

CAMILA FERNANDA LOURENÇON VEGIAN

**Capacidade para o trabalho e condições de vida
e trabalho entre profissionais de um Serviço de
Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência**

Campinas
2010

CAMILA FERNANDA LOURENÇON VEGIAN

Capacidade para o trabalho e condições de vida e trabalho entre profissionais de um Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho, UNICAMP.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

Campinas

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA

BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

V527c Vegian, Camila Fernanda Lourençon
Capacidade para o trabalho e condições de vida e trabalho entre profissionais de um Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência / Camila Fernanda Lourençon Vegian. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador: Maria Inês Monteiro
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Serviços médicos da emergência. 2. Ambulância. 3. Capacidade para o trabalho. 4. Riscos ocupacionais. 5. Estilo de vida. 6. Fadiga. 7. Condições de trabalho. I. Monteiro, Maria Inês. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : Work ability and fatigue among professionals working in a Service Pre-Hospital Mobile Emergency

Keywords: • Emergency medical services
• Ambulance
• Work ability
• Occupational risk
• Life style
• Work condition

Titulação: Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem e trabalho

Banca examinadora:

Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

Profa. Dra. Vanda Elisa Andres Felli

Profa. Dra. Izilda Esmenia Muglia Araujo

Data da defesa: 30-07-2010

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

CAMILA FERNANDA LOURENÇON (RA: 001418)

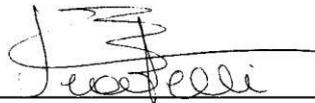
Orientador (a) PROFA. DRA. MARIA INÊS MONTEIRO

Membros:

1. PROFA. DRA. MARIA INÊS MONTEIRO



2. PROFA. DRA. VANDA ELISA ANDRES FELLI



3. PROFA.DRA. IZILDA ESMENIA MUGLIA ARAUJO



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 30 de julho de 2010

Dedicatória

Às mulheres da minha vida,

Luísa, minha filha tão querida, amor verdadeiro e infinito, luz da minha vida, presente enviado por Deus!

Cidinha, minha mãe e amiga, amor fiel e incondicional, incentivo e presença em todos os momentos do meu viver...

Agradecimentos

A Deus, pela possibilidade de estar nesta vida, por me fazer iluminada e colocar pessoas do bem em meu caminho, por me dar coragem para sonhar e força para agir.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Inês, pelo empenho durante a orientação, docente exemplar, pessoa singular, modelo de superação. Respeito, admiração e carinho lhes são pertinentes.

Ao meu querido Marcelo, marido e amigo, pela compreensão, parceria, cumplicidade e amor.

Ao meu pai, José Luiz, pelo apoio e incentivo.

Ao meu irmão Rafael, pela compreensão e amizade.

A minha tia Tata, por se fazer presente.

A todos os familiares, em especial, Sr. Vegian e D. Carminha, pelo afeto e carinho.

À Dra. Izilda Esmenia Muglia Araujo por cruzar o meu caminho em todos os momentos importantes da minha vida acadêmica, pelo carinho, pelas orientações e sugestões.

Aos professores Dr. Heleno Rodrigues Côrrea Filho, Dra. Vanda Elisa Andres Felli, pelas sugestões, discussões e disponibilidade.

À coordenação do SAMU, pelo apoio nos anos trabalhados e consentimento da coleta de dados.

A toda equipe do SAMU, pela amizade, boas risadas, conversas descontraídas, experiências compartilhadas de situações de trabalho inesquecíveis e enriquecedoras. Obrigada pelo incentivo, disponibilidade, colaboração em concretizar este estudo. Parabéns pelo brilhante trabalho que desempenham!

Às minhas amigas, “irmãs de coração”, Giselli e Michele, por partilharem os momentos da vida, pelo suporte emocional e pela segurança do sentimento de saber que sempre poderemos contar umas com as outras.

As queridas Marcela, Dayana, Michele Bizigatto e Roberta pela amizade.

À Vanessa e Álvaro pela amizade e auxílio nas traduções.

À estatística Cleide, pela orientação e suporte.

A todos os professores que passaram na minha vida, por semear o conhecimento e me fazerem valorizar o saber.

A todas as pessoas e amigos que colaboraram com a minha trajetória...

Meu muito obrigada!!!

*“Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver,
acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior
amor ao coração dos homens”.*

Fernando Pessoa

Resumo

A assistência prestada pelo Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência pode ser definida como aquela realizada fora do ambiente hospitalar, com o objetivo de proporcionar ao usuário melhor resposta à sua solicitação. Para tal, o serviço possui diversos profissionais que atuam de modo a enfrentar situações diferenciadas e que exigem determinadas habilidades, as quais podem resultar em alterações na saúde dos trabalhadores. Este estudo epidemiológico transversal teve como objetivo avaliar a capacidade para o trabalho e os aspectos de saúde, estilo de vida e condições de trabalho entre os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Campinas, São Paulo. Para a coleta de dados foram utilizados quatro questionários e uma escala que permitiram a investigação de: dados sociodemográficos, estilo de vida e aspectos de saúde e trabalho; índice de capacidade para o trabalho (ICT); incivilidade e violência no trabalho; fadiga e sonolência. A taxa de resposta foi 86,6% e a amostra foi composta por 197 trabalhadores – enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, motoristas e pessoal administrativo. Os resultados evidenciaram a prevalência do sexo masculino (61,4%), idade média de 39,1 anos (DP=8,3), residente na cidade de Campinas (80,7%); casados (63,5%), com filhos (76,7%) e com ensino médio completo (40,1%). Houve predomínio da categoria profissional de motoristas (30,5%), seguido pelos médicos (18,3%) e auxiliares de enfermagem (16,75%); além da atuação em turno diurno (54,3%). Destacou-se a porcentagem de possuir outro emprego (42,1%), realizar horas extras (48%) e trabalhar 70 horas ou mais na semana (25,3%). A maioria praticava atividade física (56,5%) e de lazer (96,5%) e tinha planos para o futuro (94,4%). A média de pontuação do ICT foi 41,8 (DP 5.4) pontos, isto é, boa capacidade para o trabalho: 41,1 entre profissionais de enfermagem; 41,5 entre os médicos; 42,9 entre os motoristas; 42,5 entre as telefonistas e 40,3 entre trabalhadores do setor administrativo. Diversas variáveis tiveram associação com a perda da capacidade do trabalho, sendo algumas delas: estado civil, filhos, atividade física, acidentes de trabalho, incivilidade no trabalho, fadiga, sonolência,

estresse, satisfação com a vida e com o trabalho. Em síntese, faz-se necessária a utilização de abordagem multidimensional para a implementação de programas que visem à manutenção e promoção da saúde física e mental, em geral, assim como, específica para cada categoria profissional. Outro aspecto relevante é a educação da população usuária quanto ao uso correto do serviço. Este estudo está inserido na linha de pesquisa “Trabalho, saúde e educação”.

Linha de pesquisa: Trabalho, saúde e educação.

Palavras chaves: serviços médicos de emergência, avaliação da capacidade para o trabalho, ambulância.

Abstract

The assistance provided by the Pre hospital Emergency Care Mobile Unit can be defined as that performed outside the hospital, aiming to provide the user with better response to your request. To this end, the service has many professionals working in order to face different situations and require certain skills, which may result in changes in the health of workers. This epidemiological study aimed to evaluate the work ability and aspects of health, lifestyle and working conditions among professionals Pre hospital Emergency Care Mobile Unit (SAMU) in Campinas, São Paulo. To collect the data four questionnaires were used and a scale that allowed investigations: demographic data, lifestyle and health issues and work; work ability index (WAI), incivility and violence at work, fatigue and sleepiness. The response rate was 86.6% and the sample consisted of 197 workers - nurses, doctors, technicians and nursing assistants, drivers and administrative staff. The results showed the prevalence of males (61.4%), mean age 39.1 years (SD = 8.3), residing in the city of Campinas (80.7%), married (63.5%) with children (76.7%) and high school (40.1%). Predominated in the professional category of drivers (30.5%), followed by doctors (18.3%) and nursing assistants (16.75%) and performance on the day shift (54.3%). They noted the high percentage of having another job (42.1%), doing overtime (48%) and working 70 hours or more per week (25.3%). Most practiced physical activity (56.5%) and leisure (96.5%) and had plans for the future (94.4%). The average score of the WAI was 41.8 (SD 5.4) points, ie, good ability to work: 41.1 among nursing professionals, 41.5 among doctors, 42.9 among drivers; 42.5 between the telephone operators and 40.3 among workers in the administrative sector. Several variables were associated with loss of work ability, these include: marital status, children, physical activity, accidents, incivility at work, fatigue, sleepiness, stress, satisfaction with life and work. It is necessary to use multidimensional approach to the implementation of programs aimed at maintaining and promoting physical and mental health in general and, specific to each professional category. Another relevant aspect is the education of the user population about the correct use of the service. This study follows the line of research "Work, health and education."

Keywords: Emergency medical services, work ability evaluation, ambulance.

Listas de Ilustrações

Quadro 6.1 – Características do Índice de Capacidade para o Trabalho.....66

Tabela 7.1 – Distribuição das freqüências absolutas e relativas dos profissionais do SAMU, segundo variáveis sociodemográficas. Campinas, 2010 (n=197).....72

Tabela 7.2 – Distribuição das freqüências absolutas e relativas dos profissionais do SAMU, segundo características do trabalho. Campinas, 2010 (n=197).....73

Tabela 7.3 – Distribuição dos valores mínimo, máximo, média e desvio padrão dos profissionais do SAMU, segundo as variáveis: idade que começou a trabalhar, tempo de atuação na área da saúde, prefeitura, SAMU, e total de horas trabalhadas na semana. Campinas, 2010 (n=197).....75

Tabela 7.4 – Distribuição das freqüências absolutas e relativas dos profissionais do SAMU, segundo aspectos da saúde e estilo de vida. Campinas, 2010 (n=197).....78

Tabela 7.5 – Distribuição das freqüências absolutas e relativas das cinco atividades de lazer mais praticadas pelos profissionais do SAMU. Campinas, 2010 (n=197).....79

Tabela 7.6 – Distribuição das freqüências absolutas e relativas dos profissionais do SAMU, segundo a capacidade para o trabalho (ICT). Campinas, 2010 (n=197).....80

Tabela 7.7 – Distribuição das freqüências absolutas e relativas dos profissionais do SAMU, segundo aspectos relacionados ao ICT. Campinas, 2010 (n=197).....81

Tabela 7.8 – Variáveis com diferenças estatisticamente significativas, segundo a capacidade para o trabalho (ICT). Campinas, 2010 (n=197).....83

Tabela 7.9 – Distribuição dos valores absolutos, média, desvio padrão, mínimo e máximo das variáveis: idade, número de filhos, tempo de atuação na área da saúde, prefeitura e SAMU, horas trabalhadas na semana, IMC e estresse, segundo as categorias do ICT. Campinas, 2010 (n=197).....	84
Tabela 7.10 - Análise de regressão logística univariada para identificar as características sociodemográficas e de estilo de vida associadas com a diminuição da capacidade para o trabalho. Campinas, 2010.....	85
Tabela 7.11 - Análise de regressão logística univariada para identificar as características do trabalho associadas com a diminuição da capacidade para o trabalho. Campinas, 2010.....	86
Tabela 7.12 - Análise de regressão logística univariada para identificar as características da saúde associadas com a diminuição da capacidade para o trabalho. Campinas, 2010.....	87
Tabela 7.13 – Análise de regressão logística múltipla para identificar as características sociodemográficas e de estilo de vida associadas com a diminuição da capacidade para o trabalho. Campinas, 2010.....	88
Tabela 7.14 -. Análise de regressão logística múltipla para identificar as características do trabalho associadas com a diminuição da capacidade para o trabalho. Campinas, 2010.....	89
Tabela 7.15 – Análise de regressão logística múltipla para identificar as características da saúde associadas com a diminuição da capacidade para o trabalho. Campinas, 2010.....	90
Tabela 7.16 – Média e desvio padrão (DP) dos sintomas de avaliação do teste de fadiga ao considerar os sujeitos que entram ou não em contato direto com a população. Campinas, 2010 (n=197)	93

Tabela 7.17 - Médias e desvio padrão das pontuações do estresse, ICT, sonolência e fadiga por faixa etária. Campinas, 2010 (n=197).....94

Tabela 7.18 - Médias e desvio padrão das pontuações do estresse, ICT, sonolência e fadiga por categorias profissionais. Campinas, 2010 (n=197).....95

Lista de Abreviaturas

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CETS – Centro de Educação do Trabalhador da Saúde

CIMCAMP – Central Integrada de Monitoramento de Campinas

CLT – Consolidação das Leis de Trabalho

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DP – Desvio Padrão

EMDEC – Empresa Municipal de Desenvolvimento de Campinas

EMT – Emergency Medical Technician

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

ICT – Índice de capacidade para o trabalho

PTSD – Desordem do Estresse Pós-Traumático

QSETS – Questionário com Dados Sociodemográficos, estilo de vida, aspectos do trabalho e da saúde

RC – Razão de Chance

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAMU francês – Service d'Aide Medical d'Urgence

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAS – Statistical Analyses System

SBV – Suporte Básico de Vida

SETEC – Serviços técnicos gerais

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

WAI – Work Ability Index

Sumário

Dedicatória.....	vii
Agradecimentos.....	ix
Resumo.....	xiii
Abstract.....	xv
Lista de Ilustrações.....	xvii
Lista de Abreviaturas.....	xxi
1. Apresentação.....	27
1.1 – Mais um dia.....	27
1.2 – Olhar de dentro, olhar de fora.....	28
2. Introdução.....	33
2.1 – Considerações iniciais.....	33
2.2 – O atendimento pré – hospitalar móvel.....	33
2.2.1 – Histórico do APH.....	34
2.2.2 – Modelos de atenção em emergência pré-hospitalar.....	35
2.2.3 – Particularidades do trabalho em APH.....	38
2.3 – Revisão da literatura.....	40
2.3.1 – Estudos referentes à saúde dos profissionais atuantes em APH.....	40
2.3.2 – O Índice de Capacidade para o Trabalho e pesquisas no Brasil.....	44
2.4 – Delineamento do campo de estudo e população.....	47
2.4.1 – Funcionamento do SAMU 192 Campinas.....	47
2.4.2 – Tipos de ambulância para atendimento e distribuição das ambulâncias pela cidade.....	49

2.4.3 – Profissionais, tipo de contrato e local de trabalho.....	50
2.4.4 – Rotina das equipes intervencionistas.....	52
3. Justificativa.....	55
4. Objetivos.....	57
4.1 – Objetivo Geral.....	57
4.2 – Objetivos Específicos.....	57
5. Hipóteses.....	59
6. Sujeitos e Métodos.....	61
6.1 – Tipo de estudo.....	61
6.2 – Local do estudo.....	61
6.3 – População e Amostra.....	61
6.3.1 – Descrição dos Sujeitos.....	61
6.3.2 – Critérios de inclusão e exclusão.....	62
6.4 – Procedimento para a Coleta de Dados.....	62
6.5 – Instrumentos de coleta de dados.....	63
6.5.1 – Dados sociodemográficos, estilo de vida e aspectos de trabalho e saúde (QSETS).....	63
6.5.2 – Escala de Estresse.....	64
6.5.3 – Índice de capacidade para o trabalho (ICT).....	64
6.5.4 – Incivilidade no trabalho.....	66
6.5.5 – Sonolência.....	66
6.5.6 – Questionário de Fadiga.....	67
6.7 – Aspectos éticos.....	67
6.8 – Análise dos Dados.....	68
7. Resultados.....	71

7.1 – Caracterização sociodemografica, condições de vida e do trabalho.....	71
7.2. – Dados referentes ao Índice de Capacidade para o Trabalho.....	80
7.3 – Dados referentes à incivilidade no trabalho, sonolência, fadiga, estresse e Índice de capacidade para o trabalho.....	90
8. Discussão.....	97
8.1 – Caracterização sociodemografica, condições de vida e do trabalho.....	97
8.2 – Índice de Capacidade para o Trabalho.....	103
9. Limitações do estudo.....	111
10. Conclusão.....	113
11. Referências Bibliográficas.....	117
ANEXOS	
ANEXO 1 – Autorização da prefeitura municipal de Campinas para o estudo.....	131
ANEXO 2 – Questionário de dados sociodemográficos, estilo de vida e aspectos da saúde e trabalho.....	132
ANEXO 3 – Índice de Capacidade para o trabalho.....	134
ANEXO 4 – Incivilidade no trabalho.....	136
ANEXO 5 – Escala de sonolência de Epworth.....	137
ANEXO 6 – Questionário de fadiga.....	138
ANEXO 7 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	140
APÊNDICE	
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	141

1. Apresentação

1.1 – Mais um dia...

“Horário do almoço. Somos solicitados para prestar um atendimento: idoso, desmaiado, não responde. Ao chegar à residência, somos recepcionados por várias pessoas aflitas. Chorando e desesperadas nos levam correndo até o senhor, que se encontra caído no chão da sala de jantar.

Enquanto preparo o material para ser usado no atendimento, percebo a gravidade do caso e peço para uma mulher retirar as crianças do local, peço também para se acalmarem.

O senhor se encontra em parada cardiorrespiratória. Ali mesmo no local, a reanimação cardiorrespiratória, desfibrilação e administração de drogas são realizadas.

Enquanto isso, os vizinhos chegam ao portão e se debruçam no muro, o cachorro da casa late sem parar, ouço o som da voz daquele apresentador de programa de televisão de um dia de domingo.

Embora o empenho na assistência ao paciente, ele não corresponde. Não há mais nada a fazer, o óbito é constatado pelo médico. Todos choram a morte do senhor - o avô da família - inclusive seus netos, crianças. Sua esposa, uma senhora magrinha e pequena, de cabelos grisalhos e vestido florido, senta-se em uma poltrona no canto da sala, leva as mãos a cabeça e chora. Ao lado dela, em uma mesinha de canto coberta com toalha rendada há um porta retrato com uma foto de toda a família reunida e seu marido, rindo e sadio.

Olho para a mesa da sala de jantar, o almoço ainda não havia terminado, há macarrão e frango assado nos pratos e os copos com refrigerante, pela metade. Assim, sem previsão, a família foi surpreendida por um acontecimento triste, num dia que parecia ser alegre. Para nós, equipe de atendimento, o dia é apenas mais um. Saímos de lá chateados, mas nos recompomos porque mais situações semelhantes a esta irão acontecer até o final do plantão”.

1.2 – Olhar de dentro, olhar de fora.

Trabalhei durante três anos e meio no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Campinas (SAMU 192). Nesse período, quando estava em qualquer lugar e ouvia uma sirene a tocar, meu coração disparava. Ficava a imaginar qual seria a necessidade em questão que justificasse a velocidade acelerada da viatura e aquele som quase ensurdecedor que chamava a atenção das pessoas por onde o veículo passava.

Confesso que nesses momentos, minha vontade era de estar lá, dentro da ambulância. Era apaixonada pelo que fazia. Lembro-me de que ao ser entrevistada para este emprego, disse que meu sonho era trabalhar no SAMU. Mas admito que, mesmo querendo muito, sentia medo e não era apenas o medo do novo, era um sentimento formado por meio e influência daquilo que eu ouvia falar sobre como era ser um profissional do SAMU, o que já havia assistido em palestras e visto em fotos da atuação dos profissionais, enfim, um pré-conceito já existia e meu consciente “piscava em vermelho”: perigo!

Ao vestir pela primeira vez aquele uniforme, estilo macacão e coturnos, recordo-me que ao sair na rua todos me olhavam e eu percebia que havia

admiração e reconhecimento. Por falar nisso, quando comentava com as pessoas que trabalhava no SAMU, elas diziam “tem que ter coragem”, “você deve ver cada situação!”, ou ainda “é um trabalho de herói”. Eu discordava porque não me sentia corajosa, quase não percebia os riscos oferecidos pela intensidade dos cenários em que eu ia atender o paciente e também, não me sentia heroína.

A rotina de trabalho me fascinava, não havia repetição do mesmo acontecimento. A patologia se repetia e os procedimentos também, mas cada paciente era um, o lugar de atendimento era diversificado.

Até chegarmos ao local onde a vítima se encontrava, sabíamos apenas uma suposição da principal queixa do paciente. Sendo assim, sempre havia uma expectativa. Apenas vendo a situação, no local, era possível comprovar de fato se a informação fornecida pelo solicitante, através do uso do 192, era verdadeira ou não. Na maioria dos casos era sim, mas às vezes as situações eram mais graves.

Engraçado que me lembro de poucos pacientes, mas me recordo dos lugares, das cenas em que eles se encontravam, das pessoas curiosas ao redor. Principalmente, das cenas mais fortes, mais graves, muitas delas em que fora constatado óbito. Era impressionante como eu me concentrava no paciente e nos procedimentos que eram feitos.

As cenas em que a vítima era politraumatizada pareciam ser mais marcantes pelo apelo visual provocado devido à gravidade do paciente. No entanto, a riqueza de detalhes fornecida pelos cenários das residências dos pacientes, também muitas vezes me emocionavam: uma foto com o paciente sorrindo, um quadro pintado e assinado por ele, um instrumento musical de uso

do mesmo, ou até a ansiedade do animal de sua estimação. Na verdade, havia um confronto com o passado que acabara de ser presente, me mostrando que aquele paciente era um ser humano como eu e que agora me ensinava a sutileza da vida e o descontrole que eu tinha do meu próprio futuro.

E, ainda em relação a esse confronto comigo mesma, destaco que trabalhar no SAMU me permitiu conhecer as diversas classes sociais, representadas pelas condições da moradia e higiene dos sujeitos, pelos bens materiais presentes nas casas, até mesmo pela postura e educação das pessoas perante a uma condição em que a vida está em jogo. Deparei-me com condições subumanas de vida, em que a pobreza se faz membro da família e parte da comunidade. Não era necessário viajar quilômetros para conhecer esta realidade tão diferente: ela era minha vizinha, moradora da mesma cidade! A miséria das pessoas me fazia olhar para os meus valores, questionar o meu modo de viver a vida e ainda, me sentir tão privilegiada pela minha condição que chegava até a me sentir desconfortável...

Enfim, após os atendimentos serem concluídos, principalmente os de maior gravidade e que exigiam uma atuação mais rápida e precisa, eu sentia agitação, taquicardia, sudorese, calor e meu rosto ficava ruborizado. Havia uma sensação de bem estar, prazer, riso fácil, dever cumprido, solidariedade e satisfação em ajudar o outro. E percebia que não era só comigo, a equipe exibía a mesma sintonia.

O convívio com os colegas era muito bom. Na ambulância não tinha como não trabalhar em equipe. No meu caso, no qual minha atuação era em uma viatura de unidade de terapia intensiva (UTI), trabalhávamos sempre em conjunto: eu, enfermeira; o médico e o motorista. O mais interessante dessa

relação era que havia proximidade entre todos nós, pois passávamos o dia todo juntos, não havia preconceito, disputa ou uma hierarquia. Havia respeito com relação a postura e conduta de cada profissional.

Após os atendimentos realizados na ambulância, nós levávamos o paciente para o hospital devido a necessidade de haver continuidade dos cuidados. Com isso, conhecíamos os profissionais de vários lugares. Lembro-me de que, embora houvesse coleguismo, eles diziam “Lá vem o SAMU”, acho que não era uma recepção calorosa.

Enfim, os anos se passaram e eu não havia percebido. Até o momento em que tive que optar pela minha demissão, pois havia uma proposta de emprego mais estável.

Hoje, faz quase um ano e meio que deixei de atuar no SAMU. Sinto saudade daquele tempo e das amizades que fiz.

Meu coração já não acelera ao ouvir uma sirene tocar, mas ainda sinto curiosidade de saber o que está acontecendo dentro da ambulância.

Ao ver alguém vestindo uniforme do SAMU, penso: “é um trabalho para heróis, tem que ter coragem porque se vivencia cada situação”!

E em respeito a estes profissionais, admiração pelo trabalho executado e reconhecimento da complexidade de como este serviço acontece é que esta pesquisa se inicia.

2. Introdução

2.1 – Considerações iniciais

O interesse em estudar os trabalhadores do SAMU, da cidade de Campinas, originou-se a partir de minha experiência laboral.

Ficava a pensar como aqueles profissionais atuariam à medida que envelhecessem, afinal o tipo de trabalho exige habilidade física, equilíbrio emocional, perspicácia, agilidade, dentre outras.

Ao mesmo tempo, a motivação para a pesquisa também surgiu pela curiosidade em estudar uma população até então quase não pesquisada, por se tratar de serviço implantado recentemente no país.

A repercussão deste tipo de trabalho, a longo prazo, para o profissional e, conseqüentemente, para a população alvo de sua atuação me intrigava. Sabia que algum tipo de influência ocorreria, mas não acreditava apenas que estivesse relacionada às situações vivenciadas em atendimentos.

Durante a especialização em enfermagem do trabalho, entrei em contato com a Profa. Dra. Maria Inês Monteiro, que dentre as linhas de pesquisa de sua atuação, estuda o Índice de Capacidade para o Trabalho.

Assim, iniciei a pós-graduação em enfermagem, nível Mestrado e desenvolvemos o estudo que se segue.

2.2 – O atendimento pré-hospitalar móvel

Acidentes, violências ou quadros clínicos agudos acometem as pessoas fora do ambiente hospitalar e representam um problema de saúde pública

relevante ao se considerar a morbi-mortalidade da população, tanto no Brasil, quanto em outros países ^(1,2).

Nesta perspectiva e face à necessidade em relação ao transporte de pessoas para o ambiente hospitalar, surgiu o Atendimento Pré-Hospitalar (APH), que corresponde aos cuidados prestados no local da ocorrência e transporte da vítima até um serviço especializado, de forma a permitir sua chegada com vida na instituição, com o mínimo de seqüelas e outros possíveis efeitos adversos, como por exemplo, intervenções inadequadas ^(3,4,5).

APH Móvel é definido como o atendimento prestado precocemente à vítima após ter ocorrido o agravo à sua saúde, que pode ser de ordem clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica, com aplicação de condutas rápidas e efetivas por equipe capacitada e, posteriormente, com encaminhamento à unidade de saúde, para que haja continuidade na assistência ^(2,6). Sendo assim, o impacto do APH sobre a qualidade de vida das pessoas submetidas a este tipo de assistência é positivo ⁽⁷⁾.

2.2.1 – Histórico do APH

Historicamente, remonta ao final do século XVIII, a primeira tentativa de organização moderna de auxílio médico de urgência com o intuito de transportar os pacientes até o hospital, representado pelo cirurgião de guerra Dr. Baron Dominique Jean Larrey, que designado por Napoleão Bonaparte atuou nas batalhas que ocorreram na Prússia, Europa. Este médico foi o primeiro a identificar a necessidade de tratamento precoce após avaliação rápida do traumatizado com o objetivo de reduzir o risco de morte e o agravamento das lesões ^(8,9). As experiências de atendimento inicial e

transporte foram aprimorados em outras guerras posteriormente, de forma a desenvolver o atendimento inicial ao traumatizado ⁽¹⁰⁾.

No Brasil, as atividades realizadas por meio de ambulâncias se iniciaram com a chegada da Família Real Portuguesa em 1808, quando eram feitas por meio de carruagens, com maior enfoque para o transporte de pessoas até o hospital. Até 1982, este tipo de atendimento dependia da agilidade do motorista, pois este era o único recurso humano presente na ambulância, independente do estado do paciente ⁽¹¹⁾. De fato, apenas em 1986 o APH móvel é operacionalizado pelo Grupo de Socorro e Emergência do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro e, em 1989, regulamentado no país ^(12,13).

2.2.2 – Modelos de atenção em emergência pré-hospitalar

O APH, como parte integrante dos sistemas de atenção às urgências e emergências, é um tipo de ação recente no Brasil, sendo influenciado por dois modelos com conceituações distintas, o modelo americano e o francês ⁽⁶⁾.

- *Modelo Americano*

O modelo americano teve sua origem na II Guerra Mundial, e nas guerras da Coréia e Vietnã. A atuação é desempenhada por profissionais reconhecidos como técnicos em emergências médicas ou *Emergency Medical Technician* (EMT) ou ainda, *Paramedics*, que são acionados pelo número telefônico único 911 e desempenham atividades limitadas, de acordo com protocolos previamente estabelecidos. No hospital, transferem a responsabilidade aos médicos ^(6,14).

- *Modelo Francês*

O modelo francês é baseado na atividade médica diretamente relacionada ao atendimento. O médico avalia a demanda por meio do chamado telefônico a fim de definir a gravidade da situação e determinar o recurso móvel mais adequado para ir até o local, pois há ambulâncias que, pela presença e atuação do médico, permitem o início precoce de algumas medidas terapêuticas, resultando em maior resolutividade para o caso. O transporte para o hospital definitivo é feito após discussão e definição com a Central Reguladora ⁽¹⁴⁾.

Este modelo de atuação, mais especificamente, “Service d’Aide Medical d’Urgence” - SAMU francês - teve grande importância na elaboração e desenvolvimento do projeto adotado pelo governo brasileiro ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

- *Modelo Brasileiro*

No Brasil, diante de um panorama em que a área de urgência e emergência é um importante componente de assistência à saúde; em que as necessidades imediatas, agudas ou de urgência da população exigem respostas rápidas, com o intuito de ser capaz de acolher a clientela, a fim de prestar atendimento e redirecionar a demanda para os locais mais adequados para tratamento, foi instituído o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com base na portaria nº. 1864/GM de 29/ 09/ 2003 ⁽⁴⁾.

Neste contexto, este serviço surge como ordenador da assistência, enquanto forma de resposta rápida às demandas de urgência, seja no domicílio, no local de trabalho, em vias públicas, ou em outros locais nos quais o paciente vier a precisar ⁽⁴⁾.

Além dessa perspectiva de trabalho, o serviço é também um sinalizador de problemas a serem enfrentados, podendo melhorar, qualificar e aprimorar o atendimento às urgências de forma a diminuir o tempo de internação hospitalar e o prognóstico de reabilitação ⁽³⁾.

O SAMU é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências e, em geral, tem como finalidade reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce, por meio do atendimento às urgências de origem traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e psiquiátrica. Prioriza o atendimento ao paciente e não apenas a remoção do mesmo aos serviços de saúde.

Para isso, em uma unidade do SAMU, uma equipe multiprofissional atua de modo a organizar e a estruturar o serviço para que seu funcionamento ocorra de forma correta ⁽⁴⁾. As normas de funcionamento e organização que permeiam este serviço estão previstas em lei, bem como a atuação e exigências do perfil para a atuação dos trabalhadores.

Na Portaria 814, de 01/06/ 2001, o Ministério da Saúde estabelece a “Normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências” e reconhece os profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e motorista, como aqueles capazes de efetivamente intervir nesta área ⁽²⁾. Estes profissionais atuam de forma a compor equipes de Suporte Básico de Vida (SBV), capacitadas para atender casos com riscos moderados, e Suporte Avançado de Vida (SAV), que presta assistência aos casos graves, que necessitam de intervenção mais complexa e resposta imediata ⁽⁶⁾. Além destes profissionais, o coordenador do serviço, o

responsável técnico, o responsável de enfermagem, telefonistas, e os operadores de rádio também compõem o SAMU ⁽¹⁸⁾.

As funções destes profissionais são definidas segundo a Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde de 05/11/2002, que aprova o “Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência”, bem como aponta o perfil necessário de cada profissional para atuação na área ^(3,19).

2.2.3 – Particularidades do trabalho em APH

Esta atividade exige dos trabalhadores atuação face ao inesperado, pois raramente os trabalhadores sabem o tipo de atendimento que irão prestar, ou as características do local e dos agentes que poderão interferir no atendimento prestado. Outros aspectos devem ser destacados, como a necessidade da tomada rápida de decisões, a exigência de condicionamento físico adequado, a exposição a condições estressantes e os níveis elevados de ansiedade, entre outros. Este serviço possui particularidades especiais que podem alterar as condições de saúde dos trabalhadores

Além da capacitação em SBV e SAV, os profissionais, de modo geral, devem ter disposição para atividade de trabalho, capacidade para trabalhar em equipe, iniciativa, pensamento rápido para tomar decisões rápidas, autocontrole e equilíbrio emocional. A dinâmica do atendimento em ambiente pré-hospitalar exige ainda, habilidade técnica e de improviso, e preparo físico ^(19,20). Estas habilidades são fundamentais, pois o enfrentamento de situações limítrofes de vida e sofrimento sob intensa pressão – pela necessidade de respostas rápidas, estresse, atuação em ambientes perigosos com pouca

iluminação e espaço – exige dos profissionais constante processo de adaptação e readaptação para a manutenção da saúde ⁽⁴⁾.

Para a equipe, a constante expectativa envolvida no aguardo de seu envio para situações emergenciais, com diversas possibilidades de mudanças súbitas no estado geral do paciente atendido, pode gerar uma atmosfera tensa, com ritmo de trabalho estressante ⁽²¹⁾. Além disso, acredita-se que os profissionais que atuam nesta atividade vivem em constante desgaste físico e mental, pois além de trabalhar em situações que envolvem dor, sofrimento e morte, concomitantemente, têm que demonstrar prontidão, raciocínio rápido, tomada de decisão assertiva e bom condicionamento físico ⁽²⁰⁾.

Situações de ansiedade, preocupação e até mesmo medo, são sentimentos envolvidos desde a solicitação via telefone, até a chegada ao local. O deslocamento da ambulância e o tráfego nas vias públicas, associados aos cenários encontrados - que envolvem o próprio atendimento em si, familiares, presença de pessoas curiosas e até mesmo, a mídia - exigem dos profissionais equilíbrio, comportamento ético e tomada de decisão eficiente para a prestação da assistência com qualidade ⁽²⁰⁾.

Estas demandas necessárias para a atuação em APH, especificamente no SAMU, podem influenciar a saúde dos trabalhadores que atuam neste serviço, principalmente no que se refere à capacidade para o trabalho, já que esta é definida como sendo recursos humanos relacionados às demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, comunidade de trabalho e administração; cultura organizacional e ambiente de trabalho ⁽²²⁾.

2. 3 – Revisão da literatura

2.3.1 – Estudos referentes à saúde dos profissionais atuantes em APH

Em revistas nacionais são escassos os trabalhos referentes à saúde dos profissionais que atuam em ambiente pré-hospitalar.

Takeda e Robazzi ⁽²³⁾ investigaram os acidentes de trabalho com motoristas de ambulância que prestavam socorro de urgência e encontraram que a maioria deles ocorreu por excesso de exercícios e movimentos vigorosos, agressão por meio de força corporal e outros meios. Concluíram também que os acidentes de trabalho eram decorrentes da execução de tarefas não condizentes com a formação profissional em questão.

Os riscos ocupacionais existentes em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida foram pesquisados por Zapparoli e Marziale ⁽²⁴⁾ que encontraram como fator de risco mais preocupante no trabalho a ocorrência de violência, sendo esta referida por 75% dos sujeitos, em amostra composta por 40 profissionais.

Acidentes ocupacionais por exposição a material biológico foram investigados entre a equipe multiprofissional do atendimento pré-hospitalar de Belo Horizonte. Dos 238 profissionais estudados, a incidência de acidentes com material biológico foi de 20,6%, com diferença estatística significativa para o tempo na instituição, trabalho em Unidade de Suporte Avançado e interação entre tempo na instituição e trabalho em Unidade de Suporte Básico ⁽²⁵⁾.

Os sentimentos resultantes da atuação e formação de enfermeiros do APH de Porto Alegre foram alvos de um estudo qualitativo que revelou que os mesmos se sentem seguros, motivados e preparados para atuar e

experimentam sentimentos como compaixão, angústia, raiva, pena, tristeza e ansiedade, e ainda, consideram motivador o reconhecimento e o fato de poder restaurar vidas ⁽²⁶⁾.

Portanto, observam-se, de fato, poucos estudos publicados no Brasil e estes, voltados, na maioria, para os riscos e acidentes ocupacionais.

Em literatura internacional estudos evidenciam que os profissionais de ambulância, independentemente da sua categoria profissional, trabalham em condições de extremo risco e situações altamente estressantes, de tal forma que há maior exposição a situações traumáticas, face aos profissionais que trabalham em ambiente hospitalar ⁽²⁷⁾.

Com isso, grande enfoque é direcionado para o estudo da desordem do estresse pós-traumático (PTSD). Estudo sueco realizado por Jonsson e Segesten ⁽²⁸⁾ apontou que 61,6% dos trabalhadores haviam sido expostos a situações traumáticas graves, sendo que 15,2% apresentavam diagnóstico da PTSD. Novo estudo realizado no ano seguinte ⁽²⁹⁾, com estes trabalhadores evidenciou que 21,5% apresentavam elevação da PTSD, fato preocupante, se comparado com a prevalência da PTSD na população geral da Suécia (2,6%). No Reino Unido, 574 trabalhadores de ambulância foram investigados quanto à presença de PTSD e houve prevalência de 22%, sendo maior a ocorrência entre mulheres ⁽³⁰⁾. Em contrapartida, estudo brasileiro publicado no *Journal of Traumatic Stress*, realizado com 234 trabalhadores de ambulância pertencentes ao Grupo de Salvamento de Emergência da cidade do Rio de Janeiro investigou a ocorrência da PTSD e a sua influência na saúde e qualidade de vida. Os resultados da PTSD total foram de 5,6% e parcial, de

15% e os autores concluíram que as características e o nível de exposição a situações traumáticas poderiam explicar a baixa prevalência ⁽³¹⁾.

Em relação à síndrome de *Burnout*, um estudo holandês comprovou maior risco desta ocorrência em funcionários atuantes em ambulância do que na população geral de trabalhadores; sendo relatada também, maior ocorrência de fadiga ⁽³²⁾.

O estresse crônico e estratégias de enfrentamento (*coping*) foram pesquisados em Nova York entre 139 voluntários trabalhadores de ambulância. Os resultados revelaram prevalência de alto escore de exaustão emocional em 92% dos sujeitos, além de despersonalização (99%); em contrapartida, 75% relataram altos níveis de realização pessoal. As estratégias de enfrentamento variaram conforme o sexo e número de anos trabalhados ⁽³³⁾.

Uma pesquisa realizada na Noruega com 1180 profissionais atuantes em serviço pré-hospitalar investigou a ocorrência e as tentativas de suicídio, sendo que 28% possuíam sentimentos de que viver a vida não valia a pena, 10,4% consideravam seriamente a hipótese de suicídio e 3,1%, tentaram o suicídio. No entanto, apesar da ideação suicida ser considerável, esta não foi claramente relacionada às condições do trabalho em geral, no entanto, a exaustão emocional e o assédio moral foram destacados ⁽³⁴⁾.

Ao considerar as relações de trabalho, estudo realizado na Holanda concluiu que a falta de apoio dos colegas de trabalho e chefia predispõe os indivíduos a maior ocorrência de fadiga e *burnout* ⁽³⁵⁾. Em pesquisa desenvolvida na Suécia, a preocupação do trabalhador com relação às condições de trabalho e demandas psicológicas, para ambos os sexos, e baixo

suporte social entre os homens, tiveram associação significativa com distúrbios de sono, cefaléia e problemas no estômago ⁽³⁶⁾.

Em contrapartida, estudo realizado na Nova Zelândia, não encontrou correlação entre a tensão psicológica dos trabalhadores e dificuldades operacionais ⁽³⁷⁾. Estudo norueguês revelou que as tarefas operacionais e as exigências físicas foram identificadas como fatores mais estressantes do trabalho; e a falta de apoio dos colegas foi o mais grave e mais freqüente estressor organizacional, além da realização de horas extras ⁽³⁸⁾.

Em relação aos aspectos de saúde dos profissionais que atuam na área, pesquisa retrospectiva realizada nos Estados Unidos revelou ser a coluna a parte do corpo mais afetada ⁽³⁹⁾. Estudo realizado na Suécia evidenciou que, entre as mulheres, as demandas físicas apresentaram diferença estatística significativa com limitação da atividade devido ao comprometimento do ombro e pescoço e região lombar e, entre os homens, as exigências físicas foram apontadas, como queixas de dores na coluna e limitação da atividade ⁽⁴⁰⁾. Em estudo desenvolvido no Japão, dois terços dos trabalhadores de ambulância relataram dores na parte inferior da coluna, sendo que na população em geral essa queixa ocorreu em um quarto dos indivíduos ⁽⁴¹⁾.

Na Irlanda do Norte, pesquisa identificou que os profissionais apresentaram pressão sistólica e diastólica maior do que a população em geral, sendo que 21% dos trabalhadores (n=105) apresentavam pressão sistólica maior que 140 mmHg ⁽⁴²⁾.

Um estudo francês indicou o relato da ocorrência de agressões em 23% dos trabalhadores durante suas carreiras ⁽⁴³⁾.

A respeito da mortalidade, estudo envolvendo 714 trabalhadores de ambulância revelou que estes apresentaram taxa de mortalidade ligeiramente superior a média nacional e, a causa mais freqüente da morte foi a doença isquêmica do coração. No entanto, esta pesquisa foi realizada há mais de duas décadas e abrangeu o período entre 1979 e 1983, devendo ser considerado o contexto da época ⁽⁴⁴⁾.

Acidentes fatais foram mais freqüentes entre profissionais que atuavam em ambulância (12,7 por 100.000) do que na população geral (5 por 100.000), conforme dados de estudo americano; sendo estes valores semelhantes aos da polícia (14,2 por 100.000) e bombeiros (16,2 por 100.000) ⁽⁴⁵⁾.

Diante dos estudos destacados, conclui-se que houve enfoque na saúde mental e física, condições organizacionais e os reflexos na saúde do trabalhador, com a ocorrência de suicídio, acidentes, violência e mortalidade.

2.3.2 – O Índice de Capacidade para o Trabalho e pesquisas no Brasil

A definição da capacidade para o trabalho representa a questão do quanto o trabalhador está bom no momento e em um futuro próximo e o quanto está apto para fazer seu trabalho em relação às exigências do trabalho, à saúde e aos recursos mentais ⁽⁴⁶⁾. Estudar o índice de capacidade para o trabalho significa reavaliar as condições de saúde dos trabalhadores ao longo do tempo ⁽⁴⁷⁾.

Estudos referentes a esta temática vem sendo desenvolvidos por pesquisadores finlandeses desde os anos 80 do século XX, no Finnish Institute of Occupational Health, com o objetivo de prevenir a incapacidade para o trabalho entre profissionais em envelhecimento ⁽⁴⁸⁾.

A importância de se estudar a capacidade para o trabalho se pauta na reflexão sobre o processo envelhecimento-trabalho. A conservação da capacidade para o trabalho adequada está relacionada às condições boas de saúde e de vida, por meio de hábitos e estilos de vida favoráveis, de tal modo que proporcionem melhor qualidade de vida, maior produtividade e período de aposentadoria mais proveitoso, com menor custo médico e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade ⁽⁴⁹⁾.

Sendo assim, a percepção da capacidade para o trabalho pode decorrer das características e estilo de vida dos trabalhadores ⁽⁵⁰⁾, como concluiu Borges⁽⁵¹⁾ em pesquisa realizada com 696 trabalhadores da área de enfermagem, na cidade de São Paulo: “A capacidade para o trabalho inadequada é resultado da associação de variáveis de múltiplas naturezas, tais como condições de vida e trabalho, hábitos e estilo de vida e à organização do trabalho”.

Em estudo com 43 trabalhadores de uma indústria têxtil foi verificado que as características e os estilos de vida, além do turno de trabalho, eram importantes para compreender a percepção da capacidade para o trabalho ⁽⁵⁰⁾.

O estresse decorrente de fatores psicossociais do trabalho, a elevação do índice de massa corporal, o consumo de bebida alcoólica e o local de trabalho podem contribuir para a diminuição da capacidade para o trabalho segundo resultados de estudo que avaliou 475 trabalhadores do setor elétrico ⁽⁵²⁾.

A violência presente no trabalho, em meio de agressões físicas ou verbais, pode gerar efeitos negativos na saúde do trabalhador ⁽⁵³⁾. Em pesquisa realizada por Moreno ⁽⁵⁴⁾ com 269 trabalhadores de enfermagem, constatou-se

a presença da violência no ambiente de trabalho em relatos de 63,6% dos trabalhadores, com diferença estatística significativa entre as variáveis violência e capacidade para o trabalho, no qual as pessoas que sofreram algum tipo de violência apresentaram menor escore do índice de capacidade para o trabalho.

A percepção da fadiga também alterou a capacidade para o trabalho, como verificou Masson ⁽⁵⁵⁾ em estudo com 105 caminhoneiros. Nos indivíduos com maior percepção da fadiga, o escore do índice de capacidade para o trabalho foi menor.

Em pesquisa finlandesa, sujeitos com capacidade para o trabalho precocemente alterada apresentavam doenças, declínio da capacidade funcional, aposentadoria precoce e até mesmo, mortalidade antes da aposentadoria. Em contrapartida, a melhora da capacidade para o trabalho foi relacionada às relações com a chefia, no sentido do profissional ter o seu devido reconhecido e possuir relacionamento positivo com seus supervisores⁽⁴⁸⁾.

Deve ser destacado que em empresas que promovem a saúde houve prevalência de ótima e boa capacidade para o trabalho, como foi verificado por Monteiro e Fernandez ⁽⁵⁶⁾ em pesquisa com 173 trabalhadores de empresa de tecnologia da informação e telecomunicações.

Outros estudos referentes à capacidade para o trabalho associaram a promoção da saúde no ambiente laboral como aspecto fundamental para a manutenção da qualidade de vida ⁽⁴⁸⁾.

Enfim, ao considerar a capacidade para o trabalho e as pesquisas referentes a esta temática ⁽⁵⁰⁻⁵⁷⁾ surgiu à inquietação em relação ao

conhecimento desta entre os profissionais que atuam em ambiente pré-hospitalar.

2.4 – Delineamento do campo de estudo e população

O processo de trabalho no SAMU 192 de Campinas é peculiar e específico, sendo sua descrição realizada a seguir.

2.4.1 – Funcionamento do SAMU 192 Campinas

Desde sua implantação na cidade de Campinas, o contato com o SAMU ocorre por meio do uso do número telefônico 192, ou seja, a pessoa que necessita de atendimento médico faz a ligação, expõe sua necessidade e é atendida pela equipe de saúde. Esta assistência poderá ocorrer ao enviar uma ambulância ao local no qual se encontra o paciente ou por meio do contato telefônico, no qual o solicitante receberá esclarecimentos sobre suas dúvidas e questionamentos.

Ao ligar, primeiramente, a pessoa será atendida por uma telefonista que levantará informações principais e preencherá uma ficha no computador que será enviada ao médico regulador, via impressora, para o atendimento posterior. Este primeiro contato deve ser rápido e objetivo, com o intuito de levantar informações acerca da identificação do solicitante e vítima, local/ endereço da ocorrência (para a chegada da ambulância ao local, se necessário), e principal queixa.

Após este primeiro contato com a telefonista, esta transfere a ligação para um médico regulador. Neste momento, além de receber a ligação, este profissional também tem em mãos a ficha impressa, preenchida pela telefonista

com os principais dados necessários para o início do atendimento. O médico regulador conversa com o solicitante e o questiona sobre o que está ocorrendo e suas necessidades. Utilizando perguntas objetivas e breves, o médico regulador deve interpretar a possibilidade do que está ocorrendo e, após seu julgamento, orientar o solicitante ou enviar uma ambulância com profissionais, para que estes realizem o atendimento.

Na opção do envio da ambulância ao local, o médico regulador entrega a ficha preenchida ao operador de rádio. Este profissional é quem faz o controle das ambulâncias na cidade de Campinas. Por meio do uso de rádios ele se comunica com a equipe de cada ambulância, ocorre troca de informações entre a equipe da ambulância e ele, assim este tem o conhecimento do local em que a ambulância se encontra e se está prestando atendimento ou não.

Dessa forma, na vigência da necessidade do envio da ambulância ao local da ocorrência, o operador de rádio ao receber a ficha preenchida pelo médico regulador, visualiza o local da ocorrência e identifica a ambulância que está mais próxima para que o atendimento seja realizado o mais rápido possível. Solicita pelo rádio a equipe da ambulância para o atendimento e transmite os seguintes dados: principal queixa do solicitante, endereço, sexo e idade da vítima.

A equipe da ambulância, por sua vez, vai até o local, presta o atendimento inicial, realiza o levantamento do que aconteceu e de fatos relacionados ao ocorrido e, faz contato com o médico regulador pelo rádio. Este profissional orienta uma conduta médica tendo como referência as informações recebidas, como, por exemplo, punção venosa, administração de medicamentos, oxigenioterapia, entre outros, e indica aos profissionais da

ambulância o serviço de saúde que irá complementar e dar continuidade ao atendimento do paciente (hospital, pronto socorro ou pronto atendimento).

Ao chegar ao destino final, a equipe do SAMU informa sobre o ocorrido e procedimentos realizados com o paciente ao profissional responsável pelo local; então, o paciente neste momento passa a ser responsabilidade do serviço de saúde.

O atendimento é encerrado. A ambulância segue em continuidade a outros atendimentos ou retorna à base do SAMU para limpeza e reposição de materiais utilizados, caso necessário.

2.4.2 – Tipos de ambulância para atendimento e distribuição das ambulâncias pela cidade

Para o atendimento no local solicitado podem ser enviados três tipos de viaturas, que diferem no tipo de atendimento prestado, composição da equipe de profissionais envolvidos e equipamentos e materiais disponíveis.

Na viatura de suporte básico a equipe é composta pelo motorista e auxiliar ou técnico de enfermagem e é equipada com materiais para atendimento básico, como por exemplo, aparelhos para aferição da pressão arterial e verificação da glicemia capilar, talas para imobilização de fraturas, medicamentos não controlados, entre outros.

Na viatura de suporte avançado a equipe é composta por três profissionais: motorista, enfermeiro e médico. Os equipamentos disponíveis permitem atendimento especializado e invasivo, com suporte semelhante ao oferecido por unidade de terapia intensiva, ou seja, aparelho para ventilação

mecânica, desfibrilador/ cardioversor, drogas psicotrópicas e vasoativas, entre outros.

A viatura de psiquiatria presta atendimento a pessoas que necessitam de atendimento psiquiátrico e também oferece suporte aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A equipe de profissionais é composta por motorista, técnico ou auxiliar de enfermagem e médico psiquiatra.

As viaturas ficam distribuídas em diferentes regiões da cidade de Campinas e estão alocadas nas bases da guarda municipal, em pontos estratégicos, e na base central do SAMU, o que facilita a chegada ao local da ocorrência com maior rapidez e prontidão.

Para isso, foi realizada a divisão territorial da cidade de Campinas em quatro regiões. Cada região contém determinado número de bairros, além de pronto atendimento e um hospital terciário, os quais servem como referência para o transporte e destino final dos pacientes atendidos.

2.4.3 – Profissionais, tipo de contrato e local de trabalho

Durante a realização desta pesquisa, o total de profissionais atuantes no SAMU Campinas era de 258 trabalhadores, sendo 90 profissionais de enfermagem, dos quais 18 eram enfermeiros; 80 motoristas; 44 médicos, destes oito psiquiatras; 19 telefonistas; 12 operadores de frota; seis profissionais envolvidos na administração; três gestores; dois farmacêuticos e dois profissionais envolvidos na manutenção das ambulâncias.

Há diferentes tipos de contrato de trabalho entre os profissionais do SAMU: concurso público pela prefeitura de Campinas, portanto servidores estatutários; contratados pela prefeitura de Campinas e contratados pelo

Hospital Dr. Cândido Ferreira, sendo ambas as contratações seguindo a Consolidação das Leis de Trabalho – CLT. Há diferença em relação aos dois últimos, pois os contratados pela prefeitura possuem tempo determinado para fim do contrato, enquanto os contratados por meio do Hospital Dr. Cândido Ferreira têm contrato por tempo indeterminado.

A forma contratual de trabalho possui diferenças em relação ao número de folgas, salários, benefícios, possibilidade de realização e recebimento de horas extras e estabilidade. O contrato por meio de concurso público é o que oferece mais benefícios ao trabalhador.

Em relação à carga semanal de trabalho e folgas, os cargos de chefia e administrativos contemplam 40 horas semanais, com folgas nos finais de semana, feriados e dias considerados ponto facultativo.

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e motoristas se revezam em escala 12 por 36 horas semanais, em turno diurno e noturno. As folgas destes trabalhadores variam de acordo com o tipo de contrato, ou seja, os concursados ou contratados pela prefeitura possuem três folgas nos meses com 30 dias e quatro, nos meses com 31 dias; enquanto os que são contratados pelo Hospital Dr. Cândido Ferreira, folgam três vezes ao mês sempre.

As telefonistas trabalham 36 horas semanais e as que atuam durante o dia, realizam plantão diário com duração de seis horas, com dez folgas ao mês. No turno noturno, realizam escala 12 por 36 horas, ou seja, uma noite sim, outra não, com três folgas ao mês.

Os operadores de rádio atuam em escala 12 por 36, independente do turno de trabalho, com três folgas ao mês.

Médicos trabalham de 20 a 36 horas semanais, de acordo com a jornada de trabalho pela qual optaram, em esquema de plantão, em dias alternados e que são definidos previamente conforme escala mensal.

Telefonistas, médicos reguladores e operadores de rádio ficam lotados na Central Integrada de Monitoramento de Campinas (CIMCAMP), local que agrega os diferentes serviços oferecidos pela Prefeitura de Campinas e que, em sua maioria, são solicitados via telefone, tais como Guarda Municipal, Defesa Civil, Empresa Municipal de Desenvolvimento de Campinas (EMDEC) e Serviços Técnicos Gerais (SETEC).

Trabalhadores envolvidos na administração, como gestores, secretários, responsáveis pela manutenção das ambulâncias; enfermeiros; técnicos e auxiliares de enfermagem; motoristas; médicos intervencionistas; e farmacêuticos possuem como local de trabalho a base central do SAMU.

2.4.4 – Rotina das equipes intervencionistas

As equipes intervencionistas, isto é, que realizam os atendimentos por meio das ambulâncias, iniciam sua jornada na base central do SAMU, verificam em um painel o veículo (número da ambulância) e qual a localidade que irão atuar.

O motorista verifica o funcionamento do veículo e suas condições; o enfermeiro, técnico ou auxiliar verifica os materiais e equipamentos ambulância, condições de limpeza e organização da viatura.

Caso logo no início do turno de trabalho a equipe da ambulância não seja solicitada para atendimento, ela irá se deslocar para o local determinado previamente no painel, e deverá permanecer e aguardar por ocorrências.

Retornam para a base central do SAMU para o almoço ou jantar, no horário determinado pelo operador de rádio, podendo permanecer por uma hora no local, quando deverão voltar a sua base de referência. É freqüente a interrupção do momento da refeição para saída em atendimentos, principalmente aqueles que são realizados por SAV.

Novo retorno à base central do SAMU só ocorrerá no final do expediente - caso não haja necessidade de retornar durante o turno de trabalho para limpeza e reposição de materiais utilizados - quando deverão deixar as ambulâncias organizadas e prontas para outros atendimentos, a serem realizados pelas equipes do próximo turno de trabalho.

3. Justificativa

Ao considerar os 14 anos de existência do SAMU, esta pesquisa pretende avaliar as repercussões deste serviço na saúde de seus trabalhadores, com enfoque em determinadas facetas de suas condições de vida e de forma a considerar as peculiaridades de seu trabalho.

Por exigir de seus profissionais uma atuação pautada em um desempenho que requer habilidades física, emocional e psicológica, esta pesquisa se justifica com o propósito de investigar esses trabalhadores dentro de um contexto multifacetado, de maneira que contenha também a abordagem do envelhecimento.

Espera-se com este estudo obter subsídios que justifiquem maior atenção e promoção à saúde dos funcionários, principalmente no que se refere ao apoio psicológico e programas voltados para a melhoria da qualidade de vida, de modo que os profissionais sintam-se reconhecidos, motivados e desempenhem suas atividades com qualidade. Além disso, espera-se que os resultados desta pesquisa possam estimular pesquisas futuras na área, uma vez que a literatura científica é escassa nessa temática, principalmente ao se considerar o SAMU.

4. Objetivos

4.1 – Objetivo Geral

- Avaliar a capacidade para o trabalho e condições de vida e trabalho entre os profissionais que atuam em serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência da cidade de Campinas (SAMU 192).

4.2 – Objetivos Específicos

- Avaliar as condições de saúde e trabalho dos profissionais desta unidade, bem como os estilos de vida.
- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores.
- Avaliar a capacidade para o trabalho entre os diferentes profissionais atuantes.
- Investigar a ocorrência de incivildade e violência no trabalho.
- Identificar as ocorrências de fadiga e sonolência entre os trabalhadores.

5. Hipóteses

- A perda da capacidade para o trabalho está relacionada a fatores associados ao estilo de vida, condições de trabalho, estressores organizacionais e ambientais.
- O trabalho em serviço pré-hospitalar móvel de urgência exige dos trabalhadores o desenvolvimento de capacidades mentais e físicas para lidar com a rotina de trabalho, que se não bem elaboradas poderão causar algum tipo de estresse relacionado ao trabalho e/ou queixas de fadiga.
- A maioria dos profissionais do SAMU executa seu trabalho em equipe, além de relacionar-se com outros trabalhadores de diversos serviços de atendimento a saúde e a população representada pelos usuários e curiosos. Isto pode de alguma forma aumentar a possibilidade de ocorrência da violência e desrespeito no trabalho.

6. Sujeitos e Métodos

6.1 – Tipo de estudo

Estudo quantitativo epidemiológico transversal e descritivo.

6.2 – Local do estudo

O estudo desenvolveu-se em uma unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) localizado na cidade de Campinas, estado de São Paulo.

O projeto foi submetido ao Centro de Educação do Trabalhador da Saúde (CETS), que obteve aprovação do secretário municipal de saúde para sua execução (ANEXO 1).

6.3 – População e amostra

A população foi composta pelos trabalhadores do serviço de atendimento móvel de urgência da rede pública do município em estudo.

6.3.1 – Descrição dos Sujeitos

Neste estudo, os sujeitos foram compostos pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos e auxiliares de enfermagem, motoristas das ambulâncias, telefonistas e operadores de rádio e aqueles envolvidos na administração e gerência do serviço.

Durante a realização da pesquisa o SAMU possuía 258 funcionários.

Nesta pesquisa optou-se por estudar os trabalhadores ora considerando cada categoria de trabalho, ora agrupados: auxiliares de enfermagem, técnicos

de enfermagem e enfermeiros; telefonistas e operadores de rádio; administrativo, chefia, farmacêutico e porteiros; médicos; e motoristas. Ainda, em determinados momentos do estudo, os profissionais foram categorizados: os que estabeleciam ou não contato direto com a população.

Justificam-se tais divisões entre os sujeitos ao se considerar a tentativa de resultados estatísticos mais expressivos.

6.3.2 – Critérios de inclusão e exclusão

Foi critério de inclusão a participação de todos aqueles profissionais atuantes no período da coleta de dados que, após terem sido encontrados no local da pesquisa, aceitaram participar da mesma.

Foram excluídos os profissionais que estavam com algum tipo de afastamento ou licença no período da coleta de dados, além dos que se recusaram a responder. Os questionários com muitas perguntas não respondidas não foram incluídos na pesquisa.

6.4 – Procedimento para a Coleta de Dados

Os trabalhadores foram abordados pela pesquisadora no horário de trabalho para a explicação dos objetivos do estudo e de como deveria ser o preenchimento do questionário.

Para cada participante foi entregue envelope contendo: questionário para a coleta de dados, uma caneta e uma fita adesiva, esta para que o envelope fosse lacrado antes da sua entrega. Tal procedimento foi identificado pela pesquisadora como necessário para que os trabalhadores se sentissem mais seguros quanto a não exposição e tivessem garantia do anonimato.

Antes da entrega dos envelopes, cada trabalhador preencheu o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1).

Os questionários foram entregues no início da jornada de trabalho diária e recolhidos ao final dela.

Ao todo, foram entregues 233 envelopes. Destes, houve devolução de 202, isto é, 31 trabalhadores não entregaram o questionário, mesmo após terem sido lembrados da importância da sua participação. Recusaram-se a participar seis trabalhadores, sendo três motoristas, duas técnicas de enfermagem e um médico.

Ao considerar o preenchimento correto do questionário, cinco participantes foram excluídos. Portanto, 197 profissionais foram considerados nesta pesquisa, isto representa taxa de resposta de 86,7%.

6.5 – Instrumentos de coleta de dados

Foi aplicado aos trabalhadores do SAMU um conjunto de seis instrumentos sendo duas escalas e quatro questionários, descritos a seguir:

6.5.1 – Dados sociodemográficos, estilo de vida e aspectos de saúde e trabalho (QSETS)

Este questionário foi elaborado por Monteiro ⁽⁵⁸⁾ no ano de 1996 e atualizado em 2009. Permite o levantamento de variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade...), hábitos e estilo de vida (tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, atividade física, lazer etc), e aspectos do trabalho e de saúde (ANEXO 2).

6.5.2 – Escala de Estresse

Adaptada por Monteiro ⁽⁵⁹⁾ do Occupational Stress Questionare – OSQ⁽⁶⁰⁾, esta escala, auto-aplicável, é composta por uma pontuação que varia entre 0 e 10, sendo que a menor pontuação tem o significado de que o trabalhador está totalmente estressado e a maior pontuação, não está estressado.

Esta escala reflete a percepção que o profissional tem do seu ambiente de trabalho e está inserida no QSETS como questão de número 46.

6.5.3 – Índice de capacidade para o trabalho (ICT)

Este instrumento, de origem finlandesa, permite avaliar “o quão bem está ou estará o trabalhador no presente ou no futuro próximo, associado a sua capacidade para o trabalho” (ANEXO 3). Permite que o trabalhador retrate o seu próprio conceito sobre sua capacidade para o trabalho. Foi traduzido do original, do inglês para o português, pelo Finnish Institute of Occupational Health, em 1997, por um grupo multidisciplinar de pesquisadores sob a coordenação da pesquisadora Frida Marina Fischer ⁽⁴⁸⁾.

A versão brasileira deste instrumento foi avaliada quanto à validade e confiabilidade mostrando propriedades psicométricas satisfatórias, de forma a representar uma opção adequada para a avaliação da capacidade para o trabalho ⁽⁶¹⁾.

O ICT é composto pelos seguintes itens:

- **capacidade atual para o trabalho**, comparada com a melhor capacidade de toda a vida (de zero a dez pontos, conforme assinalado pelo respondente);

- **capacidade para o trabalho conforme a natureza do mesmo**, representado por uma questão sobre a capacidade física para o trabalho e outra, sobre a mental. Ambas podem variar entre muito baixa (um ponto) e muito boa (cinco pontos), sendo feito uma média entre as duas como escore final;

- **número atual de doenças diagnosticadas pelo médico**, ao considerar o cálculo: nenhuma doença (sete pontos), uma doença (cinco pontos), duas doenças (quatro pontos), três doenças (três pontos), quatro doenças (dois pontos) e cinco doenças ou mais (um ponto).

- **perda estimada ao trabalhador devido a doenças**: questão de múltipla escolha que varia entre um (na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar) e seis pontos (não há impedimento/ eu não tenho doenças), podendo o respondente assinalar mais de uma alternativa – neste caso, é considerado o menor valor).

- **faltas ao trabalho devido a doenças no último ano**, sendo a pontuação: nenhuma falta (cinco pontos), até nove dias (quatro pontos), entre dez e 24 dias (três pontos), entre 25 e 99 dias (dois pontos) e entre 100 e 365 dias (um ponto).

- **prognósticos próprios sobre a capacidade para o trabalho em dois anos**, com três alternativas: é improvável (um ponto), não estou muito certo (quatro pontos) e bastante provável (sete pontos).

- **recursos mentais**, representado por três questões que se referem a vida em geral e possuem pontuação entre zero (nunca) e quatro pontos (sempre), que devem ser somadas e considerados os valores: somatória de

zero a três pontos: um ponto, somatória de quatro a seis pontos: dois pontos, somatória de sete a nove pontos: três pontos, somatória de dez a doze pontos: quatro pontos.

Ao final das dez questões um escore é gerado podendo variar entre sete a 49 pontos, os autores sugerem:

Quadro 6.1 – Características do Índice de Capacidade para o Trabalho ⁽⁴⁸⁾

Pontos	Capacidade para o trabalho	Objetivo das medidas
7 – 27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho
28– 36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37– 43	Boa	Melhorar a capacidade para o trabalho
44– 49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho

6.5.4 – Incivilidade no trabalho

Este instrumento trata de questões e conflitos entre colegas de trabalho, superiores e subordinados e outras pessoas que fazem parte deste ambiente como forma de avaliar a violência no trabalho (ANEXO 4). Foi utilizado por Borges ⁽⁵¹⁾ que realizou a redução, “back-translation” e submeteu aos autores, uma vez que as questões foram retiradas do “Respectful Climate Survey” ⁽⁶²⁾ e acrescentou as questões referentes a assédio sexual e agressão física.

6.5.5 – Sonolência

A escala de sonolência de Epworth é um método subjetivo de quantificar a propensão de adormecer em oito situações rotineiras (ANEXO 5). Foi desenvolvida pelo médico australiano John W. Murray ⁽⁶³⁾ e vem sendo utilizada em diversos países, por ser de fácil preenchimento e rápida aplicação. A pontuação para cada questão varia entre zero e três pontos, de acordo com a

menor ou maior probabilidade de ficar sonolento em determinadas situações comuns, podendo totalizar de zero a 24 pontos, com menor pontuação indicando menos sonolência e considerados anormais valores acima de dez.

6.5.6 – Questionário de Fadiga

Este instrumento foi validado por Yoshitake ⁽⁶⁴⁾, e muito utilizado no Japão e, a partir de 1988, após ter sido traduzido para a língua portuguesa, tem sido aplicado em pesquisas no Brasil (ANEXO 6).

Por meio da percepção da fadiga é possível identificar quando existe queda geral nas atividades físicas e cognitivas de um indivíduo. Há três escores parciais que avaliam sonolência e falta de disposição para o trabalho, dificuldades de concentração e de atenção, e projeções da fadiga sobre o corpo.

O questionário é composto por 30 questões de múltipla escolha que após aplicação são convertidas em valores numéricos da seguinte forma: sempre, valor de cinco pontos; muitas vezes, quatro pontos; às vezes, três pontos; raramente, dois pontos e um ponto, nunca. O escore pode variar de 30 pontos (menor fadiga) até 150 pontos (maior fadiga).

6.7 – Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e aprovado como adendo do Projeto “Capacidade para o trabalho, estilo de vida e aspectos entre motorista de caminhões” sob parecer n°. 143/ 2004 (ANEXO 3).

Para a participação no estudo, os trabalhadores foram orientados sobre os riscos previsíveis, da possibilidade de se retirar da pesquisa em qualquer tempo, da proteção a confidencialidade e sigilo, e do anonimato.

A todos os participantes foi assegurado o direito de recusa em participar da pesquisa, ou de se retirar da mesma a qualquer tempo.

6.8 – Análise dos Dados

Os dados coletados foram tabulados eletronicamente utilizando-se a planilha eletrônica do programa Microsoft Excel[®]. Com o auxílio do serviço de estatística da Comissão de Pesquisa da instituição, as análises estatísticas foram desenvolvidas por meio dos programas SAS[®] (Statistical Analysis System, versão 8.02) e SPSS[®] (Statistical Package for the Social Sciences).

A fim de descrever o perfil da amostra foram elaboradas tabelas de frequência das variáveis categóricas e estatísticas descritivas das variáveis contínuas (média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo).

Para o cruzamento entre as variáveis e o ICT, este foi categorizado em três possibilidades de resposta para que os resultados tivessem maior expressividade estatística. Sendo assim, considerou-se nos cruzamentos a capacidade para o trabalho categorizada em ótima, boa e moderada somada a baixa.

Análises entre as variáveis foram realizadas por meio de⁽⁶⁵⁾:

- Teste de Spearman: a fim de testar a existência de relacionamento entre duas variáveis ordinais, sendo uma variável independente e a outra dependente;

- Qui-quadrado: para testar a diferença nas proporções em dois ou mais grupos independentes entre variáveis nominais;
- Exato de Fisher: foi aplicado quando contra-indicado o uso do teste do Qui-quadrado, na ocorrência de pequenas amostras;
- Teste Kruskal-Wallis: utilizado para testar a diferença nas classificações dos escores de três ou mais grupos independentes entre variável independente nominal e variável dependente ordinal;
- Teste Mann-Whitney: a fim de testar a diferença nas classificações dos escores em dois grupos independentes;
- Análise de regressão logística utilizando-se o processo de seleção de variáveis *stepwise* e *backward*: para analisar as relações entre as variáveis independentes múltiplas e a variável dependente do nível nominal. Para cada possibilidade, a regressão logística fornece uma razão, de modo a ser possível identificar, dentre os eventos, o mais provável. No caso da regressão logística múltipla é possível explorar relações entre múltiplas variáveis para encontrar quais variáveis independentes realmente influenciam a variável dependente.

O nível de significância considerado neste estudo foi de 5%.

Foram feitos testes de normalidade e confiabilidade. Para o ICT foi aplicado o *alfa de Cronbach*, a fim de verificar a consistência interna do instrumento.

7. Resultados

7.1 – Caracterização sociodemográfica, condições de vida e do trabalho

Em relação aos dados sociodemográficos na amostra estudada houve predominância do sexo masculino (61,4%) e faixa etária entre 30 a 39 anos (45,7%). A idade variou entre 20 e 60 anos, sendo a média 39,1 anos (DP±8,3), vide tabela 7.1.

A maioria residia em Campinas (81,2%), era casada (63,5%), com filhos (76,7%), sendo que destes 55 (36,4%) possuíam filhos com idade menor que sete anos. A idade média dos filhos foi de 15,1 anos, sendo a idade mínima dois meses e a máxima 35 anos. O tempo médio utilizado com a educação dos filhos diariamente foi de 3,8 horas.

A escolaridade variou de ensino fundamental completo (5,6%) e pós-graduação completa (19,3%), sendo que nenhum participante da pesquisa cursava pós-graduação. O nível de escolaridade ensino médio completo foi predominante (40,1%). De 193 respondentes, 104 (53,9%) afirmaram ter concluído curso na área de atuação.

Tabela 7.1 – Distribuição das freqüências absolutas e relativas dos profissionais do SAMU, segundo variáveis sociodemográficas. Campinas, 2010 (n=197).

Variáveis	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	121	61,4
	Feminino	76	38,6
Idade (anos)	20 – 29	19	9,6
	30 – 39	90	45,7
	40 – 49	65	33,0
	50 – 60	23	11,7
Cidade da residência	Campinas	159	80,7
	Cidades metropolitanas	31	15,7
	Cidades não metropolitanas	06	3,1
	Não consta	01	0,5
Estado Civil	Casado	125	63,4
	Solteiro	38	19,3
	Viúvo, separado	34	17,3
Filhos	Sim	151	76,7
	Não	46	23,3
Escolaridade	Ensino fundamental completo	11	5,6
	Ensino médio incompleto	04	2,0
	Ensino médio completo	79	40,1
	Ensino superior incompleto	25	12,7
	Ensino superior completo	40	20,3
	Pós-graduação completa	38	19,3
Total		197	100

Quanto à locomoção para o trabalho, o meio de transporte mais utilizado foi o carro (62,1%), seguido pelo ônibus (18,5%), sendo que o tempo médio de deslocamento foi de 47,8 minutos (DP±38,2).

O tipo de moradia predominante foi a de alvenaria (91,8%). Em relação à religião 79,3% relataram ter uma crença, sendo a religião católica predominante (59,6%).

Os dados referentes ao trabalho estão apresentados na tabela 7.2, no total, onze categorias profissionais foram abordadas. Dentre 197 trabalhadores houve predomínio dos motoristas (30,5%), no entanto ao considerar os

auxiliares, técnicos de enfermagem e os enfermeiros como categoria de enfermagem, juntos estes somaram 66 indivíduos (33,5%). Ressalta-se a participação de 36 médicos (18,3%). Havia onze funcionários em disfunção (5,8%), isto é, desempenhando outra função laboral devido a restrições médicas.

O contrato de trabalho predominante foi o vínculo com a prefeitura por meio de concurso público (59,4%), sob regime estatutário. A atuação em turno diurno também merece destaque (54,6%). Houve diferença estatística significativa entre as variáveis tipo de contrato e idade (p -valor <0,0001/ teste Qui-quadrado).

Tabela 7.2 – Distribuição das freqüências absolutas e relativas dos profissionais do SAMU, segundo características do trabalho. Campinas, 2010 (n=197).

Variáveis	Categorias	n	%
Categoria profissional	Auxiliar de enfermagem	33	16,7
	Técnico de enfermagem	17	8,6
	Enfermeiro	16	8,1
	Médico	36	18,3
	Motorista	60	30,5
	Operador de rádio	09	4,6
	Telefonista (TARM)	14	7,1
	Administrativo	06	3,1
	Porteiro	03	1,5
	Farmacêutico	01	0,5
Gerência	02	1,0	
Contrato de trabalho	Concurso público	117	59,4
	Contrato prefeitura	20	10,2
	Contrato Cândido Ferreira	57	28,9
	Concurso público e contrato Cândido Ferreira	03	1,5
Turno de trabalho	Diurno	107	54,3
	Noturno	74	37,6
	Diurno e Noturno	15	7,6
	Não consta	01	0,5
Total		197	100

Os profissionais que possuíam contato direto com os usuários representaram 81,2% da amostra e aqueles que estabeleciam apenas contato indireto, 18,9%.

Em relação a ter outro emprego, 42,1% afirmaram possuir outro vínculo empregatício. A maioria destes, 38,3%, além de atuar no SAMU, trabalhava em um outro local, sendo este, em 80,5% dos casos, outro serviço de saúde.

No SAMU, 48% relataram fazer horas extras; o desemprego ocorreu para 50,3% dos profissionais em alguma etapa de vida profissional. Em relação ao total de horas trabalhadas na semana, 40,5% trabalhavam até 36 horas; 18,4% entre 37 e 49 horas; 15,8% entre 50 e 69 horas; e 25,3% mais que 70 horas semanais.

Verificou-se diferença estatística significativa entre as variáveis: realização de horas extras e sexo (*p*-valor 0,0083); total de horas trabalhadas na semana e sexo (*p*-valor 0,0260); horário de trabalho e idade (*p*-valor 0,0050) (teste Qui-quadrado).

A faixa salarial predominante foi de até R\$ 829,00 (32,6%) e o valor do salário mínimo na época da coleta de dados era de R\$ 465,00.

Na tabela 7.3, verificam-se os valores referentes ao tempo e trabalho. A idade média em que se começou a trabalhar foi de 16,7 anos (DP±4,9); a média do tempo de trabalho na área da saúde foi de 12 anos (DP±7,2), na prefeitura 8,9 (6,7), e no SAMU 6,9 anos (DP±5,2). O mínimo de horas trabalhadas na semana foi 30 e o máximo 132, segundo respostas dos profissionais.

Tabela 7.3 – Distribuição dos valores mínimo, máximo, média e desvio padrão dos profissionais do SAMU, segundo as variáveis: idade que começou a trabalhar, tempo de atuação na área da saúde, prefeitura, SAMU, e total de horas trabalhadas na semana. Campinas, 2010 (n=197).

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade que começou a trabalhar (em anos)	7,0	30,0	16,7	4,9
Tempo de trabalho na área da saúde (em anos)	0,3	35,0	12,2	7,2
Tempo de trabalho na prefeitura (em anos)	0,1	28,0	8,9	6,7
Tempo de trabalho no SAMU (em anos)	0,0	22,0	6,9	5,2
Total de horas trabalhadas na semana	30,0	132,0	52,9	20,2

Os acidentes de trabalho ocorreram em 10,7% da amostra e, em sua maioria, uma vez (66,7%). Dentre os tipos de ocorrências, predominou o acidente envolvendo os materiais perfuro-cortantes (28,6%), seguido por acidentes de trânsito com as ambulâncias, como por exemplo, capotamento (23,8%).

O uso de equipamentos de proteção individual foi relatado por 78,1% dos trabalhadores. As luvas de procedimento foram as mais citadas (83,6%), seguidas por óculos de proteção (51,4%), máscara (43,6%), botas (40,7%), entre outros.

Ao serem questionados quanto ao que é cansativo no trabalho houve predomínio do relacionamento interpessoal (27,7%), sendo relatados: relacionamentos com pacientes, familiares ansiosos, profissionais de outros serviços de saúde, colegas de trabalho e chefia; conversas fúteis (fofocas); falta de companheirismo, corporativismo e respeito; falta de compromisso do colega de trabalho com o serviço e a falta de profissionalismo.

O mau uso do serviço também merece destaque (16,4%), foram relatados os atendimentos desnecessários e aqueles de ordem social, como por exemplo, o atendimento aos usuários de álcool caídos nas calçadas das ruas, e a falta de conscientização da população quanto ao uso correto do serviço.

A elevada demanda de trabalho também foi citada (11,8%), principalmente pelos médicos reguladores. As condições do tempo, como excesso de calor, foram relatadas por 10,8% dos trabalhadores.

Além destas causas, ainda foram relatadas: condições ruins de infraestrutura (8,7%), principalmente dos locais para descanso nas bases localizadas na guarda municipal e a refeição; desgaste físico (8,7%), por carregar pacientes e maca; o estresse em si (8,7%); desgaste emocional (7,7%), por lidar com situações estressantes, como a ansiedade dos familiares e a pressão do atendimento, principalmente quando os pacientes são crianças; o trânsito e o deslocamento até o local de atendimento (7,2%); a falta de gerência e ações adequadas (6,2%); o ócio em tempo integral e a ociosidade entre os atendimentos (6,2%); nada cansa (3,6%); outro (3,6%); e a falta de materiais e equipamentos adequados para trabalhar (3,1%).

Ao serem questionados quanto ao que gostam no trabalho, houve predomínio (56,4%) do tipo de atendimento executado pelo SAMU, isto é, sem rotinas, em esquema de plantão e atendimento a pacientes que em sua maioria foram surpreendidos por situações de ameaça a vida e que necessitam de atendimento no local no qual se encontram e com rapidez. O fato de poder ajudar as pessoas com seu trabalho foi citado por 41,9% dos profissionais; o relacionamento com os colegas por 31,8%; os sentimentos advindos do

trabalho, como por exemplo, agitação, empolgação, expectativa foram referenciados por 22,4% dos sujeitos; e nada (0,6%).

Trabalhar no SAMU foi considerado diferente dos outros serviços de saúde por 90,3% dos profissionais. Entre os motivos, foram citados: singularidade do serviço; estresse; liberdade para trabalhar; autonomia; fazer diferença no tempo em que o paciente se encontra entre a vida e a morte; limiar entre vida e morte são muito próximos; falta de rotina; exigência de tomada de decisão; maior expectativa ao imprevisto e como consequência, maior entusiasmo; maior gratificação; lidar com o desespero do solicitante; exposição ambiental diferente; trabalho que envolve riscos; não estabelecer vínculo com o paciente; serviço de grande responsabilidade; visualizar o paciente pedindo para viver; ser o primeiro a ter contato com o paciente; poder contribuir com a sociedade; conviver com diferentes realidades; serviço dinâmico e que exige agilidade; entre outros.

Na tentativa de delinear o trabalho no SAMU, alguns itens foram selecionados e apontados pelos profissionais, destes houve predomínio de: calor excessivo presente todo o tempo (23,2%); nunca há exposição ao sol (23,9%); todo o tempo há barulho e ruídos (36,9%); quase todo o tempo há vibrações (22,9%); quase todo o tempo há exposição ao monóxido de carbono (23,7%); quase nunca fazem uso de ar condicionado (34,5%); nunca utilizam o computador (39,5%); em todo o tempo há contato direto com o usuário do serviço (37,6%) e contato indireto (21%); o método de trabalho nunca pode ser mudado (33,9%); quase nunca as tarefas são monótonas (31,5%); todo o tempo o trabalho é estressante (28,3%) e há esforço físico (23,9%); todo o tempo há possibilidade de contato com líquidos orgânicos (21,4%) e quase

todo o tempo há possibilidade de contato com bacilos (22,7%), sangue (24,3%) e materiais perfuro-cortantes (24,7%); todo o tempo a iluminação é adequada (28%), mobiliário e equipamentos são adequados (22,4%) e assentos são adequados (24,6%); e quase nunca há falhas mecânicas com as ambulâncias (27%).

Os resultados referentes à saúde dos trabalhadores são apresentados na tabela 7.4.

Tabela 7.4 – Distribuição das frequências absolutas e relativas dos profissionais do SAMU, segundo aspectos da saúde e estilo de vida. Campinas, 2010 (n=197).

Variáveis	Respostas	n	%
Tabagismo	Sim	43	21,8
	Não	154	78,2
Uso de bebidas alcoólicas	Sim	94	47,7
	Não	101	51,3
	Não consta	02	1,0
Atividade Física	Sim	109	55,3
	Não	84	42,7
	Não consta	04	2,0
Dor nos últimos 6 meses	Sim	112	56,9
	Não	83	42,1
	Não consta	02	1,0
Dor na última semana	Sim	88	44,7
	Não	107	54,3
	Não consta	02	1,0
Total		197	100

Da amostra estudada, 21,8% afirmaram ser tabagistas; 47,7% relataram o uso de bebidas alcoólicas; e 55,3% praticavam atividades físicas. A presença de dor nos últimos seis meses foi relatada por 56,9% dos trabalhadores e, na última semana, por 44,7%.

O local do corpo apontado como o mais freqüente de ocorrência de dor foi a coluna cervical: 65,7% nos últimos seis meses e 45,1% na última semana.

O uso de medicamentos foi referenciado por 30,6%, sendo os anti-hipertensivos os mais utilizados (37,5%).

Parte dos entrevistados (17,9%) relatou ter problemas com sono, sendo a causa principal relacionada ao horário de trabalho noturno (24,1%).

Ao serem questionados sobre sua saúde comparada a de outras pessoas da mesma idade, 33% responderam ser esta igual; 32,5% melhor; 23,9% muito melhor; 9,1% um pouco pior e 1,5% pior.

A maioria referiu ter planos para o futuro (94,4%); quanto a realizar atividade de lazer (96,5%) responderam afirmativamente e assistir televisão foi a mais freqüente (82,7%). As cinco atividades de lazer mais freqüentes são apresentadas na tabela 7.5.

Tabela 7.5 – Distribuição das freqüências absolutas e relativas das cinco atividades de lazer mais praticadas pelos profissionais do SAMU. Campinas, 2010 (n=197).

<i>Atividades*</i>	<i>Respostas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Assistir televisão	Sim	163	82,7
	Não	34	17,3
Ouvir música	Sim	157	79,7
	Não	40	20,3
Ler jornal	Sim	153	77,7
	Não	44	22,3
Usar computador	Sim	152	77,2
	Não	45	22,8
Passear	Sim	147	74,6
	Não	50	25,4
Total		197	100

*Mais de uma resposta

Entre os sujeitos que participaram do estudo, 57,5% estavam satisfeitos com o trabalho e, 59,4%, estavam satisfeitos com a vida.

7.2. – Dados referentes ao Índice de Capacidade para o Trabalho

Como descrito na metodologia (seção 6.5.3) o ICT foi calculado, e na tabela 7.6 estão apresentados os resultados referentes à capacidade para o trabalho:

Tabela 7.6 – Distribuição das freqüências absolutas e relativas dos profissionais do SAMU, segundo a capacidade para o trabalho (ICT). Campinas, 2010 (n=197).

Capacidade para o trabalho	n	%
Ótima	88	44,7
Boa	78	39,6
Moderada	27	13,7
Baixa	4	2,0
Total	197	100

Nota-se que a maioria apresentou ótima capacidade para o trabalho (44,7%), seguida de boa (39,6%), moderada (13,7%) e baixa (2%). A média do valor do ICT entre os pesquisados foi de 41,8 (DP±5,4), sendo o mínimo 21 e o máximo 49 pontos.

A consistência entre as variáveis componentes do cálculo do ICT foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach resultando em 0,84.

A demanda de trabalho prevalente foi mental (65,5%), seguida pela mista, ou seja, física e mental (34,5%).

A média da capacidade atual para o trabalho foi 8,5 (DP±1,4), sendo o mínimo 4,0 e o máximo 10,0 (a pontuação do instrumento é de zero a dez pontos).

Na tabela 7.7 são apresentadas algumas respostas das questões que compõe o instrumento do ICT.

Tabela 7.7 – Distribuição das freqüências absolutas e relativas dos profissionais do SAMU, segundo aspectos relacionados ao ICT. Campinas, 2010 (n=197).

<i>Variáveis</i>	<i>Respostas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Capacidade para trabalhar após dois anos	Bastante provável	158	80,2
	Não estou certo	28	14,2
	Impossível	11	5,6
Sentir-se capaz de apreciar as atividades diárias	Sempre	95	48,2
	Quase sempre	61	31
	Às vezes	34	17,2
	Raramente/ Nunca	07	3,6
Capacidade de sentir-se ativo e Alerta	Sempre	99	50,3
	Quase sempre	75	38,1
	Às vezes	19	9,6
	Raramente/ Nunca	04	2,0
Esperança para o futuro	Sempre	115	58,4
	Quase sempre	53	26,9
	Às vezes	22	11,2
	Raramente	07	3,5
Total		197	100

A maior parte dos sujeitos (63,5%) afirmou não ter se ausentado nenhum dia do trabalho por problemas de saúde, consulta médica ou realização de exames médicos nos últimos 12 meses.

A ocorrência de doenças com diagnóstico médico esteve presente entre 34% dos entrevistados; na própria opinião, 72,1%; e ambas, ou seja, doenças com diagnóstico médico e na opinião dos entrevistados, 28,9%.

Dentre as doenças, de diagnóstico médico a maioria citou “Dor nas costas que se irradia para as pernas” (7,1%); na própria opinião predominou a “Outra doença respiratória (49,8%); e na ocasião de diagnóstico médico e a

própria opinião, “Lesão nas costas” e “Dor nas costas que se irradia para a perna” tiveram maior destaque (ambas com 6,1%).

Aproximadamente metade dos entrevistados (48,5%) relatou sentir-se cansado e desanimado ao final do dia de trabalho; 51,6% já tiveram crises de espirros, coceira no nariz e entupimento nasal enquanto trabalhavam; 60,8% ficaram resfriados ou gripados nos últimos seis meses.

Ao realizar a comparação entre as variáveis ICT e categorias profissionais não ocorreu diferença estatística significativa (*p*-valor 0,0950/ teste Qui-quadrado). Entretanto, os profissionais da área administrativa, chefia, farmacêutico e porteiros, apresentaram maior porcentagem de baixa capacidade para o trabalho (até 36 pontos), com 25%; seguidos da categoria de enfermagem – auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros – com 24,2%; os profissionais com maior frequência de capacidade para o trabalho ótima (maior ou igual a 44 pontos) foram os motoristas, com 51,7%.

Na tabela 7.8 são apresentadas as variáveis que evidenciaram diferença estatisticamente significativa ao serem cruzadas com o ICT (este considerando as categorias: ótima, boa e moderada somada a baixa):

Tabela 7.8 – Variáveis com diferenças estatisticamente significativas, segundo a capacidade para o trabalho (ICT). Campinas, 2010 (n=197).

Variáveis	p-valor (teste Qui-Quadrado)
Sexo	0,0405
Filhos	0,0121
Tipo de contrato de trabalho	0,0159
Dor ou não nos últimos seis meses	<0,0001
Dor ou não na última semana	<0,0001
Acidente de trabalho	<0,0001
Sono alterado ou não	<0,0001
Tabagismo	0,0457
Uso de medicamentos ou não	0,0005
Problemas de saúde ou não nos últimos 15 dias	0,0015
O uso inadequado do serviço por parte dos usuários pode ser ou não cansativo	0,00256
Gostar ou não de poder ajudar as pessoas com o próprio trabalho	0,0354
Considerar ou não o SAMU diferente dos outros serviços de saúde	0,0160
Nível de satisfação com a vida	<0,0001
Nível de satisfação com o trabalho	<0,0001
Atividade física	0,0217
Comparação da própria saúde com a de outros da mesma idade	<0,0001

Encontrou-se diferença estatística significativa no cruzamento entre ICT e cidade (*p-valor* 0,0268/ teste de Fisher).

Na tabela 7.9 para cada categoria de ICT são apresentadas as variáveis: idade; número de filhos; tempo de atuação na área da saúde, prefeitura e SAMU; horas trabalhadas na semana; IMC; e estresse. Houve diferença estatística significativa para as variáveis: tempo, em anos, de atuação na prefeitura (*p-valor* 0,0430) e estresse (*p-valor* 0,0006) (teste Kruskal-Wallis).

Tabela 7.9 – Distribuição dos valores absolutos, média, desvio padrão, mínimo e máximo das variáveis: idade, número de filhos, tempo de atuação na área da saúde, prefeitura e SAMU, horas trabalhadas na semana, IMC e estresse, segundo as categorias do ICT. Campinas, 2010 (n=197).

ICT	Variável	n	Média	DP	Mínimo	Máximo
Baixo e moderado	Idade (em anos)	31	40	7,6	27	60
	Número de filhos	20	1,7	0,7	1,0	3,0
	Anos na área da saúde	30	14,7	6,1	6,0	30
	Anos na prefeitura	30	11,6	5,6	1,0	24
	Anos no SAMU (em anos)	31	8,6	4,7	1,0	16
	Horas trabalhadas na semana	26	53,5	17,	30	88
	IMC	29	28,3	5,1	21,5	38,8
	Estresse (0 a 10)	28	6,1	2,6	0,0	10
Bom	Idade (em anos)	78	38,4	8,5	20	56
	Número de filhos	55	1,9	1,2	1,0	6,0
	Anos na área da saúde	78	11,7	7,6	0,3	35
	Anos na prefeitura	78	8,3	6,9	0,2	28
	Anos no SAMU (em anos)	78	6,7	5,3	0,1	18
	Horas trabalhadas na semana	77	56,4	23,	30	132
	IMC	78	26,9	4,3	16,4	36,2
	Estresse (0 a 10)	75	6,6	3,0	0	10
Ótimo	Idade (em anos)	88	39,4	8,4	21	56
	Número de filhos	75	2,0	1,0	1,0	4,0
	Anos na área da saúde	86	11,7	7,0	0,4	34,0
	Anos na prefeitura	87	8,6	6,7	0,1	26,0
	Anos no SAMU (em anos)	87	6,5	5,2	0	22,0
	Horas trabalhadas na semana	87	49,5	17,	30	102
	IMC	86	26,5	4,2	18	43,3
	Estresse (0 a 10)	82	7,9	2,9	0	10

Os próximos resultados apresentados foram obtidos a partir das análises de regressão logística univariada e múltipla. Importante lembrar que o ICT considerado para os testes estatísticos foram aqueles menores ou iguais a 36 pontos.

As variáveis sociodemográficas e de estilo de vida que foram significativas são apresentadas na Tabela 7.10.

Tabela 7.10 – Análise de regressão logística univariada para identificar as características sociodemográficas e de estilo de vida associadas com a diminuição da capacidade para o trabalho. Campinas, 2010.

<i>Variável(referência)</i>	<i>Parâmetro Estimado</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>p-valor</i>	<i>RC</i>	<i>IC95%</i>
Estado conjugal (solteiro x sep/div/viu)	0,9781	0,4534	0,0310	2,659	1,094; 6,467
Filhos (não x sim)	0,9213	0,3206	0,0041	2,512	1,340; 4,710
Dormir bem (não x sim)	1,0867	0,3556	0,0022	2,964	1,477; 5,951
Uso de medicamento (sim x não)	1,0846	0,2994	0,0003	2,958	1,645; 5,320
Atividade física (não x sim)	0,7574	0,2782	0,0065	2,133	1,236; 3,679

Acima, as variáveis apresentaram os comportamentos a seguir: ser solteiro (*p-valor* 0,0310) significa ter chance de 2,7 vezes maior de ter ICT neste valor quando comparado ao grupo dos separados, divorciados ou viúvos. Para o que não tem filhos (*p-valor* 0,0041) a chance é de 2,5 vezes quando comparado aos que têm filhos; não dormir bem (*p-valor* 0,0022) a chance é três vezes maior se comparado ao grupo de pessoas que referiram dormir bem à noite; usar medicamentos (*p-valor* 0,003) a chance é três vezes maior do que aqueles que não faziam uso; e por fim, quem não praticava atividade física (*p-valor* 0,0065) apresentou chance duas vezes maior de ICT menor do que os que praticavam algum tipo de atividade.

A seguir serão apresentadas as variáveis que tiveram associação ao ICT menor ou igual que 36 pontos, referente aos aspectos do trabalho, na tabela 7.11.

Tabela 7.11 - Análise de regressão logística univariada para identificar as características do trabalho associadas com a diminuição da capacidade para o trabalho. Campinas, 2010.

<i>Variável (referência)</i>	<i>Parâmetro Estimado</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>p-valor</i>	<i>RC</i>	<i>IC95%</i>
Acidente de trabalho (sim x não)	1,7571	0,4536	0,0001	5,795	2,382; 14,100
Estar em disfunção (sim x não)	2,2877	0,6328	0,0003	9,852	2,850; 34,057
Gostar de ajudar as pessoas (não x sim)	0,7356	0,2941	0,0124	2,087	1,172; 3,714
Gostar da adrenalina (não x sim)	0,6807	0,3542	0,0546	1,975	0,987; 3,955
Estar satisfeito com o trabalho (não x sim)	1,5004	0,3656	<0,0001	4,483	2,190; 9,179
Estar satisfeito com a vida (não x sim)	1,5881	0,4026	<0,0001	4,895	2,224; 10,774
Sofrer incivildades no trabalho (sim x não)	0,9363	0,3820	0,0143	2,550	1,206; 5,393

Destaca-se àqueles que trabalhavam em outra função devido a restrições médicas por terem chance 9,8 vezes maior de ICT moderado ou ruim.

Na tabela 7.12, são apresentadas as variáveis relacionadas aos aspectos da saúde que tiveram associação a ICT menor ou igual que 36.

Tabela 7.12 - Análise de regressão logística univariada para identificar as características da saúde associadas com a diminuição da capacidade para o trabalho. Campinas, 2010.

Variável (referência)	Parâmetro Estimado	Erro Padrão	p-valor	RC	IC95%
Saúde comparada (pior x melhor)	2,3167	0,4820	<0,0001	10,142	3,943; 26,087
Saúde comparada (igual x melhor)	0,7698	0,3014	0,0107	2,159	1,196; 3,899
Dor nos últimos seis meses (sim x não)	1,3487	0,2935	<0,0001	3,852	2,167; 6,848
Dor na última semana (sim x não)	1,3104	0,2871	<0,0001	3,708	2,112; 6,508
Problema de saúde nos últimos 15 dias (sim x não)	1,1857	0,3615	0,0010	3,273	1,611; 6,647
Uso de medicamentos (sim x não)	1,0846	0,2994	0,0003	2,958	1,645; 5,320
Escore de Fadiga	0,0673	0,0103	<0,0001	1,070	1,048; 1,091
Escore de Sonolência	0,1045	0,0339	0,0021	1,110	1,039; 1,186

Os aspectos da saúde relacionados a ICT menor ou igual a 36 pontos foram: ao comparar a própria saúde com as pessoas de mesma idade, aqueles que consideraram sua saúde pior tiveram chance dez vezes maior de ter ICT menor do que aqueles que consideraram sua saúde melhor; aqueles que consideraram sua saúde igual a das pessoas da mesma idade apresentaram chance duas vezes maior do que os que acreditavam ter uma saúde melhor. Além destes, destacaram-se também: presença de dor nos últimos seis meses (RC=3,8) e na última semana (RC=3,7); relato de presença de problemas de saúde nos últimos 15 dias (RC=3,3); uso de medicamentos (RC=3,0); maiores escores de fadiga e sonolência (respectivamente, RC=1,0 e RC=1,1).

Na análise de regressão logística múltipla (modelo de *odds* proporcionais), os fatores sociodemográficos e de estilo de vida que tiveram

associação com baixa capacidade para o trabalho (ICT ≤ 36 pontos) são apresentados na tabela 7.13, com acurácia igual a 0,696.

No modelo abaixo foi utilizado o processo de seleção de variáveis *stepwise*. Ser casado ou solteiro, não ter filhos, não dormir bem e fazer uso de medicamentos tiveram associação a ICT menor ou igual a 36 pontos.

Tabela 7.13 - Análise de regressão logística múltipla para identificar as características sociodemográficas e de estilo de vida associadas com a diminuição da capacidade para o trabalho. Campinas, 2010.

<i>Variável (referência)</i>	<i>Parâmetro Estimado</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>p-valor</i>	<i>RC</i>	<i>IC95%</i>
Estado conjugal (casado/comp x separado/div/viu)	1,3334	0,4617	0,0039	3,794	1,535; 9,378
Estado conjugal (solteiro x separado/ divorciado/ viúvo)	1,0708	0,5447	0,0493	2,918	1,003; 8,486
Filhos (não x sim)	1,0618	0,3991	0,0078	2,892	1,323; 6,321
Dormir bem (não x sim)	1,3315	0,3895	0,0006	3,787	1,765; 8,125
Uso de medicamentos (sim x não)	1,2883	0,3310	<,0001	3,627	1,896; 6,939

Com acurácia de 0,753, os aspectos do trabalho que tiveram associação a ICT menor são apresentados na tabela 7.14.

Tabela 7.14 – Análise de regressão logística múltipla para identificar as características do trabalho associadas a diminuição da capacidade para o trabalho. Campinas, 2010.

<i>Variável (referência)</i>	<i>Parâmetro Estimado</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>p-valor</i>	<i>RC</i>	<i>IC95%</i>
Trabalhar em esquema de plantão de 12 horas (não x sim)	1,7486	0,6196	0,0048	5,747	1,706; 19,355
Total de horas trabalhadas na semana	0,0262	0,0087	0,0028	1,027	1,009; 1,044
Acidente de trabalho (sim x não)	2,4495	0,6007	<,0001	11,58	3,568; 37,594
Gostar do trabalho por poder ajudar as pessoas (não x sim)	0,8215	0,3381	0,0151	2,274	1,172; 4,411
Estar satisfeito com o trabalho (não x sim)	1,5112	0,4428	0,0006	4,532	1,903; 10,796
Estresse	-0,1607	0,0563	0,0043	0,852	0,763; 0,951

Também pelo processo de variáveis *stepwise*, não trabalhar em esquema de plantão, maior número de horas trabalhadas na semana, ter se acidentado no trabalho, não identificar que gosta de trabalhar no SAMU por poder ajudar as pessoas, não estar satisfeito com o trabalho e ser mais estressado estavam associados a ICT menor ou igual a 36 pontos.

Os resultados que permitiram identificar as características de saúde que estão associadas ao menor escore do ICT são apresentadas na tabela 7.15:

Tabela 7.15 - Análise de regressão logística múltipla para identificar as características da saúde associadas com a diminuição da capacidade para o trabalho. Campinas, 2010.

<i>Variável(referência)</i>	<i>Parâmetro Estimado</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>p-valor</i>	<i>RC</i>	<i>IC95%</i>
Saúde comparada (pior x melhor)	1,4043	0,5238	0,0073	4,073	1,459; 11,368
Saúde comparada (igual x melhor)	0,5228	0,3384	0,1224	1,687	0,869; 3,274
Uso de medicamentos	1,0385	0,3354	0,0020	2,825	1,464; 5,451
Escore de fadiga	0,0588	0,0113	<,0001	1,061	1,037; 1,084

As características de saúde associadas a escore inferior ou igual a 36 pontos, com acurácia de 0,779 foram: ao comparar a própria saúde com a de pessoas da mesma idade, considerá-la pior ou igual, usar medicamentos e apresentar um escore de fadiga maior.

7.3 – Dados referentes à incivildade no trabalho, sonolência, fadiga, estresse e Índice de capacidade para o trabalho

No questionário de incivildade, indagações foram feitas ao considerar situações de violência vivenciadas pelos profissionais no último ano de trabalho. As três situações que apresentaram maior frequência de acontecer mais de duas vezes foram: “Interrompeu ou falou no mesmo tempo que você”, com 26,9%; “Desprezou-a (o) ou tratou-a (o) com desdém”, com 24,5%; “Comportou-se de maneira não civilizada com outras pessoas na sua presença (insultando, humilhando)”, com 19%. As situações que tiveram menor frequência de acontecer mais de duas vezes foram: “Ameaçou ou intimidou você fisicamente”, com 4,6%; “Acusou você de incompetência ou estupidez”, com 4,7%; “Gritou ou xingou você”, com 8,3%.

Mais de 1/3 dos participantes (36,3%) afirmou ter sofrido algum tipo de violência no trabalho, sendo 22,5% assédio moral, 11,2% agressão física (corpo a corpo), 6,6% assédio sexual (verbal), 5,6% agressão física (com objetos), 0,5% assédio sexual (físico).

Ao realizar a comparação entre as variáveis sofrer algum tipo de incivildade e as categorias profissionais, embora não tenha ocorrido significância estatística, destaca-se que os médicos apresentaram maior porcentagem deste acontecimento (94,4%), seguidos pela categoria de enfermagem (84,9%).

Já o cruzamento entre sofrer algum tipo de incivildade e idade resultou em dado significativo estatisticamente (p -valor=0,0303 - teste Fisher).

Ao considerar 185 respondentes, o escore médio de sonolência foi 7,2 pontos ($DP \pm 4,2$), sendo a pontuação mínima zero e a máxima 21.

Com relação à fadiga, a pontuação média foi de 66,1 pontos ($DP \pm 16,1$), tendo mínima de 35 e a máxima de 111 pontos. As três situações com maior frequência de acontecer “sempre” foram:

- “Tenho outras coisas para pensar além do trabalho”, com 90,7%;
- “Tenho outras preocupações fora do meu trabalho”, com 14%; e
- “Dores nas costas”, com 7,8%.

Na tabela 7.16 são apresentados os sintomas de fadiga em indivíduos que possuíam contato direto com a população e os que não tinham contato direto com a população usuário do SAMU.

A percepção da fadiga foi constatada por meio do teste de diferenças de médias sendo possível verificar que o grupo de pessoas que não possuíam

contato direto com a população apresentou maior escore de fadiga (67,8 pontos).

Tabela 7.16 – Média e desvio padrão (DP) dos sintomas de avaliação do teste de fadiga ao considerar os sujeitos que entram ou não em contato direto com a população. Campinas, 2010 (n=197)

<i>Sintoma</i>	<i>Contato direto</i>	<i>Contato indireto ou não entram em contato</i>
Cabeça pesada	2,2 (1,1)	2,6 (1,0)
Moleza no corpo	2,6 (1,0)	2,6 (0,9)
Moleza nas pernas	2,2 (1,0)	2,0 (0,9)
Vontade de bocejar	2,8 (1,0)	2,8 (0,9)
Idéias não claras	1,9 (0,8)	2,1 (0,9)
Sonolência	2,7 (0,9)	2,6 (0,8)
Olhos cansados	2,6 (0,9)	2,5 (0,9)
Dif. Movimentar-se	1,6 (0,8)	1,6 (0,8)
Dif. Permanecer em pé	1,6 (0,9)	1,7 (0,8)
Vontade de deitar	2,6 (1,0)	2,2 (1,2)
Concentrar mais	2,6 (0,9)	2,7 (0,8)
Sem vontade de falar	2,2 (0,9)	2,2 (0,8)
Irritado facilmente	2,4 (0,9)	2,3 (1,0)
Dif. Concentrar	2,1 (0,8)	2,2 (0,8)
Pensar em outras coisas	4,7 (0,9)	5,0 (0,0)
Memória ruim	2,0 (0,8)	2,0 (0,9)
Pequenos erros	2,1 (0,6)	2,2 (0,4)
Grandes preocupações	3,2 (1,1)	3,2 (1,0)
Melhorar forma	2,0 (0,9)	1,9 (0,9)
Não trabalhar mais	1,3 (0,6)	1,5 (0,8)
Dor de cabeça	2,4 (1,0)	2,6 (0,9)
Ombros pesados	2,2 (1,1)	2,3 (1,1)
Dores nas costas	2,7 (1,1)	2,9 (1,3)
Dificuldades de respirar	1,5 (0,8)	1,8 (1,1)
Boca seca	1,8 (1,0)	2,0 (1,0)
Voz rouca	1,6 (0,9)	2,0 (1,1)
Tonturas	1,5 (0,7)	1,7 (0,9)
Tremores nas pálpebras	1,6 (0,9)	1,6 (0,8)
Tremores em membros	1,4 (0,7)	1,5 (0,7)
Sentir-se doente	1,4 (0,7)	1,6 (0,6)
Escore de fadiga	65,7 (16,0)	67,8 (16,6)
Min.(30); Max (150)		

Ao comparar as duas populações, ou seja aqueles que tinham contato direto com a população vs os que não tinham contato direto, as variáveis com diferenças estatisticamente significativas foram: “Cabeça pesada” (*p*-valor 0,0411); “Vontade de deitar-se” (*p*-valor 0,0111); “Pensar em outras coisas além do trabalho” (*p*-valor 0,0309); “Sentir-se doente” (*p*-valor 0,0389) (teste Mann-Whitney).

A pontuação média do estresse ao considerar a escala de zero (maior estresse) a dez (menor estresse), foi igual a 7,1 pontos (DP±3,0), sendo a pontuação mínima zero e a máxima, dez pontos. O tipo de estresse mais relatado foi ansiedade (47,7%), seguido de tensão (43%), nervosismo (42,5%), inquietação (22,1%) e outra (16,3%).

Na tabela 7.17, são apresentadas as médias (DP) de estresse, ICT, sonolência e fadiga por faixa etária.

Tabela 7.17 – Médias e desvio padrão das pontuações do estresse, ICT, sonolência e fadiga por faixa etária. Campinas, 2010 (n=197).

Faixa etária (anos)	Estresse* (0 a 10)	ICT** (21 a 49)	Sonolência*** (0 a 21)	Fadiga**** (35 a 111)
20 – 29	7,6 (2,5)	44,0 (3,3)	9,4 (4,8)	64,8 (12,3)
30 – 39	6,4 (2,9)	41,8 (4,8)	7,1 (3,7)	67,4 (15,9)
40 – 49	7,6 (3,0)	41,2 (6,4)	7,5 (4,5)	66,9 (17,0)
≥ 50	8,0 (3,2)	42,0 (6,2)	4,4 (4,0)	60,3 (16,8)

*Estresse** – 0 estou totalmente estressado, 10 não estou estressado.

*ICT*** – valores mais elevados indicam melhor capacidade para o trabalho.

*Sonolência**** – valores elevados indicam maior sonolência.

*Fadiga***** – O score pode variar de 30 pontos (menor fadiga) até 150 pontos (maior fadiga).

As faixas de idade que merecem destaque pois apresentaram diferença estatística significativa foram: 30 a 39 e ≥ 50 anos, 30 a 39 e 40 a 49 anos (*p*-

valor 0,0109); e ≥ 50 anos com 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos (*p*-valor 0,0024) (teste Kruskal-Wallis).

Na tabela 7.18, é considerada a variável categoria profissional e são apresentadas as médias (DP) de estresse, ICT, sonolência e fadiga.

Tabela 7.18 - Médias e desvio padrão das pontuações do estresse, ICT, sonolência e fadiga por categorias profissionais. Campinas, 2010 (n=197).

<i>Categoria Profissional</i>	<i>Estresse (0 a 10)</i>	<i>ICT (21 a 49)</i>	<i>Sonolência (0 a 21)</i>	<i>Fadiga (35 a 111)</i>
Enfermagem n=66	7,4 (2,8)	41,1 (6,2)	7,1(4,4)	70,2 (16,7)
Médico n=36	6,4 (2,8)	41,5 (4,5)	7,3 (4,5)	67,1 (12,6)
Motorista n=60	7,2 (3,4)	42,9 (5,2)	7,0 (4,0)	60,6 (15,8)
TARM e Operador de rádio n=23	6,7 (2,7)	42,5 (4,2)	7,8 (4,4)	65,5 (14,3)
Administrativo, chefia, farmacêutico e porteiro n=12	7,5 (3,1)	40,3 (6,8)	7,4 (2,1)	69,8 (20,8)

Considerando os profissionais de enfermagem e motoristas obteve-se diferença estatística significativa para o escore de fadiga (*p*-valor 0,0089/ teste Kruskal-Wallis).

8. Discussão

A discussão deste trabalho segue a mesma seqüência da abordagem apresentada nos resultados.

8.1 – Caracterização sociodemográfica, condições de vida e do trabalho

A análise dos dados evidenciou o predomínio do sexo masculino dentre os sujeitos estudados, fato que pode estar associado a categoria profissional mais frequente e que não possuía nenhum indivíduo do sexo feminino, os motoristas (30,46%). Além disso, ressalta-se a predominância do sexo masculino dos 36 médicos participantes, 25 eram homens. Os médicos totalizaram 18,27% da amostra.

Apesar da crescente participação feminina no mercado de trabalho, esta ainda é bem inferior à masculina ⁽⁶⁶⁾. Campos ⁽⁴⁾ justifica a concentração de homens no SAMU pela necessidade do trabalho demandar força e preparo físico.

No caso dos profissionais de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros) houve predomínio das mulheres; fato que corrobora os estudos que evidenciam a enfermagem como sendo, historicamente, uma profissão feminina ⁽⁶⁷⁾.

O predomínio do ensino médio completo justifica-se pela somatória dos motoristas e da classe de enfermagem, que juntos representam quase 64% dos participantes. Para exercer a função de técnico de enfermagem, o ensino médio completo é exigido, já como pré-requisito para ser motorista, a Portaria 814 ⁽²⁾ exige ensino fundamental completo. Auxiliares de enfermagem também

devem ter pelo menos o ensino fundamental completo, além do curso profissionalizante.

Evidenciou-se que a maioria dos profissionais possuía vínculo empregatício que se deu por meio de concurso público (59,4%), o que pode ter havido uma seleção dos candidatos com melhor escolaridade e desempenho.

A idade média de 39,1 anos remonta a um perfil de população em idade produtiva e a maioria era casada e com filhos.

A associação entre idade e tipo de contrato revelou haver diferença entre as faixas etárias e o tipo de contrato. A percepção foi de que trabalhadores com maior idade possuíam vínculo com a prefeitura por meio de concurso público e os mais jovens, eram contratados transitórios.

A maioria da amostra possuía contato direto com a população, fato que já fora evidenciado na distribuição das categorias profissionais.

Quase metade dos trabalhadores (42,13%) possuía outro vínculo empregatício e, em sua maioria, era do sexo masculino (65,06%). Houve predomínio dos médicos quanto a ter mais de um emprego. Estudo realizado com médicos em Salvador apontou a sobrecarga de trabalho, principalmente nas atividades de plantão, este é fato preocupante ao considerar que a atividade médica é baseada na interação médico e paciente, estudo e atualização científico- tecnológica e que de certa forma pode ficar comprometida pela escassez de tempo ⁽⁶⁸⁾.

No caso dos motoristas, o fato de também trabalharem em esquema de plantão pode permitir o acúmulo de empregos.

Médicos e motoristas foram representados em sua maioria por homens. Os homens tendem a cumprir jornada maior de trabalho, o que por

consequência amplia a diferença de renda mensurada quando o tema abordado é trabalho, renda e gênero ⁽⁶⁶⁾.

O fato de quase a maioria dos indivíduos fazer horas extras pode estar associado a dois motivos: o SAMU, devido sua característica de prontidão, favorecer a probabilidade de extrapolar o horário de saída, isto é, no caso de atendimentos próximos ao horário de término da jornada de trabalho, pois adia o retorno do funcionário a base central; e também, o trabalho em eventos (como por exemplo, shows, corridas, entre outros), nos quais a presença do SAMU é solicitada, o que permite que o funcionário realize hora extra no dia do seu descanso.

Merece destaque o total de horas trabalhadas na semana, acima de 70, além de ter sido relatado jornada máxima de 132 horas semanais. Nestas situações, dentre todas as categorias profissionais foi possível concluir que os médicos trabalhavam mais horas na semana (44,7%).

É importante ressaltar a diferença estatística significativa entre realização de horas extras e sexo, e total de horas trabalhadas na semana e sexo. Ao refletir sobre o gênero e trabalho, a literatura indica que uma das diferenças mais acentuadas se refere à jornada de trabalho, isto é, a jornada semanal das mulheres é cerca de cinco vezes inferior à dos homens; não sendo possível concluir o motivo, talvez seja opcional ou impedimento imposto pelo mercado de trabalho ou ainda, fatores além de seu controle, possivelmente as atividades relacionadas ao cuidado da família e do lar ⁽⁶⁶⁾.

Em geral, observou-se no ambiente do SAMU que pessoas mais velhas trabalhavam no período da noite. Coincidentemente, houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis horário de trabalho e idade.

Ao comparar a média do tempo de trabalho na área da saúde (12 anos), a média de idade em que começaram a trabalhar (16 anos) e a idade média dos participantes da pesquisa (39 anos), não é possível afirmar que os trabalhadores em sua vida laboral apenas atuaram na área da saúde, ou seja, provavelmente tiveram empregos em outros ramos produtivos.

Com relação aos acidentes de trabalho, em estudo realizado em Belo Horizonte com profissionais atuantes em APH ⁽²⁵⁾, houve investigação de acidentes envolvendo apenas material biológico e a porcentagem anual de sua ocorrência foi de 20,6%. Na presente pesquisa, os acidentes de trabalho em geral tiveram a porcentagem de 10,7%, o que se mostra inferior ao encontrado em Belo Horizonte. No mesmo estudo, os acidentes com perfuro-cortantes representaram 40,8%, enquanto que neste a porcentagem foi de 28,6%.

Os acidentes de trânsito envolvendo ambulâncias merecem destaque devido a sua porcentagem de acontecimento dentre os acidentes de trabalho (23,8%). Studnek e Fernandez ⁽⁶⁹⁾ em estudo americano realizado com 1175 técnicos de emergência constataram a incidência anual de 8,6% de acidentes de trânsito envolvendo ambulâncias, com sugestão de que a idade e o sono estavam associados a esta ocorrência.

Ao pontuar o uso de EPI e os trabalhadores que prestavam atendimento direto à população pode-se concluir que 3,2% dos trabalhadores ou se esqueceram de mencionar seu uso ou realmente não faziam uso dos mesmos, fato que permite questionar a qualidade do atendimento prestado e a responsabilidade quanto à própria proteção.

A prevalência de ser cansativo o constante relacionamento com as pessoas permite vários enfoques. Um deles é direcionado aos trabalhadores

que tinham efetivo contato direto com a população usuária do serviço. Estes se relacionavam com muitas pessoas diferentes ao longo de um dia de trabalho e, o tempo todo direta e indiretamente, com duração do tempo da relação interpessoal flutuante. Além de também serem variáveis os interesses impostos nestes relacionamentos. No caso das pessoas que trabalhavam em ambiente fechado havia menor exposição. No entanto, para aqueles que se relacionavam de forma indireta, por meio do telefone, havia prejuízo da comunicação, o que pode acarretar situações de cansaço e esgotamento. Este fato é apontado por Vilela e Assunção ⁽⁷⁰⁾ em estudo sobre a situação do trabalho de telefonistas, em que a maneira de falar, o que dizer, o que não-dizer e a forma como conduzir um diálogo criavam uma situação artificial, que certamente terá efeitos sobre a vida psíquica dos sujeitos envolvidos.

No estudo sobre telefonistas, a empresa em questão não prestava serviço a indivíduos com sua saúde alterada, enquanto que para este estudo o fato pode piorar ainda mais a situação dos trabalhadores do SAMU ao se considerar a situação de risco de morte do outro lado da linha, ou melhorar, sob o aspecto de se sentirem participantes do processo de trabalho e úteis à sociedade.

A maioria relatou gostar do trabalho pelo fato de poder exercer um tipo de serviço que só o SAMU oferece o que permite concluir que a maioria gosta do que faz.

Ser considerado, por quase a totalidade dos trabalhadores ser o SAMU um serviço diferente de outros da área da saúde, revela a especificidade deste tipo de serviço, executado no SAMU.

Grande parte dos dados relativos à caracterização do SAMU sofreu influência do local de trabalho - como aqueles profissionais que atuavam nas ruas e aqueles que trabalhavam em local fechado - e do horário de trabalho, pois houve prevalência entre os participantes de trabalhadores do turno diurno, que nesta pesquisa isto foi refletido no relato de exposição ao barulho e ruídos, iluminação adequada, entre outros.

Quanto ao estilo de vida, a porcentagem de trabalhadores que relatou ser tabagista no SAMU (21,8%) revela valor acima da média nacional de 2006 que era de 16% ⁽⁷¹⁾, já o uso de bebidas alcoólicas foi referenciado por quase metade da amostra.

A atividade física regular foi referida por mais da metade dos respondentes; e a maioria realizava atividades de lazer e tinha planos para o futuro.

A dor nos últimos seis meses foi prevalente em mais da metade dos trabalhadores e o uso de medicamentos foi mencionado por 30,6% da população.

A principal causa de problemas com o sono foi associada ao horário de trabalho. Fischer, Moreno e Rotenberg ⁽⁷²⁾ afirmam que por conta do trabalho em turnos e noturno, a desorganização do ritmo circadiano do sono pode acarretar comprometimentos sérios do funcionamento cerebral.

A satisfação com a vida foi um pouco maior do que a satisfação com o trabalho. Segundo Martinez, Paraguay e Latorre ⁽⁷³⁾, a satisfação no trabalho trata-se de fenômeno complexo, subjetivo, que varia dependendo da circunstância e do tempo ao se considerar uma mesma pessoa.

8.2 – Índice de Capacidade para o Trabalho

Nesta pesquisa, na análise do ICT categórico a maioria dos trabalhadores apresentou ótima capacidade para o trabalho (44,7%), o que contraria o estudo catarinense realizado por Silveira ⁽⁷⁴⁾ com 107 bombeiros, no qual houve prevalência de capacidade moderada; e se assemelha a valores encontrados por Monteiro e Fernandes ⁽⁵⁶⁾, que investigaram trabalhadores de uma empresa de tecnologia da informação e que encontraram entre 173 sujeitos, 48,6% com ótima capacidade para o trabalho, embora esta porcentagem seja menor no SAMU.

Somados os valores das categorias baixa e moderada, estes representaram 15,7% dos trabalhadores, valor menor do que o encontrado por Moreno ⁽⁵⁴⁾, em pesquisa com trabalhadores de enfermagem de hospitais e centros de saúde de serviço público municipal, e por Chillida ⁽⁷⁵⁾ em estudo com trabalhadores de enfermagem do turno noturno de um hospital universitário público; ambas, encontraram valor das categorias baixa e moderada igual a 28,2% da amostra.

Na saúde geral reflete-se o prejuízo ocasionado pela demanda física e, conseqüentemente, menor capacidade para o trabalho ⁽⁷⁶⁾. Nesta pesquisa, o predomínio foi da demanda mental.

Embora sem significância estatística faz-se importante salientar que a categoria de trabalhadores que apresentou maior freqüência de baixa capacidade para o trabalho foi a dos profissionais da área administrativa, chefia, farmacêutico e porteiros; quase que em mesma representatividade. Os trabalhadores de enfermagem também merecem destaque.

Os motoristas, dentre todas as categorias, foram os que apresentaram maior porcentagem da categoria ótima capacidade para o trabalho.

Takeda e Robazzi ⁽²³⁾ constataram em pesquisa com 22 trabalhadores de ambulância que os mesmos executavam tarefas que suplantavam a que lhes eram prescritas; a falta de conhecimento e o desvio de função poderiam favorecer os adoecimentos, semelhantes ao de trabalhadores da área da saúde. De modo diferente, os motoristas deste estudo desempenhavam as funções conforme determina a lei ⁽²⁾.

A investigação da relação dos fatores psicossociais, preocupação com as condições do trabalho e problemas de saúde entre homens e mulheres que trabalhavam em ambulância foram alvo de estudo sueco que envolveu 1500 profissionais e constatou que se preocupar com as condições de trabalho pareceu ser fator de risco para ter problemas de saúde, principalmente ao considerar o sexo feminino. Algumas pesquisas apontam uma maior chance de perda de capacidade precoce para o trabalho entre as mulheres ^(54,77). Sobre a diferença entre os sexos, nesta pesquisa houve resultado significativo quanto ao ICT.

Não houve diferença estatística significativa entre ICT e idade neste estudo, fato que contraria outras pesquisas ^(54,78).

Separados, divorciados e viúvos tem chances maiores de apresentarem ICT maior ou igual a 36 do que os solteiros, ao se considerar a análise de regressão logística univariada. Bellusci e Fischer ⁽⁷⁷⁾ ao investigarem 807 servidores de uma instituição judiciária federal encontraram que os sujeitos casados (as) ou que vivem com companheiros (as) apresentaram melhor

capacidade para o trabalho do que os solteiros, separados, divorciados ou viúvos.

Não ter filhos correspondeu a 2,5 vezes maior chance de escore do ICT menor que 36, o que contraria pesquisa de Moreno ⁽⁵⁴⁾ que constatou o inverso e justifica a associação do ICT menor e ter filhos com a sobrecarga adicional de trabalho, pois reduz o tempo de descanso e aumenta a carga de trabalho doméstico. Talvez, nesta pesquisa, este resultado possa ter sofrido influência da predominância do sexo masculino.

No Brasil, observa-se declínio na taxa de fecundidade, fato constatado pela estatística de 2002 que revela 2,1 filhos por mulher e que aponta isso como repercussão positiva na possibilidade de as mulheres ampliarem sua inserção no mercado de trabalho e das famílias, de conciliarem trabalho e responsabilidades financeiras ⁽⁷⁹⁾.

Não dormir bem obteve resultado destacável com três vezes mais chance de ICT menor ou igual a 36. Chillida ⁽⁷⁵⁾ encontrou que quanto maior o tempo de trabalho em período noturno, menor era o escore do ICT.

A atividade física regular, aliada a estilo de vida ativo, é necessária para a promoção da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento, de modo a prevenir e controlar doenças crônicas não-transmissíveis, como as cardiovasculares e o câncer ⁽⁸⁰⁾.

Acrescenta-se aos benefícios da atividade física, a afirmação de Ilmarinen ⁽⁸¹⁾ de que a realização de exercícios tem sido uma das maiores ferramentas na promoção à saúde no trabalho. Nesta pesquisa, a prática de atividade física diminuiu 2,1 vezes a chance de ICT menor ou igual a 36 pontos.

Com relação às condições de trabalho, estar em disfunção representou ter chance de quase 10 vezes para ICT menor ou igual a 36 pontos. Essa condição que o empregado se encontra não permite, devido a condições de sua saúde e laudo médico ocupacional, que o indivíduo desempenhe as atividades de trabalho que praticou até o momento do adoecimento. Sendo assim, ele passa a atuar em outra função como, por exemplo, no caso de auxiliares de enfermagem, estes não trabalham mais nas ambulâncias e sim, na central de material esterilizado.

Uma das consequências do trabalho no SAMU é a possibilidade de, embora inerente ao próprio trabalho, realizá-lo de modo diferencial. Diante do contexto da sociedade com parcelas significativas de pobreza e marginalização, o fato de achar que com seu próprio trabalho é possível ajudar as pessoas pode trazer sentimentos de solidariedade e de forma mais intrínseca, utilidade. Esse comportamento resultou em benefícios para a capacidade do trabalho, diminuindo 2,1 vezes a chance de ICT menor ou igual a 36 pontos.

Uma discussão interessante se mostra ao pensar que há duas vezes menores chances de ICT menor ou igual a 36 ao gostar do trabalho pelo efeito da adrenalina. A secreção de cortisol é resultante de condições de estresse devido às cargas físicas ou mentais do trabalho ⁽⁸²⁾. No SAMU, há esforço físico consequente da situação do atendimento ao paciente (como por exemplo, correr para chegar até o local, descer barrancos, carregar materiais e pacientes, empurrar maca, entre outros) e ainda, existe a condição desafiante da profissão: que envolve perigo, surpresa e inesperado, exigência pessoal de bom desempenho da atividade e responsabilidade, cenas chocantes, entre

outros. Neste cenário, sensações resultantes da exposição são associadas pelos funcionários a adrenalina. Ao pensar que os profissionais que atuam nas ambulâncias estão mais expostos a tais situações, é importante destacar que trabalhadores da área administrativa, farmacêutico e porteiros apresentaram maior porcentagem de ICT menor.

Com relação a satisfação, esta foi alvo de estudo realizado com 60 profissionais de um SAMU da cidade de Natal. Constatou-se que 96,1% gostavam e estavam satisfeitos com seu trabalho e referiram como principal motivo a autonomia ⁽⁴⁾. Na presente pesquisa, não estar satisfeito com o trabalho e com a vida evidenciou p-valor<0,0001 ao considerar ICT menor ou igual a 36.

Sobre a relação de aspectos da saúde e ICT a análise de regressão univariada evidenciou os indivíduos que consideraram achar que sua saúde é pior quando comparados com indivíduos da mesma idade. Estes apresentaram dez vezes maior chance de ICT menor ou igual a 36 com relação aqueles os quais acreditaram que sua saúde é melhor do que dos outros da mesma idade.

A maior parte dos trabalhadores (72,1%) apontou algum problema de saúde segundo a própria opinião. As doenças respiratórias foram citadas por quase metade dos trabalhadores. Na tentativa de identificar algum fator de causa, relacionado ao trabalho, merece destaque o uso dos aparelhos de ar condicionado nas ambulâncias, nos quartos reservados para conforto dos profissionais, e nas salas em que havia concentração de pessoas envolvidas na triagem de atendimento (telefonistas, médicos reguladores, operadores de rádio). Os condicionadores de ar oferecem ambiente favorável ao crescimento de fungos propiciando os sintomas da síndrome dos edifícios doentes, tais

como pneumonia, rinites, sinusites alérgicas, falta de concentração, fadiga. É necessário realizar limpeza dos mesmos quinzenalmente ⁽⁸³⁾.

Em relação às doenças, dores na coluna também foram identificadas ao considerar o diagnóstico médico. As doenças musculoesqueléticas também estão presentes em profissionais que trabalham em ambulâncias de forma a representar um importante problema de saúde, responsável por faltas no trabalho e aposentadoria precoce ⁽⁸⁴⁾.

Sobre a violência no trabalho, na Europa houve a identificação de que 16% da população ativa estavam expostas a ela, principalmente agentes de administração pública que trabalham em contato direto com a clientela ⁽⁸⁵⁾. Lacman ⁽⁸⁶⁾ aponta algumas profissões em que a constatação da violência é significativa: bancários, policiais, agentes de trânsito, trabalhadores da área da saúde, motoristas e cobradores de ônibus, trabalhadores de bares e restaurantes, entre outros. Nota-se que em comum, tais trabalhadores eram prestadores de serviço.

Sofrer pelo menos uma das situações de incivildade descritas no questionário representou ter 2,6 maiores chances de ICT menor ou igual a 36. Sobre a violência no trabalho, 36,3% dos trabalhadores afirmaram ter vivido tais situações. Quase o dobro desta porcentagem foi encontrado por Moreno ⁽⁵⁴⁾, que identificou 63,6% da população alvo de sua pesquisa vítima de violência no trabalho no último ano e apresentando, em média, três pontos a menos no ICT ao comparar ao grupo que não sofreu violência. Outro estudo com trabalhadores de enfermagem mostrou associação entre abuso verbal e capacidade de trabalho inadequada ⁽⁵¹⁾.

A fadiga é entendida como um estado de alerta para o corpo podendo resultar, ao considerar o trabalho, em diminuição nos padrões de segurança de forma a aumentar o índice de erro durante a realização de uma tarefa, risco de acidente e a redução da produtividade ⁽⁸⁷⁾. Neste estudo, a média da pontuação da fadiga foi igual a 66,1 pontos. Welle ⁽⁸⁸⁾ ao investigar trabalhadores de flores e plantas, encontrou escore médio de 66,6 pontos para mulheres. Já Masson ⁽⁵⁵⁾ ao estudar motoristas de caminhão, encontrou valor médio igual a 56,8 pontos ao considerar a fadiga entre caminhoneiros que utilizavam rebite.

Na presente pesquisa houve diferença estatisticamente significativa entre o escore de fadiga e ICT menor ou igual a 36 pontos ($p\text{-valor}<0,0001$), além de maior escore de fadiga na faixa etária entre 30 e 39 anos e entre os profissionais de enfermagem.

Na comparação dos profissionais que tinham com os que não tinham contato direto com a população, os de contato direto apresentaram escore maior de fadiga, com diferença de dois pontos. Há diferenças entre estes trabalhadores, tais como: ambiente, relacionamentos interpessoais, postura adotada durante o período do trabalho e, o principal, tipo de comunicação.

A média da pontuação do estresse auto-referido foi igual a 7,1 pontos (valor dez – não estou estressado e, valor zero – estou totalmente estressado), quanto à idade, a faixa etária entre 30 e 39 anos foi a que apresentou menor pontuação, e com relação à categoria profissional, os médicos foram os que se mostraram mais estressados. Ao considerar que esta categoria profissional foi a que apresentou maior carga horária de trabalho semanal e maior número de empregos, esta pode ser a causa de maior prevalência do estresse. Uma revisão de literatura sobre a relação do estresse e o trabalho de médicos e

enfermeiros de terapia intensiva neonatal identificou que a sobrecarga de trabalho, *burnout*, e desejo de abandonar o trabalho e níveis elevados de cortisol acometiam tais profissionais ⁽⁸⁹⁾.

O escore de sonolência se mostrou importante ao considerar o ICT, isto é, quanto maior a sonolência as chances de ICT menor ou igual a 36 eram iguais a 1,1. A faixa etária com maior sonolência foi a de 30 a 39 anos e a categoria profissional mais acometida foi a de telefonistas e operadores de rádio. Le Guillant denominou “Neurose das telefonistas” como sendo os sintomas de alterações de humor, fadiga, repercussões somáticas e alterações do sono ⁽⁹⁰⁾.

São diversas as categorias de trabalhadores e as variáveis das condições de trabalho dos que atuam no SAMU, de modo que um enfoque especial a cada uma delas se faz importante para a melhor compreensão dos fatores que podem afetar a saúde física e mental dos trabalhadores.

9. Limitações do estudo

Este estudo, por ser transversal, tem suas limitações.

Trabalhadores que estavam afastados não fizeram parte da amostra, conseqüentemente o efeito de trabalhador sadio pode ter levado a um viés de seleção. Diante da possibilidade desta ocorrência, as associações entre as condições de trabalho e a perda de capacidade para o trabalho podem estar subestimadas.

No SAMU, nos dias atuais, algumas mudanças ocorreram.

Alguns funcionários que participaram da pesquisa não mais trabalham neste serviço e também algumas rotinas de trabalho foram modificadas.

10. Conclusão

Esta pesquisa permitiu identificar a capacidade para o trabalho entre os profissionais atuantes em serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, bem como os aspectos sociodemográficos, condições de trabalho, estilo de vida, ocorrência de situações de incivilidade, violência, fadiga e sonolência entre os profissionais.

Da amostra estudada 44,7% apresentaram ótima capacidade para o trabalho; 39,6%, boa; e 15,7% moderada e baixa.

A maioria dos participantes era do sexo masculino, com idade entre 30 e 39 anos, residente em Campinas, tinha filhos, com ensino médio completo. Predominou o uso do carro como meio de transporte para o trabalho, a moradia de alvenaria e a religião católica.

Participaram onze tipos de profissionais: auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, motoristas, técnicos em atendimento de regulação médica (telefonistas), operadores de rádio, chefia, funcionários da administração, porteiros e farmacêutico. A categoria com maior porcentagem de participação na pesquisa foi a dos motoristas, seguida pelos médicos e auxiliares de enfermagem.

A maioria possuía vínculo com a prefeitura por meio de concurso público, atuava no turno diurno e trabalhava até 36 horas semanais, sendo expressivo o número de profissionais que acumulava mais de 70 horas trabalhadas na semana (25,3%). Quase metade dos participantes possuía outro emprego e realizava horas extras. O tempo médio de atuação no SAMU foi de 6,9 anos.

A maioria não ingeria bebida alcoólica, não fumava, praticava atividades físicas e de lazer e tinham planos para o futuro.

Quanto ao ICT, as variáveis significativas da amostra foram: sexo, filhos, tipo de contrato de trabalho, dor, acidente de trabalho, sono, uso de medicamentos, problemas de saúde nos últimos 15 dias; cansar ou não, o fato da população não saber fazer uso correto do serviço, ser ou não o SAMU diferente dos outros serviços de saúde, nível de satisfação com a vida e com o trabalho, comparação da própria saúde com a de outras pessoas da mesma idade, tempo de atuação na prefeitura e estresse.

Ao considerar as análises de regressão logística univariada, as variáveis que influenciaram a baixa capacidade para o trabalho foram: ser solteiro (quando comparado aos grupos de divorciados, separados e viúvos), não ter filhos, não dormir bem, não praticar atividade física, ter sofrido acidente de trabalho no último ano, estar em disfunção, não gostar de ajudar as pessoas, não gostar da experiência de sentir os efeitos da expectativa constante e prazer proporcionadas pelas situações de trabalho, não estar satisfeito com o trabalho e com a vida, considerar a própria saúde pior ao comparar com pessoas da mesma idade (quando comparado às pessoas que consideravam igual ou melhor), sentir dor nos últimos seis meses e última semana, ter tido problemas de saúde nos últimos 15 dias, usar medicamentos, sofrer situações de incivilidade no trabalho, ter maiores escores de fadiga e sonolência.

Quanto à regressão logística múltipla, ser casado ou solteiro, não ter filhos, não dormir bem e fazer uso de medicamentos tiveram associação ao escore do ICT menor ou igual a 36 pontos. Também, não trabalhar em esquema de plantão, trabalhar em maior número de horas na semana, ter se

acidentado no trabalho, não identificar que gosta de trabalhar no SAMU por poder ajudar as pessoas, não estar satisfeito com o trabalho e ser mais estressado aumentou as chances de uma baixa capacidade para o trabalho. Ainda, comparar a própria saúde com a de pessoas da mesma idade e considerá-la pior ou igual, usar medicamentos e apresentar um escore de fadiga maior diminuíram a capacidade para o trabalho.

A situação de incivilidade com maior frequência de acontecimento foi a de ser interrompido ou outra pessoa falar ao mesmo tempo. Deve ser destacado que mais de um terço dos participantes sofreu algum tipo de violência no trabalho.

O escore médio de sonolência foi 7,2 pontos e a pontuação média do estresse foi 7,1 pontos, em escala na qual dez significava “não estou estressado”.

A percepção de fadiga foi maior entre os profissionais que não possuíam contato direto com a população e a pontuação média geral foi 66,1 pontos, em escore que variou entre 35 e 111.

Observou-se ampla variedade de fatores que tiveram associação com a perda da capacidade para o trabalho. Isto permite a conclusão de que para implementação de melhorias ou até mesmo manutenção da saúde mental e física dos profissionais do SAMU faz-se necessária uma abordagem ampla e multidimensional.

Ao mesmo tempo, as intervenções requerem um olhar preciso e pontual e é preciso considerar as condições de trabalho específicas de cada categoria de trabalhador, além do contato com a população usuária do serviço.

Outro aspecto a ser destacado é relativo à população, que deve ser submetida a uma ação educativa direcionada ao uso correto do serviço.

O SAMU por ser um serviço recente no país, poucos são os estudos realizados com os seus profissionais. Embora haja um modelo de funcionamento determinado pelo Ministério da Saúde, cada SAMU possui suas particularidades. Sendo assim, diversas abordagens podem ser realizadas de forma a identificar o trabalho e as variáveis que influenciam a saúde dos trabalhadores, principalmente no que tange a capacidade para o trabalho e a implementação de programas preventivos e de promoção a saúde.

11. Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/ MS no 737 de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União, no 96, seção 1e, de 18 de maio de 2001. Brasília; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.o. 814/GM de 01/06/01. Brasília; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília (DF); 2006. 256 p.
4. Campos RM. Satisfação da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) no ambiente de trabalho [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
5. Dolor ALT. Atendimento pré-hospitalar: histórico do papel do enfermeiro e os desafios ético-legais. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Estadual de São Paulo; 2008.
6. Fernandes RJ. Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto- SP [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.

7. Palveiqueres S. Educação continuada de enfermeiros no atendimento à vítima de traumatismos [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1997.
8. Brink LW, Neuman B, Wynn J. Air Transport. *Transport medicine*. 1993 Apr; 40 (2): 439 – 456.
9. Lopes SLB, Fernandes RJ. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. In: Simpósio Trauma II; 1999 out/ dez, Ribeirão Preto (SP). *Medicina: Universidade de São Paulo*; 2000. 381 – 387.
10. Martins PPS. Atendimento Pré- Hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
11. São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde, Rede Brasileira de Cooperação em Emergências. Manual do curso de regulação médica. São Paulo (SP); 2001.
12. Figueiredo J. Emergência: condutas médicas e transportes. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 36 – 48.

13. Soares L, Almeida R, Gonçalves V. Manual do curso de atendimento avançado em emergências para enfermeiros. Secretaria do Estado de São Paulo. 1996; 132.
14. Scarpelini S. A organização do atendimento às urgências e trauma. Medicina, Ribeirão Preto. 2007; 40(3): 315 – 20.
15. Cara M. Emergency medical assistance and organization of emergency medical care units in France (SAMU). Ann Pharm Fr. 2002; 60 (4): 219 – 25.
16. Adnet F, Lapostolle F. International EMS systems: France. Resuscitation. 2004; 63(1): 7 – 9.
17. Ducasse JL, Battefort F, Bleichner G. From the call to the advanced life support: management of emergency care units in France. Rev Prat. 2006; 56 (7): 725 – 8.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/ MS no 2048 de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília; 2002.
19. Vargas D. Atendimento Pré-Hospitalar: a Formação Específica do Enfermeiro na Área e as Dificuldades Encontradas no Início da Carreira. Rev Paul Enfermagem. 2006, 25(1): 46 – 51.

20. Cristina JA. Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento avançado pré-hospitalar móvel ao adulto em situação de atendimento em parada cardiorrespiratória [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2006.
21. Koizume MS, Kamiyama Y, Freitas LA. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva – problemas sentidos expectativas em relação à assistência de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP. 1979; 13 (2):135 – 45.
22. Ilmarinen J. Aging and work. Occup Environ Med. 2001;58 (8): 546 – 52.
23. Takeda E, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho com motoristas de ambulâncias que realizam socorro de urgência. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15 (3): 439 – 445.
24. Zapparoli AS, Marziale MHP. Risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências. Rev. bras. enferm. 2006; 59 (1): 41 – 46.
25. Oliveira AC, Lopes ACS, Paiva MHRS. Acidentes ocupacionais por exposição a material biológico entre a equipe multidisciplinar do atendimento pré-hospitalar. Rev. esc. enferm. USP. 2009; 43 (3): 667 – 83.

26. Romanzini EM, Bock LF. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e formação profissional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18 (2): 108-112.
27. Allison E, Whitley T, Revicki D, Landis S. Specific occupational satisfaction and stresses that differentiate paid and volunteer EMTs. *Annals of Emergency Medicine*. 1987; 16 (6): 676 – 679.
28. Josson A, Segesten K. Daily stress and concept of self in Swedish ambulance personnel. *Prehosp Disaster Med*. 2004; 19 (3): 226 – 34.
29. Josson A, Segesten K. Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*. 2003. 20; 79-84.
30. Bennett P, Williams Y, Page N, Hood K, Woollard M. Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emergency Medicine Journal*. 2004; 21: 235 – 236.
31. Berger W, Figueira I, Maurat AM, Bucassio EP, Vieira I, Jardim SR *et al*. Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: prevalence and impact on health and on quality of life. *Journal of Traumatic Stress*. 2007; 20 (4): 637 – 642.

32. Mock EF, Wrenn KD, Wringht SW, Eustis TC, Slovis CM. Anxiety levels in EMS providers: effects of violence and shifts schedules. *Am J Emerg Med.* 1999; 17: 509 – 511.
33. Essex B, Scott LB. Chronic stress and associated coping strategies among volunteer EMS personnel. *Prehospital Emerg Care.* 2008; 12 (1): 69 – 75.
34. Sterud T, Hem E, Lau B, Ekeberg O. Suicidal ideation and suicide attempts in nationwide sample of operational Norwegian ambulance personnel. *J Occup Health.* 2008; 50: 406 – 414.
35. Ploeg VDE, Kleber RJ. Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occup Environ Med.* 2003; 60 (Suppl 1): 40 – 46.
36. Aasa U, Brulin C, Angquist KA, Barnekow-Bergkvist M: Workrelated psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. *Scand J Caring Sci.* 2005; 19: 251 – 258.
37. Brough P. Comparing the influence of traumatic and organizational stressors on the psychological health of police, fire and ambulance officers. *Int J of Stress Manage.* 2004; 11: 227 – 244.

38. Sterud T, Hem E, Ekeberg O, Lau B. Occupational stressors and its organizational and individual correlates: A nationwide study of Norwegian ambulance personnel. *BMC Emergency Medicine*. 2008; 8 (16): 1 – 11.
39. Maguire BJ, Hunting KL, Guidotti TL, Smith GS. Occupational injuries among emergency medical services personnel. *Prehospital Emergency Care*. 2005; 9 (4): 405 – 411.
40. Aasa U, Barnekow-bergkvist M, Angquist KA, Brulin C. Relationships between work-related factors and disorders in the neck-shoulders and low-back region among female and male ambulance personnel. *J Occup Health*. 2005; 47: 481 – 489.
41. Okada N, Ishii N, Nakata M, Nakayama S: Occupational stress among emergency medical technicians: Hyogo Prefecture. *Prehospital Disaster Med*. 2005; 20: 115 – 121.
42. Boreham CA, Gamble RP, Wallace WF, Cran GW, Stevens AB: The health status of an ambulance service. *Occup Med (Lond)*. 1994; 44: 137 – 140.
43. Duchateau FX, Bajolet-Laplante MF, Chollet C, Ricard-Hibon A, Marty J: Exposure of French emergency medical personnel to violence. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2002; 21: 775 – 778.

44. Balarajan R: Inequalities in health within the health sector. *BMJ*. 1989; 299: 822 – 825.
45. Maguire BJ, Hunting KL, Smith GS, Levick NR: Occupational fatalities in emergency medical services: a hidden crisis. *Ann Emerg Med*. 2002; 40:625 – 632.
46. Tuomi K, Ilmarinen J, Seitsamo J, Huuhtanen P, Martikainen R, Nyagard C-H, et al. Summary of the Finnish research project (1981-1992) to promote the health and work ability of aging workers. *Scand J Work Environ Health*. 1997; 23 (Suppl 1): 66-71.
47. Tuomi K, Ilmarinen J, Huuhtanen P. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occup Med*. 2001; 51(5): 318 – 324.
48. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Índice de Capacidade para o Trabalho. Traduzido por Fischer FM et al. Helsinki, Institute of Occupational Health. 1997.
49. Costa G. Trabalho e envelhecimento. *Ver Proteção*. 2001; 46 – 55.
50. Metzner RJ, Fischer FM. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. *Ver Saúde Pública*. 2001; 35 (6): 548 – 53.

51. Borges FNS. Trabalhadores de enfermagem: compreendendo condições de vida e trabalho e ritmos biológicos [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006.

52. Martinez MC. Estudo de fatores associados à capacidade para o trabalho em trabalhadores do setor elétrico [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2007.

53. Moreno LC, Cocco-Monteiro MI. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. Rev. bras. enferm. 2004; 57 (6): 746 – 9.

54. Moreno LC. Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.

55. Masson VA. Fadiga e capacidade para o trabalho entre motoristas de caminhão do entreposto hortifrutigranjeiro e mercado de flores de Campinas, SP [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009.

56. Monteiro MI, Fernandes ACP. Capacidade para o trabalho de trabalhadores de uma empresa de tecnologia da informação. Rev. bras. enferm. 2006; 59: 603 – 8.

57. Duran ECM, Cocco-Monteiro MI. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004; 12(1): 43 – 9.
58. Monteiro MI. Instrumento para coleta de dados. Campinas, 1996, atualizado em 2004.
59. Monteiro MI. Instrumento para coleta de dados. Campinas: Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho, 1996, atualizado em 2009.
60. Elo A L, Leppänen A, Lindström K, Ropponen T. OSQ: Occupational stress questionnaire: User's instructions. Safety Science. 1995; 21(2):171:72
61. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. Rev. Saúde Pública. 2009; 43 (3): 525 – 532.
62. University of Connecticut/ University of Michigan. Respectful Climate. Suvery 2004. 2004:17.
63. Murray J W. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. Sleep. 1991; 14: 540 – 45.
64. Yoshitake H. Questionário para avaliação da Fadiga. 1975, Traduzido por Fischer FM.
65. Polit DF, Hungler B, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem:

métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

66. Brasil. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Inserção no mercado de trabalho: diferenças por sexo e conseqüências sobre o bem-estar. Rio de Janeiro (RJ); 2001: 32.

67. Lopes MJ, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cadernos Pagu. 2005; 24: 105 – 125.

68. Sobrinho CLN, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde de médicos em Salvador, Brasil. Rev Assoc Med Brás. 2006; 52 (2):97 – 102.

69. Studnek JR; Fernandez AR. Characteristics of emergency medical technicians involved in ambulance crashes. Prehosp Disaster Med. 2008; 23(5): 432 – 437.

70. Vilela LVO, Assunção AV. Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento entre os trabalhadores. Rev. Saúde Pública. 2004; 20 (4): 1069 –1078.

71. Iglesias R, Jha P, Pinto M, Silva VLC, Godinho J. Controle de tabagismo no Brasil. Agosto 2007. Disponível em:. Acesso em 20 abr.2010. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controledotabagismo>

72. Fischer FM, Moreno CRC, Rotenberg L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. São Paulo Perspec. 2003; 17 (1): 34 – 46.
73. Martinez MC, Paraguay AIBB, Latorre MRDO. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. Rev. Saúde Pública. 2004; 38 (1): 55 – 61.
74. Silveira JLG. Aptidão física, índice de capacidade de trabalho e qualidade de vida de bombeiros de diferentes faixas etárias em Florianópolis, SC [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
75. Chillida MS. Capacidade para o trabalho e trabalho noturno: um estudo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.
76. Ilmarinen J, Tuomi K, Eskelinen L, Nygard C-H, Huuhtanen P, Klocars M. Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. Scand J Work Environ Health. 1991; 17 (Suppl 1): 7-11.
77. Bellusci SM, Fischer FM. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. Rev Saúde Pública. 1999; 33 (6): 60 – 609.
78. Ilmarinen J, Tuomi K, Klockars M. Changes in the work ability of active employees over 11 –year period. Scand J Environ Health. 1997; 23 (1): 49 – 57.

79. Sorj B, Fontes A, Machado DC. Políticas e práticas de conciliação entre família e trabalho no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*. 2007; 37 (132): 573 – 594.
80. Matsudo SM, Matsudo VKR, Neto TLB. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Rev. Bras Med Esporte*. 2001; 7 (1): 2 – 13.
81. Ilmarinen J. Aging and work: coping with strengths and weaknesses. *Scand J Work Environ Health*. 1997; 23 (suppl.1): 3 – 5.
82. Fibiger W, Singer G, Miller A. Relationships between catecholamines in urine and physical and mental effort. *International Journal of Psychophysiology*. 1994; 24 (1): 325 – 333.
83. Mobin M, Salmito MA. Microbiota fúngica dos condicionadores de ar das unidades de terapia intensiva de Teresina, PI. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2006; 39 (6): 556 – 559.
84. Aasa U, Barnekow-bergkvist M, Angquist KA, Brulin C. Relationships between work-related factors and disorders in the neck-shoulders and low-back region among female and male ambulance personnel. *J Occup Health*. 2005; 47: 481 – 489.
85. International labour organization (ILO). Introduction to violence at work. *SafeWork – Violence at work*. 2002. Disponível em

<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/index.htm>. Acesso em 20 abr. 2010.

86. Lecman S, Sznelwar LI, Uchida S, Tuacek TA. O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2007; 11(21): 79 – 92.

87. Barreto AC, Branco AB. Influência da atividade física sistematizada no estresse e na fadiga dos trabalhadores de restaurante universitário da universidade de Brasília. *Ver. Bras. Atividade Física.* 2000; 5 (2): 23 – 29.

88. Welle MCS. Fadiga e capacidade para o trabalho entre trabalhadores rurais de flores e plantas da região de Holambra – SP [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2008.

89. Fogaça MC, Werther B, Cítero VA, Nogueira-Martins, LA. Fatores que tornam estressantes o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2008; 20 (3): 261 – 266.

90. Le Guillant L. A neurose das telefonistas. *Rev Bras Saúde Ocupacional.* 1984; 47 (7): 7 – 11.

ANEXO 1 - Autorização da prefeitura municipal de Campinas para o estudo



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa, em nível de Mestrado, Intitulada “CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO DE TRABALHADORES DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA EM CAMPINAS”, que tem por objetivo avaliar a capacidade para o trabalho e traçar um perfil dos trabalhadores que atuam em um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência da cidade de Campinas (SAMU 192) em relação aos aspectos de saúde, estilo de vida e condições de trabalho.

Declaro estar ciente que a pesquisa, faz parte do Projeto “Capacidade para o Trabalho, Estilo de Vida e Aspectos entre Motoristas de caminhões”, já aprovada no Comitê de Ética da Unicamp em 16/12/2008 e será desenvolvida por estudante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, junto aos profissionais que atuam no SAMU (Já autorizada pela coordenação do serviço), sob a orientação da Professora Doutora Maria Inês Monteiro.

Campinas, 17 de fevereiro de 2009


JOSÉ FRANCISCO KERR SARAIVA
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO 2- Questionário de dados sociodemográficos, estilo de vida e aspectos da saúde e trabalho ⁽⁵⁷⁾

SAMU _____ Data / / N: _____ ICT: _____
 Função: _____ Horário de trabalho: _____ Cidade onde mora: _____

1. **Sexo?** Feminino () Masculino ()

2. **Idade?** _____ Anos Ano de nascimento: _____

3. Qual é o seu **estado conjugal?**
 Solteiro (a) () Divorciado (a) ()
 Casado (a) () Viúvo (a) ()
 Vive com companheira (a) () Separado (a) ()

4. Você tem **filhos?** Não () Sim ()
 Quantos? _____ Idade _____: _____: _____: _____
 Quantas pessoas **moram** na sua casa? _____

5. Quanto tempo você gasta na **educação dos filhos** diariamente e E no cuidado com os filhos (alimentação, higiene, educação, escola) _____ horas e _____ minutos

6. Você **estudou** até:
 Ensino Fundamental completo ()
 Ensino Médio incompleto ()
 Ensino Médio completo ()
 Ensino Superior incompleto () Qual? _____
 Ensino Superior completo () Qual? _____
 Pós-Graduação () Qual? _____

7. Você **estuda atualmente?** Não () Sim ()
 Qual curso? _____ Horário: _____

8. No último ano, você participou de **Cursos** da sua área de trabalho?
 () Não () Sim No. De horas _____

9. Há quanto tempo você trabalha na **área da saúde?** _____

10. Há quanto tempo você trabalha na **prefeitura** de Campinas? _____

11. Há quanto tempo você trabalha no **SAMU?** _____

12. **Você é:**
 Contratado Cândido Ferreira () Concursado Público ()
 Contratado Prefeitura ()

13. Você tem outro **emprego/ bico?** Não () Sim ()
 Qual? _____ Qtas horas por semana? _____

14. Você faz **hora extra ou trabalha além de seu horário** de trabalho?
 () Não () Sim Quantas horas por semana? _____

15. No total, quantas horas você trabalha **por semana?** _____ horas

16. Com que **idade** você começou a trabalhar? _____ anos

17. Você já ficou **desempregado?** Não () Sim () Por qto tempo? _____

18. Ao considerar o seu trabalho, você sugere algo que melhore suas **condições de saúde?** _____

19. Você sugere algo que melhore suas **condições de trabalho?** _____

20. Descreva o que você **faz** no seu trabalho: _____

21. Quanto tempo você gasta por dia para **ir e voltar ao trabalho?**
 _____ horas e _____ minutos Tipo de transporte:
 A pé () Bicicleta () Carro () Moto () Ônibus ()

22. Você realiza **tarefas domésticas?** Não () Sim ()
 Durante quantas horas por semana? _____

23. **Peso:** _____ **Altura:** _____ **IMC:** _____

24. Você tem alguma **religião?** Não () Sim () Qual? _____

25. Qual o tipo de construção de sua **moradia?**
 Alvenaria completa () Inacabada () Improvisada ()

26. Em relação à sua **saúde comparada** com a de outras pessoas da mesma idade, você considera que está:
 Muito melhor () Melhor () Igual () Um pouco pior () Pior ()

27. Você tem sentido **dor** nos últimos **6 meses?** Não () Sim ()
 Local: _____

28. Você tem sentido **dor** na **última semana?** Não () Sim ()
 Local: _____

29. Você já sofreu algum tipo de **acidente de trabalho** no SAMU no último ano?
 Não () Sim () Quantos? _____ O que aconteceu? _____

30. Usa **equipamento de proteção individual?** Não () Sim () Quais _____

31. **Que horas** você **levanta?**
 Nos dias em que trabalha _____ Nos dias em que não trabalha _____
 Em relação ao **sono**, quantas horas você dorme **por noite?**
 Quando trabalha _____ Nos dias de folga _____
 Na sua casa você consegue **dormir** bem **após o trabalho?**
 () Não () Sim Se não, por quê? _____

32. Você **fuma?** Não () Sim () Há quanto tempo? _____
 Em caso afirmativo, quantos cigarros por dia? _____
 Já fumou? Não () Sim () Por qto tempo? _____ Parou há _____ anos

33. Você ingere **bebidas alcoólicas?** Não () Sim ()
 Idade em que iniciou _____
 Qual bebida costuma ingerir? _____ Qtas doses por semana? _____

34. Você faz uso de **medicamentos?** Não () Sim ()
 Quais? _____

35. Você teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias? Qual? _____

36. Você **comeu hoje** cedo? Não () Sim () O quê? Café/ chá () Pão ()
 Leite () Cereais () Frutas () Outros () _____ Horário: _____
 Almoço: local _____ horário _____ Arroz () Feijão () Frango ()
 Carne bovina () Salada () Verdura cozida () Fruta () Outros () _____

37. Quantas **pausas**, em média, você faz em seu trabalho? _____

38. O que você acha que **CANSA** ou **DESGASTA** em seu trabalho? _____

39. O que você **GOSTA** no seu trabalho? _____

40. Você tem **planos** para o **futuro**? Não () Sim ()

41. Você realiza atividades de lazer?

Não () Sim ()

Anotar a frequência: **D** (diária), **T** (3-4 vezes/ semana), **FS** (final de semana), **Q** (quinzenal), **M** (mensal), **Outra** (anotar qual é):

- () Ir ao cinema
- () Leitura de livros
- () Leitura de jornal/ revista
- () Almoçar/ Jantar fora de casa
- () Passear
- () Frequentar associação
- () Frequentar Igreja
- () Reunião com os amigos
- () Visitar família
- () Tricô/ Crochê/ Bordado
- () Ouvir música
- () Marcenaria
- () Dançar
- () Assistir TV
- () Jardinagem
- () Horta
- () Uso do computador
- () Tocar instrumento. Qual? _____
- () Outras: _____

47. Você realiza **atividade física**? Não () Sim () Quais?

Atividade	Duração (minutos)	Número de vezes por semana
Futebol		
Caminhada		
Bicicleta		
Natação		
Outra. Qual?		

48. Os dados abaixo são referentes ao seu trabalho. Em seu trabalho você tem **contato com**:

	Todo tempo	Quase todo tempo	Em torno ¾ do tempo	Em torno ½ Do tempo	Em torno ¼ Do tempo	Quase nunca	Nunca
Calor excessivo							
Exposição ao sol							
Ruído/ Barulho							
Vibrações							
Exposição a monóxido de carbono (Fumaça de escapamentos)							
Ar condicionado							
Faz movimentos repetitivos							
Uso do computador							
Contato direto com o usuário							
Contato indireto com o usuário							
O método pode ser mudado							
Tarefas monótonas							
Trabalho estressante							
Esforço físico							
Bacilos							
Sangue							
Líquidos orgânicos							
Perfuro- cortantes							
Iluminação adequada							
Mobiliário (móveis) e equipamentos adequados							
Assentos adequados							
Falhas mecânicas da ambulância							

49. Você está em disfunção? Não () Sim ()

42. Você acha o que trabalhar no SAMU é diferente do que trabalhar em outros serviços de saúde? () Não () Sim. Por que? _____

43. Quão satisfeito você está com seu **trabalho atual**?

Muito satisfeito () Satisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito ()

Pouco satisfeito () Insatisfeito ()

44. Quão satisfeito você está com sua **vida atual**?

Muito satisfeito () Satisfeito () Nem satisfeito nem insatisfeito ()

Pouco satisfeito () Insatisfeito ()

45. Qual sua **faixa salarial**?

até 829,00 () 830,00 a 1559,00 () 1560,00 a 2389,00 ()
 2390,00 a 3219,00 () 3220,00 a 4049,00 () 4050,00 a 4879,00 ()
 4880,00 a 5709,00 () () Maior ou igual a 5710,00

46. Estresse significa a situação quando a pessoa sente-se tensa, inquieta, nervosa, ansiosa ou incapaz de dormir à noite porque sua mente está preocupada todo o tempo. Você sente qual espécie de estresse esses dias? _____

Dê nota para o seu estresse:

Estou **totalmente** estressado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Não estou** estressado

ANEXO 3 - Índice de Capacidade para o trabalho ⁽⁴⁷⁾

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (TUOMI et al., 1997)

50 Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual?

Estou **incapaz** para o trabalho 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estou em minha melhor capacidade p/ o trabalho

51 Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo) () Muito boa () Boa () Moderada () Baixa () Muito baixa

52 Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho (por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)?

() Muito boa () Boa () Moderada () Baixa () Muito baixa

T exig=

53 Na sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente? Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

Minha Opinião	Diagnóstico Médico	LESÃO POR ACIDENTE	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DISTÚRBO MENTAL
()	()	01 Lesão nas costas	()	()	23 Dist. Emocional grave (ex: depressão severa)
()	()	02 Lesão nos braços e/ou mãos	()	()	24 Dist. Emocional leve (depressão, tensão, insônia)
()	()	03 Lesão nas pernas e/ou pés	()	()	
()	()	04 Lesão em outras partes do corpo. Onde? Que tipo de lesão: _____	()	()	
Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA MÚSCULO-ESQUELÉTICA	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA DIGESTIVA
()	()	05 Doença da parte superior costas ou região pescoço com dores freqüentes	()	()	29 Pedras ou doença de vesícula biliar
()	()	06 Doença da parte inferior das costas, com dores freqüentes	()	()	30 Doença do pâncreas ou do fígado
()	()	07 Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	()	()	31 Úlcera gástrica ou duodenal
()	()	08 Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços, pernas) com dores freqüentes	()	()	32 Gastrite ou irritação duodenal
()	()	09 Artrite reumatóide	()	()	33 Colite ou irritação do cólon
()	()	10 Outra doença músculo-esquelética, qual? _____	()	()	34 Outra doença digestiva, qual? _____
Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA CARDIOVASCULAR	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA GENITOURINÁRIA
()	()	11 Hipertensão arterial (pressão alta)	()	()	35 Infecção das vias urinárias
()	()	12 Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)	()	()	36 Doença dos rins
()	()	13 Infarto do miocárdio, trombose coronariana	()	()	37 Doença nos genitais e aparelho reprodutor (por ex. problemas nas trompas ou na próstata)
()	()	14 Insuficiência cardiovascular	()	()	38 Outra doença geniturinária, qual? _____
()	()	15 Outra doença cardiovascular, qual? _____	()	()	
Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA RESPIRATÓRIA	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA DA PELE
()	()	16 Infecções repetidas trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	()	()	39 Alergia, eczema
()	()	17 Bronquite crônica	()	()	40 Outras erupções, qual? _____
()	()	18 Sinusite crônica	()	()	41 Outra doença de pele, qual? _____
()	()	19 Asma	()	()	42 Tumor benigno
()	()	20 Enfisema	()	()	43 Tumor maligno (câncer), onde? _____
()	()	21 Tuberculose pulmonar	()	()	
()	()	22 Outra doença respiratória, qual? _____	()	()	
Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA DOS ÓRGÃOS SENTIDOS / NEUROLÓGICA	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA ENDÓCRINA E METABÓLICA
()	()	25 Problema ou diminuição da audição	()	()	44 Obesidade
()	()	26 Doença ou lesão da visão (não assinalar se apenas usa óculos de grau e/ou lentes de contato)	()	()	45 Diabetes
()	()	27 Doença neurológica, por ex. acidente vascular cerebral ou derrame cerebral, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	()	()	46 Bócio ou outra doença da tireóide
()	()	28 Outra doença neurológica ou dos órgãos do sentido. Qual? _____	()	()	47 Outra doença endócrina ou metabólica,
Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA DO SANGUE	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA DO SANGUE
()	()	48 Anemia	()	()	48 Anemia
()	()	49 Outra doença do sangue, qual? _____	()	()	49 Outra doença do sangue, qual? _____
Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DEFEITO DE NASCIMENTO, qual? _____	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	OUTRO PROBLEMA OU DOENÇA, qual? _____
()	()	50 DEFEITO DE NASCIMENTO, qual? _____	()	()	51 OUTRO PROBLEMA OU DOENÇA, qual? _____

54 a Você tem alguma destas doenças respiratórias?

- () sinusites, amigdalites e rinossinusite infecciosa
 () asma, bronquite
 () rinite (coceira), crise de asma

DDM:()

DMO:()

Ambas:()

b Você se sente cansado e desanimado ao final do dia de trabalho? Não() Sim()

c Você já teve alguma crise de falta de ar durante o trabalho? Não() Sim()

d Você já teve crise de espirros, coceira no nariz e entupimento nasal enquanto trabalhava? Não() Sim()

e Quantas vezes você ficou gripado/resfriado nos últimos seis meses? _____

f Você teve sinusite no último ano? Não() Sim()

g Você teve que se afastar do trabalho por causa destas doenças? Não() Sim()
 Em caso afirmativo, por quantos dias? _____

- 55** Sua lesão ou doença é impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta):
- Não há impedimento / Eu não tenho doenças
 - Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele provoca alguns sintomas
 - Algumas vezes eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
 - Frequentemente eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
 - Por causa de minha doença, eu me sinto capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
 - Em minha opinião, eu estou totalmente incapacitado para trabalhar

- 56** Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a um problema de saúde uma consulta médica ou para fazer um exame durante os últimos doze meses?
- Nenhum
 - de 10 a 15 dias
 - Até 1 dia
 - de 16 a 24 dias
 - de 2 a 5 dias
 - de 25 a 99 dias
 - de 6 a 9 dias
 - de 100 a 365 dias

- 57** Você acredita que, do ponto de vista de sua saúde, você será capaz de, daqui a dois anos, fazer seu trabalho atual?
- É impossível
 - Não estou muito certo
 - Bastante provável

- 58** Ultimamente você tem se sentido capaz de apreciar suas atividades diárias?
- Sempre
 - Quase sempre
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca

- 59** Você recentemente tem se sentido ativo e alerta?
- Sempre
 - Quase sempre
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca

- 60** Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?
- Contiuamente
 - Quase sempre
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca

T=

ANEXO 4 - Incivilidade no trabalho ⁽⁵⁹⁾

61. Durante o último ano alguém que faz parte do seu ambiente de trabalho (supervisor, chefe, colega de trabalho, outros profissionais que trabalham no mesmo local que você, paciente ou acompanhante):

	Nunca	Uma ou duas vezes	Mais de duas vezes
1. Desprezou-a (o) ou tratou-a (o) Com desdém	()	()	()
2. Insultou ou fez observações Desrespeitosas sobre você	()	()	()
3. Fez piadas a seu respeito	()	()	()
4. Acusou você de incompetência Ou estupidez	()	()	()
5. Interrompeu ou falou no mesmo Tempo que você	()	()	()
6. Ignorou ou deixou de falar com Você ("colocou-a (o) na geladeira")	()	()	()
7. Gritou ou xingou você	()	()	()
8. Encarou ou dirigiu olhares hostis Para você	()	()	()
9. Dirigiu-se a você de forma Inapropriada ou não profissional	()	()	()
10. Ameaçou ou intimidou você fisicamente	()	()	()
11. Comportou-se de maneira não Civilizada com outras pessoas na Sua presença (insultando, humilhando)	()	()	()

62. Você já sofreu algum tipo de violência durante o seu trabalho? () não () sim

Qual? **(você pode assinalar mais de uma alternativa)**

() agressão física (corpo a corpo)

() agressão física (com objetos)

() assédio sexual(verbal)

() assédio sexual (físico)

() assédio moral

() outra. Qual? _____

ANEXO 5 - Escala de sonolência de Epworth ⁽⁶⁰⁾

Escore _____						
63. As questões referem-se à sonolência na sua vida cotidiana.						
Com que frequência você tira um cochilo ou dorme nas seguintes situações?						
Use as alternativas abaixo para escolher o número mais adequado para cada situação:						
Número (escore)						
0 – Nunca cochilo ou durmo nesta situação						
1 – Pequena chance de cochilar ou dormir nesta situação						
2 - Moderada chance de cochilar ou dormir nesta situação						
3 – Grande chance de cochilar ou dormir nesta situação						
Situação						
Sentado e lendo						
Assistindo TV						
Parado sentado em um lugar público, por exemplo, no cinema ou em uma reunião.						
Em uma viagem de carro com duração aproximada de uma hora, como passageiro						
Deitar para descansar a tarde quando as circunstâncias permitem						
Sentado e conversando com alguém						
Sentado calmamente após o almoço (sem ter tomado aperitivo ou bebida alcoólica)						
No carro quando está para por poucos minutos no trânsito						

ANEXO 6 - Questionário de fadiga ⁽⁶¹⁾

Marque com que frequência você apresenta os seguintes sintomas:

64. Sinto a cabeça pesada

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

65. Sinto moleza no corpo

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

66. Sinto moleza nas pernas

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

67. Tenho vontade de bocejar durante o trabalho

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

68. As minhas idéias não são tão claras

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

69. Estou com sonolência (com sono)

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

70. Sinto os olhos cansados

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

71. Tenho dificuldades em me movimentar

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

72. Tenho dificuldades em permanecer em pé

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

73. Eu gostaria de ir me deitar um pouco (durante o horário de trabalho)

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

Assinale as questões abaixo:

74. Preciso me concentrar mais

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

75. Não tenho vontade de falar com ninguém

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

76. Fico irritado(a) facilmente

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

77. Não consigo me concentrar

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

78. Tenho outras coisas em que pensar além do meu trabalho

sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

79. Minha memória não está boa para algumas coisas no trabalho
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca
80. Cometo pequenos erros no meu trabalho
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca
81. Tenho outras preocupações fora o meu trabalho
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca
82. Eu gostaria de estar em forma para o meu trabalho, mas não me sinto em boas condições
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca
83. Não posso mais continuar a trabalhar, embora tenha que prosseguir
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

Marque com que frequência você sente:

84. Dor de cabeça
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca
85. Ombros pesados
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca
86. Dores nas costas
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca
87. Dificuldades em respirar bem
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca
88. Boca seca
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca
89. Voz rouca
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca
90. Tonturas
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca
91. Tremores nas pálpebras
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca
92. Tremores nos membros (braços, pernas)
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca
93. Sinto-me doente
 sempre muitas vezes às vezes raramente nunca

ANEXO 7 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 13/02/09.
(PARECER CEP: N° 143/2004)

2ª VIA

PARECER

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “CAPACIDADE PARA O TRABALHO, ESTILO DE VIDA E ASPECTOS ENTRE MOTORISTA DE CAMINHÕES”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Inês Monteiro

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou a inclusão do projeto de mestrado intitulado “**CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO DE TRABALHADORES DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA EM CAMPINAS**” como adendo do projeto “CAPACIDADE PARA O TRABALHO, ESTILO DE VIDA E ASPECTOS ENTRE MOTORISTA DE CAMINHÕES”, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 16 de dezembro de 2008.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: Condições de vida e trabalho de trabalhadores de um Serviço de Atendimento Pré- Hospitalar Móvel de Urgência, em Campinas

Pesquisadora responsável: Camila Fernanda Lourençon Vegian

Pesquisadora orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

Data: ____/____/____

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivos conhecer as condições de moradia, trabalho e saúde dos trabalhadores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), e também, saber como vocês enfrentam os problemas do dia a dia no trabalho.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Você deverá responder a seis questionários e as informações obtidas através deles ficarão em segredo. As respostas de todos os trabalhadores entrevistados serão analisadas sem que apareçam os nomes de quem respondeu. Esses dados serão divulgados em conjunto, nunca individualmente. Não há prejuízos previstos nem haverá pagamento pela sua participação na pesquisa.

Será fornecida uma cópia deste documento a você e se quiser fazer alguma pergunta antes de se decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Sua participação, voluntária e esclarecida, seria muito importante e caso concorde em participar, por favor, expresse seu consentimento, preenchendo os espaços abaixo.

Eu, _____, portador do RG no. _____, após ter sido suficientemente esclarecido (a), nos termos acima, concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Campinas, ____ de _____ de 2009.

Assinatura _____

Agradecemos sua colaboração!

Pesquisadora: Camila Fernanda Lourençon Vegian RG no. 33.130.999-3
Telefone: 3521-7887 E-mail: camila_vegian@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/Unicamp
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária.
Campinas, SP. CEP: 13084-970
Telefone: 35218936 E-mail: cep@fcm.unicamp.br