicos são descrever o perfil sociodemográfico, de saúde e estilo de vida dos enfermeiros e técnicos de enfermagem do SAMU; identificar as principais causas de absenteísmo destes profissionais; identificar a presença de agentes estressores no trabalho e as respostas fisiológicas ao estresse, e • analisar a influência do processo de trabalho do SAMU na QV dos profissionais de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo de base epidemiológica do tipo transversal

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.975.430

descritivo, a ser desenvolvido nas bases das equipes do SAMU nas regiões sudoeste, oeste, centro-sul, e centro-norte. Os dados serão obtidos mediante questionários fechados, validados e autoaplicáveis, e serão analisados por estatística descritiva e inferencial. Pretende-se beneficiar os profissionais de enfermagem que atuam no APH, com o alerta sobre os riscos a QV. Espera-se ainda, que os resultados subsidiem a tomada de decisões e estimule a elaboração de propostas e intervenções de estruturação e fortalecimento de processos de trabalho que diminuam os danos a QV dos enfermeiros e técnicos de enfermagem e favoreçam a assistência baseada em evidências."

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os pesquisadores no PB Informações Básicas do Projeto:

"Objetivo Primario:

Conhecer a Qualidade de Vida de Enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no Serviço de Atendimento de Medica de Urgencia - SAMU

Objetivo Secundario:

- Descrever o perfil sociodemografico, de saúde e estilo de vida dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no SAMU;
- Identificar as principais causas de absenteísmo destes profissionais;
- Identificar a presença de agentes estressores e respostas fisiológicas ao estresse nos profissionais da enfermagem;
- Analisar a influencia do processo de trabalho do SAMU na QV dos profissionais de enfermagem."

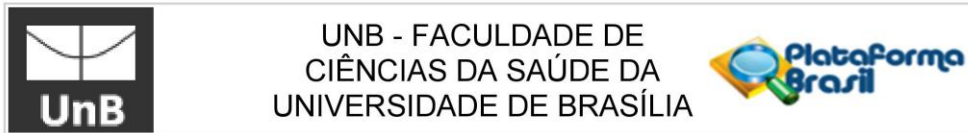
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores no PB Informações Básicas do Projeto:

"Riscos:

Uma vez que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradacoes variadas, os pesquisadores e as instituicoes envolvidas neste estudo se responsabilizarao por garantir que os danos previsiveis sejam evitados, buscando, entre outros, que os beneficios esperados sempre prevalecam sobre os riscos e/ou desconfortos previsiveis. Considerando o risco como a probabilidade de ocorrer um evento desfavoravel oriundo da participacao do sujeito na pesquisa, consideramos que durante a sua participacao, o participante pode sofrer constrangimento e danos nos aspectos psicologicos, morais e sociais, decorrentes dos questionamentos a ele impostos durante a fase de coleta de dados. Para que tais riscos sejam minimizados, o participante

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.975.430

respondera os instrumentos, que são auto aplicáveis, em local reservado, e será informado que poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Além disso, o pesquisador informará que irá fornecer os subsídios adequados para o atendimento médico e psicológico se ocorrer alguma intercorrência decorrente de sua participação na pesquisa, bem como acesso a atendimento especializado, conforme necessidade. A fim de minimizar o risco à dimensão social, envolvendo as relações de trabalho e institucionais, somente os pesquisadores de pesquisa terão acesso aos instrumentos de coleta de dados preenchidos. Além disso, os instrumentos serão identificados apenas por um número de controle e os mesmos serão mantidos em local seguro por um período mínimo de cinco anos, sendo incinerados posteriormente. O sigilo, o anonimato e o acesso a resultados da pesquisa, além da exclusão do participante do estudo a qualquer momento, serão garantidos sem qualquer prejuízo.

**Benefícios:**

Realizando-se uma comparação entre os riscos e os benefícios apresentados pela pesquisa, acredita-se que os benefícios serão muito maiores que os seus possíveis riscos, sendo, portanto, esta pesquisa capaz de ser realizada de acordo com os padrões estabelecidos pela Resolução 466/12. Além disso, os participantes que tiverem diminuição da QV, serão encaminhadas para atendimento especializado. Espera-se ainda que, de posse dos dados coletados, seja possível traçar o perfil sociodemográfico, de saúde e estilo de vida, avaliar a QV e o nível de estresse dos enfermeiros do SAMU no DF, bem como identificar as causas mais comuns de absenteísmo, para que seja possível quantificar a influência do processo de trabalho na QV. Outro benefício esperado é o benefício aos profissionais de enfermagem que atuam na APH, com o alerta em relação aos riscos à sua QV. Igualmente, almeja-se que, com isso, gerentes de enfermagem e coordenadores atuem junto à sua equipe fornecendo apoio e encaminhamento a atendimento especializado, vislumbrando além da melhoria da QV dos funcionários, a elaboração de diagnósticos situacionais e práticas de educação permanente para a garantia da qualidade da assistência e segurança do paciente atendido."

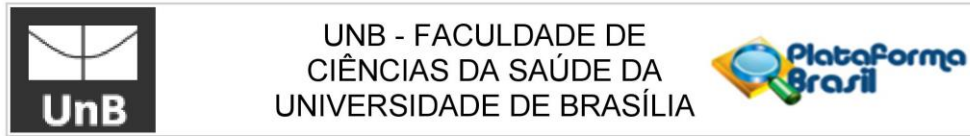
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, que será executado por Vinicius Faleiros Martins sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro.

A coleta de dados ocorrerá entre outubro e dezembro de 2018. E contará com 186 participantes, sendo estes todos funcionários do SAMU-DF. O recrutamento e a coleta acontecerão nas bases do

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com





Continuação do Parecer: 2.975.430

SAMU e durante o repouso da equipe, e o tempo previsto para a coleta de dados é de 30 minutos. Serão aplicados questionários sobre a qualidade de vida dos profissionais.

O orçamento do projeto, de financiamento próprio, prevê gastos no total de R\$ 1.140,00 envolvendo gastos com impressão, transporte do pesquisador e acesso à internet móvel.

**"Procedimento coleta de dados**

O pesquisador, mediante acordo previo com a coordenacao de cada base do SAMU e durante o repouso da equipe, aplicara os instrumentos de coleta de dados.

A coleta de dados sera realizada no momento que os profissionais de cada base do SAMU estiverem em seu repouso, as duvidas durante a aplicacao do questionario serao esclarecidas pelo pesquisador. O participante de pesquisa tera o tempo necessario para responder o questionario.

**Selecao da amostra**

Sera utilizada amostra do tipo conveniencia, uma vez que pretende-se aplicar o questionario a todos os profissionais de enfermagem presentes nas bases supracitadas no momento da coleta de dados, ou seja, 138 tecnicos de enfermagem e 48 enfermeiros."

**"Critério de Inclusao:**

Serao considerados participantes do estudo os enfermeiros e tecnicos de enfermagem que satisfizerem os seguintes criterios de inclusao:• Profissionais que estejam atuando no periodo da coleta de dados."

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

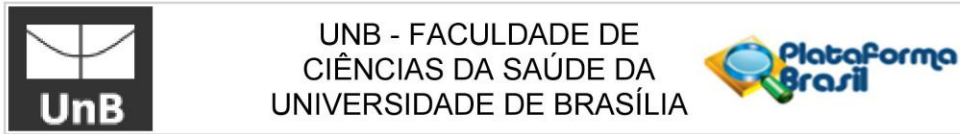
Foram analisados os seguintes documentos para a elaboração deste parecer:

Informações Básicas do Projeto: "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1192464.pdf" postado em 01/10/2018.

Carta em resposta às pendências apresentadas pelo CEP: "Carta\_resposta.pdf e Carta\_resposta.docx" postada em 01/10/2018.

Modelo de TCLE: "TCLE\_com\_alteracoes.pdf e TCLE\_com\_alteracoes.docx" postado em 01/10/2018.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.975.430

Projeto Detalhado: "Projeto\_detalhado\_com\_alteracoes.pdf e Projeto\_detalhado\_com\_alteracoes.docx" postado em 01/10/2018.

Cronograma - "Cronograma\_de\_Atividades\_\_novo.pdf e Cronograma\_de\_Atividades\_\_novo.docx" postado em 01/10/2018.

**Recomendações:**

Não se aplicam.

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

Análise das respostas às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 2.915.738:

1. Quanto ao modelo de TCLE.

1.1 Conforme o modelo disponibilizado no endereço <https://fs.unb.br/cep/modelos-de-documentos>, coloque as seguintes informações no TCLE:

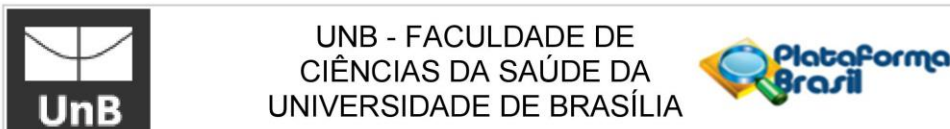
"Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidas por meio do telefone: (61) 3325-4940".

RESPOSTA: Conforme solicitado, foi incluído no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido as informações sobre a rotina do CEP FS/UNB e CEP da instituição coparticipante. As inclusões estão na página 2 e 3 do referido documento.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2 No TCLE, informe que o pesquisador da pesquisa poderá ser contatado inclusive por ligação a cobrar.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com)



Continuação do Parecer: 2.975.430

RESPOSTA: Conforme solicitado, foi incluído no Termo de Consentimento livre e Esclarecido a seguintes informação, "Se o (a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: pesquisador responsável Vinícius Faleiros Martins, inclusive por ligações a cobrar (061) 983193969 ou na UNB no telefone (61) 3107-1947." Inclusão na página 2 do referido documento.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.3 No TCLE o e-mail do pesquisador é apresentado como faleirosv@yahoo.com.br e na Plataforma Brasil como faleirosvf@gmail.com. Solicita-se que o mesmo endereço eletrônico seja utilizado em todos os documentos.

RESPOSTA: Conforme solicitado, foi alterado no TCLE e padronizado o e-mail: faleirosvf@gmail.com tanto no TCLE quanto na Plataforma Brasil, incluído na página 2.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Solicita-se a remoção do critério de exclusão apresentado. Os critérios de exclusão não são negativas dos critérios de inclusão. Para que o participante de pesquisa possa ser excluído, ele deverá ter sido inicialmente incluído. Tal mudança deve ser feita no Projeto Detalhado e na Plataforma Brasil.

RESPOSTA: Conforme solicitado, os critérios de exclusão foram retirados do projeto detalhado, e da Plataforma Brasil. A alteração pode ser verificada no item 5.3, página 6 do projeto detalhado.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

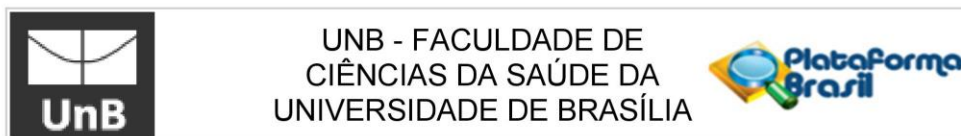
3. Solicita-se a retirada de todos os anexos do Projeto Detalhado, uma vez que estes já são apresentados em documentos à parte.

RESPOSTA: Conforme solicitado, todos os anexos do Projeto Detalhado foram retirados, como pode ser verificado a partir da página 15 do documento.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Conclusão: Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.975.430

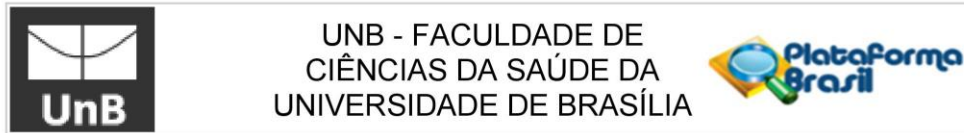
**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. O início das atividades de coleta dos dados do projeto devem aguardar a aprovação do projeto pelo CEP da instituição coparticipante, se for o caso.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1192464.pdf	01/10/2018 12:11:29		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	01/10/2018 12:09:37	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	01/10/2018 12:09:00	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_com_alteracoes.pdf	01/10/2018 12:08:25	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_com_alteracoes.docx	01/10/2018 12:07:57	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_com_alteracoes.pdf	01/10/2018 12:06:13	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_com_alteracoes.docx	01/10/2018 12:05:38	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_Atividades_novo.pdf	01/10/2018 12:05:17	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_Atividades_novo.docx	01/10/2018 12:04:57	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_da_Coparticipante_e_autorizacao_das_chefias.doc	12/08/2018 14:18:30	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_da_Coparticipante_e_autorizacao_das_chefias.pdf	12/08/2018 14:17:51	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade.doc	12/08/2018 14:15:51	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade.pdf	12/08/2018 14:15:17	Vinicius Faleiros Martins	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.975.430

Outros	Instrumentos_de_Coleta_de_Dados.docx	12/08/2018 14:14:37	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Instrumentos_De_Coleta_De_Dados.pdf	12/08/2018 14:14:18	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.doc	12/08/2018 14:13:44	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento.pdf	12/08/2018 14:13:15	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_Vinicius_Faleiros_Martins.pdf	12/08/2018 14:12:24	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_pedro_sadi_monteiro.pdf	12/08/2018 14:11:46	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	12/08/2018 14:07:48	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	12/08/2018 14:07:29	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	12/08/2018 14:04:49	Vinicius Faleiros Martins	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

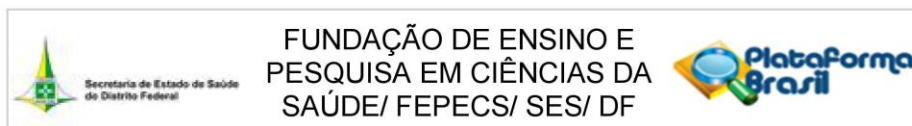
BRASILIA, 23 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Keila Elizabeth Fontana**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

## ANEXO E – Parecer Consubstanciado emitido pelo CEP-FEPECS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Análise da influência do processo de trabalho na qualidade de vida de enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**Pesquisador:** Vinicius Faleiros Martins

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 96586718.0.3001.5553

**Instituição Proponente:** SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.994.075

**Apresentação do Projeto:**

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) compreende um serviço de Atendimento Pré Hospitalar (APH) que visa atender, encaminhar e transportar de forma rápida e qualificada, usuários do sistema de saúde em situação de risco. As habilidades profissionais, recursos tecnológicos, entrosamento da equipe e treinamento específico, constituintes do processo de trabalho, são requisitos fundamentais para a manutenção e

desenvolvimento da motivação e da Qualidade de Vida (QV) nos ambientes de trabalho. O objetivo geral do estudo é conhecer a QV de enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no SAMU no Distrito Federal (DF)

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Conhecer a Qualidade de Vida de Enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no Serviço de Atendimento de Médica de Urgência - SAMU

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil sociodemográfico, de saúde e estilo de vida dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no SAMU;
- Identificar as principais causas de absenteísmo destes profissionais;

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

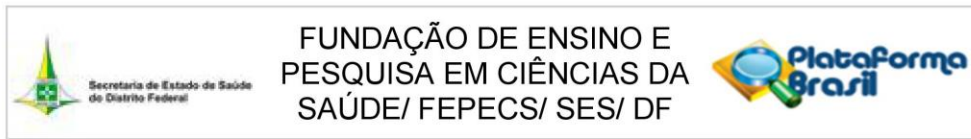
**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3325-4940

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.994.075

- Identificar a presença de agentes estressores e respostas fisiológicas ao estresse nos profissionais da enfermagem;•
- Analisar a influência do processo de trabalho do SAMU na QV dos profissionais de enfermagem.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

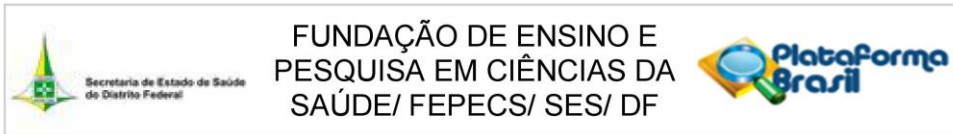
**Riscos:**

Uma vez que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas, os pesquisadores e as instituições envolvidas neste estudo se responsabilizarão por garantir que os danos previsíveis sejam evitados, buscando, entre outros, que os benefícios esperados sempre prevaleçam sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis. Considerando o risco como a probabilidade de ocorrer um evento desfavorável oriundo da participação do sujeito na pesquisa, consideramos que durante a sua participação, o participante pode sofrer constrangimento e danos nos aspectos psicológicos, morais e sociais, decorrentes dos questionamentos a ele impostos durante a fase de coleta de dados. Para que tais riscos sejam minimizados, o participante responderá os instrumentos, que são auto aplicáveis, em local reservado, e será informado que poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Além disso, o pesquisador informará que irá fornecer os subsídios adequados para o atendimento médico e psicológico se ocorrer alguma intercorrência decorrente de sua participação na pesquisa, bem como acesso a atendimento especializado, conforme necessidade. A fim de minimizar o risco à dimensão social, envolvendo as relações de trabalho e institucionais, somente os pesquisadores de pesquisa terão acesso aos instrumentos de coleta de dados preenchidos. Além disso, os instrumentos serão identificados apenas por um número de controle e os mesmos serão mantidos em local seguro por um período mínimo de cinco anos, sendo incinerados posteriormente. O sigilo, o anonimato e o acesso a resultados da pesquisa, além da exclusão do participante do estudo a qualquer momento, serão garantidos sem qualquer prejuízo.

**Benefícios:**

Realizando-se uma comparação entre os riscos e os benefícios apresentados pela pesquisa,

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.994.075

acredita-se que os benefícios serão muito maiores que os seus possíveis riscos, sendo, portanto, esta pesquisa capaz de ser realizada de acordo com os padrões estabelecidos pela Resolução 466/12. Além disso, os participantes que tiverem diminuição da QV, serão encaminhadas para atendimento especializado. Espera-se ainda que, de posse dos dados coletados, seja possível traçar o perfil sociodemográfico, de saúde e estilo de vida, avaliar a QV e o nível de estresse dos enfermeiros do SAMU no DF, bem como identificar as causas mais comuns de absenteísmo, para que seja possível quantificar a influência do processo de trabalho na QV. Outro benefício esperado é o benefício aos profissionais de enfermagem que atuam no APH, com o alerta em relação aos riscos à sua QV. Igualmente, almeja-se que, com isso, gerentes de enfermagem e coordenadores atuem junto à sua equipe fornecendo apoio e encaminhamento a atendimento especializado, vislumbrando além da melhoria da QV dos funcionários, a elaboração de diagnósticos situacionais e práticas de educação permanente para a garantia da qualidade da assistência e segurança do paciente atendido.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo descritivo de base epidemiológica do tipo transversal descritivo. Este estudo será realizado nas bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) das regiões sudoeste (Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas), oeste (Ceilândia e Brazlândia) e região centro-sul (Asa Sul, Lago Sul, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Guará, ParkWay e Candangolândia), bem como na central de regulação do Distrito Federal. Deste modo, serão utilizados os dados de 186 participantes da pesquisa, sendo 138 técnicos de enfermagem e 48 enfermeiros.

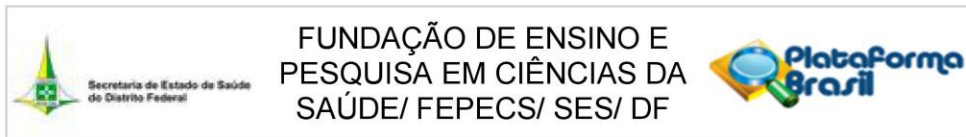
Estas regiões foram escolhidas por serem populosas e apresentarem diferentes características socioeconômicas, possibilitando a avaliação de equipes com diversos perfis de atendimentos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os Termos de Apresentação Obrigatória apresentados: Folha de Rosto, Termo de Anuência, Termo de Compromisso de pesquisador, Planilha de Orçamento, Cronograma, TCLE, Currículos, estão em

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com





Continuação do Parecer: 2.994.075

conformidade

**Recomendações:**

Alterar o contato telefônico do CEP FEPECS no TCLE e/ou outros termos destinados ao participante de pesquisa: 2017-2132 ramal 6878.

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

Projeto Aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS n° 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1243954.pdf	26/10/2018 10:33:06		Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_modelo_Fepecs_editavel.doc	25/10/2018 18:04:41	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_modelo_Fepecs.pdf	25/10/2018 18:03:39	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia_rubricada.pdf	25/10/2018 18:02:03	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.doc	25/10/2018	Vinicius Faleiros	Aceito

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

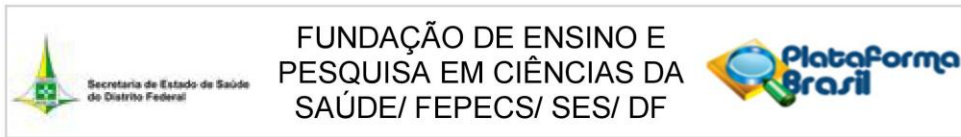
**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3325-4940

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.994.075

Outros	Termo_de_anuencia.doc	17:58:07	Martins	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	01/10/2018 12:09:37	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	01/10/2018 12:09:00	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_com_alteracoes.pdf	01/10/2018 12:08:25	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_com_alteracoes.docx	01/10/2018 12:07:57	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_com_alteracoes.pdf	01/10/2018 12:06:13	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_com_alteracoes.docx	01/10/2018 12:05:38	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_da_Coparticipante e autorizacao das chefias.doc	12/08/2018 14:18:30	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_da_Coparticipante e autorizacao das chefias.pdf	12/08/2018 14:17:51	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade.doc	12/08/2018 14:15:51	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade.pdf	12/08/2018 14:15:17	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Instrumentos_de_Coleta_de_Dados.docx	12/08/2018 14:14:37	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Instrumentos_De_Coleta_De_Dados.pdf	12/08/2018 14:14:18	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.doc	12/08/2018 14:13:44	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento.pdf	12/08/2018 14:13:15	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_Vinicius_Faleiros_Martins.pdf	12/08/2018 14:12:24	Vinicius Faleiros Martins	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_pedro_sadi_monteiro.pdf	12/08/2018 14:11:46	Vinicius Faleiros Martins	Aceito

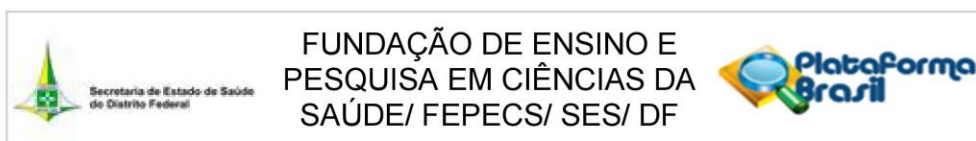
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.994.075

BRASILIA, 31 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**DILLIAN ADELAINÉ CESAR DA SILVA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com