



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE (UFAC)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA SAÚDE NA AMAZÔNIA
OCIDENTAL (MECS)

QUÍRIA RIBEIRO DA SILVA MONTEIRO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE
EMERGÊNCIA DE UNIDADES PÚBLICAS DE REFERÊNCIA.**

Rio Branco - AC

2018

QUÍRIA RIBEIRO DA SILVA MONTEIRO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE
EMERGÊNCIA DE UNIDADES PÚBLICAS DE REFERÊNCIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva

Co-orientador: Profa. Dra. Cirley Maria de Oliveira Lobado

Rio Branco - AC

2018

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

M775a Monteiro, Quíria Ribeiro da Silva, 1979-

Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de emergência de unidades públicas de referência / Quíria Ribeiro da Silva Monteiro. – 2018. 76 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental. Rio Branco, 2018.

Inclui Referências bibliográficas e anexos.

Orientador: Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva.

Co-orientador: Prof^a. Dra. Cirley Maria de Oliveira Lobato.

1. Saúde – Amazônia ocidental. 2. Profissionais da saúde. 3. Qualidade de vida – Avaliação. 4. Unidade de saúde pública – Emergência. I. Título.

CDD: 610.98112

Bibliotecária: Vivyanne Ribeiro das Mercês Neves CRB-11/600

QUÍRIA RIBEIRO DA SILVA MONTEIRO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE
EMERGÊNCIA DE UNIDADES PÚBLICAS DE REFERÊNCIA.**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Ciência da Saúde no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental da Universidade Federal do Acre - UFAC:

Data da aprovação: 24 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva (Presidente)

Universidade Federal do Acre - UFAC

Prof. Dr. Edson dos Santos Farias (Membro Externo)

Universidade de Rondônia-UNIR

Prof. Dr. Orivaldo Florêncio de Souza (Membro Interno)

Universidade Federal do Acre – UFAC

Prof. Dr. Miguel Junior Sordi Bortolini (Suplente)

Universidade Federal do Acre - UFAC

As sugestões da Comissão Examinadora e as Normas MECs para o formato da Dissertação foram contempladas.

Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva
Universidade Federal do Acre - UFAC

Rio Branco – AC

2018

DEDICATÓRIA

“A DEUS sempre e em primeiro lugar, porque foi à voz do Espírito Santo que disse claramente: - Esse Mestrado é pra ti. E assim foi”.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela conclusão deste trabalho, pelo fim de mais uma etapa e por ter alcançado meus principais objetivos que eram o aprendizado e o desenvolvimento, essenciais à titulação. Todas as dificuldades e obstáculos aumentaram a minha fé e me ensinaram a ser uma pessoa melhor.

Aos meus pais Walquíria Ribeiro da Silva e Francisco Eduardo da Silva, o único exemplo que tenho na vida de amor, dedicação e persistência. Agradeço por todas as orações e por acreditarem em mim.

Ao meu esposo Ismael de Lima Monteiro, por compreender a minha ausência nesses anos, por todo carinho, por toda paciência, pela compreensão da minha agitação e por me ajudar a ser uma pessoa melhor a cada dia.

A minha filha “pérola negra” Luara Ribeiro da Silva Monteiro, por ter suportado minha ausência como mãe.

Às amigas Aline Oliveira e Andréia Pinheiro colegas de trabalho, que estiveram comigo desde a inscrição no processo seletivo até a vibração da aprovação.

A amiga Katiúscia Larsen de Abreu Aguiar por ter sido direção no tema desta dissertação e por toda palavra de otimismo e perseverança.

Aos amigos Hércules Magalhães, Marcela Uhimura, Bruna Leão, Aristéia Sampaio e Jeane Maria Moura Costa onde no momento mais difícil com a aceitação do Comitê de Ética e Pesquisa me manteve em pé com palavras de segurança e perseverança e a amigas Aristéia Sampaio, Kátia Fernanda, Maithê Leite e Mariane Ribeiro sempre dispostas a ajudar-me nas orientações e produção científica.

Ao professor Altemir Silva Braga e Tathiana Lameira Maciel, pela paciência e dedicação. Sempre dispostos e positivos! Sem palavras para expressar e definir minha tamanha gratidão.

Ao amigo Fabrício Lemos diretor geral do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco-Acre, que sempre me apoiou na conclusão do mestrado mesmo com as exigências perante a minha responsabilidade de gerente do serviço de Fisioterapia do Hospital.

Ao meu orientador Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Sivla por ter me aceito como orientanda e pelo desafio proposto. Através dele eu aprendi que é possível superar minhas limitações e confiar mais em mim mesma.

“Suba o primeiro degrau com fé, não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo”.

Martin Luther King

LISTA DE TABELA

- Tabela 01.** Descrição da população quanto ao perfil socioeconômico, demográfico, de hábitos de vida, condições de saúde e qualidade subjetiva do sono dos profissionais que atuam nas unidades de urgência e emergências públicas de Rio Branco, Acre.
- Tabela 02.** Descrição das condições de saúde segundo o local de trabalho dos profissionais de emergência.
- Tabela 03.** Descrição da população por domínio de qualidade de vida.
- Tabela 04.** Descrição das condições de saúde por domínios de qualidade de vida.
- Tabela 05.** Correlação das condições de saúde segundo os domínios da qualidade de vida.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de diagnósticos
C/	Com
DCV	Doença cardiovascular
DORT	Doenças osteomuscular relacionada ao trabalho
ENS.	Ensino
ESCOLAR.	Escolaridade
FXA	Faixa
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HUERB	Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco-Acre
IMC	Índice de Massa Corpórea
MPP	Movimentos de pernas inquietas
N.	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão arterial
Q.S	Qualidade Subjetiva
QV	Qualidade de vida
QVT	Qualidade de vida no trabalho
S/	Sem
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SAOS	Síndrome da apnéia obstrutiva do sono
SON.	Sonolência
SPI	Síndrome das pernas inquietas
UNID.	Unidade
UNID.EMER.	Unidade de Emergência
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality of Life-abbreviate
UPAs	Unidades de pronto atendimento

RESUMO

A articulação entre o trabalho, saúde e doença dos trabalhadores tem sido relevante para a saúde pública e alvo de reflexão para muitos estudiosos. No Brasil a preocupação com a saúde do trabalhador do âmbito hospitalar, iniciou-se na década de 70 quando o governo brasileiro regulamentou a obrigatoriedade dos serviços de segurança e medicina do trabalho nas organizações sejam elas públicas ou privadas. O objetivo foi avaliar a qualidade de vida dos profissionais de emergência em unidades públicas de referência em Rio Branco-Acre, analisar a qualidade de vida dos mesmos segundo as variáveis socioeconômica, demográfica, de hábitos de vida, condições de saúde e qualidade subjetiva do sono e descrever a qualidade de vida mediante quatro premissas básicas - física, psicológica, relações sociais e meio ambiente. Trata-se de uma pesquisa de corte transversal e exploratório, onde todos os entrevistados foram submetidos ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos, e pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas de Rio Branco-Acre, CAAE: 592335161.1.0000.50009. Foram entrevistados 212 profissionais de emergência, havendo predomínio do sexo feminino com 61% ($p=0,001$), onde 71,8% apresentam até dois filhos ($p=0,033$). A categoria de enfermagem foi a mais estudada com 68% ($p=0,045$) sendo que 39,2% ($p=0,611$) apresenta faixa etária entre 30-40 anos, 78,8% ($p=0,618$) dos profissionais trabalham em regime de plantões rotativos sendo evidenciados 41,5% ($p=0,093$) dos profissionais com qualidade subjetiva de sono ruim, sendo mais expressivo no homem com 50,6% ($p=0,093$). Entre os homens observaram-se maiores comportamentos de risco para diabetes com 11,1% ($p=0,003$) e 29,8 % ($p=0,024$) das mulheres apresentaram outras doenças. Segundo o domínio físico e psicológico as menores médias de qualidade de vida foram avaliadas no sexo feminino ($62,00 \pm 17,00$ e $67,23 \pm 16,52$) ambos os domínios com $p<0,001$ e na faixa etária de 51-60 anos ($59,10 \pm 17,12$ e $64,58 \pm 18,16$) com valor de $p=0,024$ e $p=0,037$. Segundo o domínio físico e psicológico as menores médias de qualidade de vida foram avaliadas no sexo feminino na faixa etária de 51-60 anos e trabalhando no turno noturno ($p<0,001$), sendo verificado no domínio físico menor escolaridade empregada também para as mulheres ($p=0,004$). Houve correlação inversa entre o domínio físico e as variáveis: sexo, hipertensão, escala subjetiva de sono, escala de sonolência diurna e escala de atividade física, sendo que a escala subjetiva de sono e a escala de sonolência diurna apresentou uma correlação fraca, no entanto, significativa. A qualidade de vida dos profissionais de emergência está ligada a diferentes fatores podendo interferir diretamente na sua saúde pública.

Palavras-chave: qualidade de vida, emergência, sono, turno.

ABSTRACT

The articulation between workers' work, health and illness has been relevant to public health and the subject of reflection for many scholars. In Brazil the concern with the health of the worker in the hospital scope, began in the decade of 70 when the Brazilian government regulated the obligation of the services of security and medicine of the work in the organizations be they public or private. The objective was to evaluate the quality of life of the emergency professionals in public reference units in Rio Branco-Acre, to analyze their quality of life according to socioeconomic, demographic, life habits, health conditions and subjective sleep quality and describe the quality of life through four basic premises - physical, psychological, social relations and environment. This is a cross-sectional and exploratory study, in which all the interviewees were submitted to the Free and Informed Consent Form, and a research approved by the Ethics and Research Committee of the Hospital das Clínicas of Rio Branco-Acre, CAAE: 592335161.1.0000.50009 . 212 emergency professionals were interviewed, with a predominance of females with 61% ($p = 0.001$), where 71.8% had up to two children ($p = 0.033$). The nursing category was the most studied with 68% ($p = 0.045$), and 39.2% ($p = 0.611$) had an age range of 30-40 years, 78.8% ($p = 0.618$) ($p = 0.093$) of professionals with subjective quality of bad sleep, being more expressive in man with 50.6% ($p = 0.093$). Among men, there were higher risk behaviors for diabetes with 11.1% ($p = 0.003$) and 29.8% ($p = 0.024$) of the women had other diseases. According to the physical and psychological domain, the lowest averages of quality of life were evaluated in the female sex (62.00 ± 17.00 and 67.23 ± 16.52), both domains with $p < 0.001$ and in the age group of 51-60 years (59.10 ± 17.12 and 64.58 ± 18.16) with $p = 0.024$ and $p = 0.037$. According to the physical and psychological domain, the lowest averages of quality of life were evaluated in females in the age group of 51-60 years and working at night shift ($p < 0.001$), being verified in the physical domain lower schooling also used for women ($p = 0.004$). There was an inverse correlation between the physical domain and the variables: gender, hypertension, subjective sleep scale, daytime sleepiness scale and physical activity scale, with the subjective sleep scale and the daytime sleepiness scale showing a weak correlation, however, significant. The quality of life of emergency professionals is linked to different factors that may directly interfere with their public health.

Key words: quality of life, emergency, sleep, shift

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	12
2. INTRODUÇÃO	14
3. OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. CAPÍTULO I - Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de emergência de unidades públicas de referência em Rio Branco – Acre	21
5. CONCLUSÃO GERAL	42
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
7. ANEXOS	47
7.1 INSTRUÇÃO AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA.....	48
7.2 QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA.....	62
7.3 PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP.....	75

1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação intitulada “Qualidade de vida dos profissionais de emergência em unidades públicas de referência” está organizada em: Introdução, onde é explanado sobre medicina do trabalho, exigência do mercado de trabalho, as preocupações com a relação homem-trabalho e qualidade de vida; em sequência o objetivo do estudo.

No Capítulo I é apresentado o manuscrito oriundo do estudo realizado com os profissionais de emergência de unidades públicas de Rio Branco-Acre. Este artigo será submetido à Revista de Saúde Pública, constando em anexo as regras de submissão à revista pretendida.

Ao final do trabalho, são apresentadas as considerações finais seguido das referências utilizadas para embasamento teórico.

2. INTRODUÇÃO

A medicina do trabalho está inserida na clínica médica e surgiu na primeira metade do século XIX na Inglaterra, com a Revolução Industrial. Em 1956, na Conferência Internacional do Trabalho foi substituído a denominação “Serviços Médicos do Trabalho” por “Serviços de Medicina do Trabalho”. Com a Segunda Guerra Mundial houve um novo contexto econômico, surgindo a Saúde Ocupacional dentro das corporações com um traço de multi e interdisciplinaridade, com ênfase na higiene industrial e com a organização das equipes formadas por diversos profissionais (MENDES et al., 1991).

O Sistema de Saúde no Brasil vem passando por uma crise no seu âmbito público e privado, atingindo a população de um modo geral. Os profissionais de saúde a exemplo queixam-se da remuneração, das condições de trabalho, processos de trabalho, dificuldade na educação continuada gerando desestímulo ao futuro profissional inclusive do sistema de saúde (FLEURY et al., 1987). As doenças profissionais e os acidentes de trabalho são considerados um dos mais graves problemas de saúde pública no Brasil, porém, o custo social tem sido dificultado pelas políticas governamentais adotadas nas últimas décadas (BRASIL, 2001; NESPECA et al., 2011).

A expectativa de promover a “adaptação” do trabalhador ao trabalho juntamente com a “manutenção da saúde”, refletiram no pensamento mecanicista e na área da administração sustentando a criação da “Administração Científica do Trabalho”, onde os princípios de Taylor ampliados por Ford preconizaram a racionalização da produção e a maximização dos lucros, encontrando na medicina do trabalho um aliado para a produtividade (GARCIA et al., 1997).

Os desequilíbrios entre as exigências do mercado de trabalho e das organizações têm levado a sérios comprometimentos na saúde do trabalhador de saúde. Na década de 90 as afecções denominadas pela Previdência Social de “distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho-DORT” tornaram-se as afecções mais importantes no Brasil (GREEN et al., 1990)

De acordo com Goodridge (1997), a melhoria das condições de trabalho só é possível quando levadas em consideração aspectos relacionados à organização e fatores psicossociais do trabalho, geralmente excluídos das ações de Saúde no Trabalho. As ações devem ser precedidas por ampla participação do trabalhador para que atinja de forma precoce a continuidade do trabalho na vida ativa e saudável. Estratégias como a educação dos trabalhadores devem ser adotadas, porém, de forma isolada não alcança sucesso. A adoção de medidas de gestão em segurança e saúde do trabalhador condiz para a redução dos riscos aos trabalhadores e um melhor ambiente de trabalho nas instituições de saúde (MULATINHO, 2001).

A expressão “qualidade de vida” foi exposta pela primeira vez nos Estados Unidos por seu presidente Lyndon Johnson no ano de 1964, onde ele afirmava que os objetivos jamais podem ser mensurados através de um balanço de bancos, e sim através da qualidade de vida que é proporcionado para as pessoas. Logo em seguida os termos “qualidade de vida” e “padrão de vida”, foram aderidos por cientistas sociais, filósofos e políticos. Em função dos avanços tecnológicos da Medicina e sua consequência negativa com progressiva desumanização levou-se a aumentar a preocupação com o controle de sintomas, diminuição da mortalidade e expectativa de vida (FLECK et al., 1999)

O termo qualidade de vida (QV) inclui uma variedade de condições que afetam a percepção do indivíduo, sentimentos e comportamentos relacionados com seu dia a dia, incluindo sua condição de saúde e suas intervenções médicas. O conceito de qualidade de vida pode-se dizer que é pessoal e dependente das necessidades e preferências de cada indivíduo, por esse motivo, o nível socioeconômico não é sinônimo de qualidade de vida, sendo muito subjetivo (MORAES et al., 2007)

Assim, a expressão QV inclui elementos relacionados a bem-estar físico, funcional, emocional e mental, assim como, elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos, aspectos materiais, bens adquiridos, salário, sucesso profissional, assim como, educação, lazer, saúde e segurança. De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) a qualidade de vida inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (BRASIL, 2005).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito de “qualidade de vida - QV” se dá devido aos novos paradigmas que tem influenciado as políticas do setor. Os fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença são multifatoriais e complexos, envolvendo os aspectos sociais, econômicos, políticos, socioculturais, experiências pessoais e estilo de vida. Dessa forma, as mudanças a qualidade de vida têm sido esperadas na esfera pública para o setor de prevenção de doenças e promoção a saúde (SCHUTTINGA, 1995).

Segundo MELLO (2017), dormir bem é um dos principais elementos para mantermos a qualidade de vida. Afinal, noites de sono tranquilas e revigorantes influenciam a nossa saúde diretamente, tanto em aspectos físicos quanto mentais. O sono é um estado fisiológico que ocorre de maneira cíclica durante o repouso e atividade, onde em condições naturais esse ritmo apresenta sincronização com fatores ambientais oscilando 24 horas (AASS, 2005). Os fatores exógenos que sincronizam o ciclo sono-vigília são a alternância de dia-noite (claro-escuro), assim como, horários escolares, lazer ou trabalho. A forma endógena é regulada por

uma estrutura neural localizada na região do hipotálamo, o núcleo supraquiasmático considerado o relógio biológico dos mamíferos (PIEGEL et al., 2004). A melatonina (N-acetil-5-metoxitriptamina), é produzida pela glândula pineal sendo este, o hormônio responsável pela transdução da informação fótica ambiental ao organismo, sendo regulada pelo relógio endógeno e em outros casos diretamente ligado à luz (MARKWALD et al., 2010).

Segundo Buxton et al., (2010) o ciclo circadiano ou ritmo circadiano designa o período de aproximadamente 24 horas responsável pelo ciclo biológico de quase todos os seres vivos, influenciado pela variação da luz, temperatura, marés e ventos entre o dia e a noite, regulando todos os ritmos materiais, assim como os ritmos psicológicos do corpo humano, com influência sobre a digestão, renovação das células, ciclo sono-vigília e controle da temperatura do organismo.

A qualidade do sono é importante para a saúde, e foi estabelecida como causa relevante para as chamadas desordens psiquiátricas, onde os riscos à saúde estão relacionados com a interrupção do sono incluindo o câncer, distúrbios metabólicos, assim como as doenças cardiovasculares (LUYSTER et al., 2012).

A limitação e/ou privação de sono, assim como os distúrbios de sono dentro de um contexto geral, estão dentro das queixas mais frequentes dos trabalhadores noturnos, associados a isso apresentando sintomas de cansaço, fadiga, desânimo e dores generalizadas (SINAGAWA, 2015). Segundo a American Academy of Sleep Medicine existem mais de 80 distúrbios do sono, sendo os mais frequentes: síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), insônia, movimento periódico das pernas (MPP), síndrome das pernas inquietas (SPI), bruxismo, pesadelo e sonambulismo, acarretando em distúrbios metabólicos, nutricionais, imunossupressão, doenças crônicas, câncer, disfunções musculoesqueléticas, ansiedade, estresse e depressão, conseqüentemente reduzindo seu estado de alerta e seu desempenho contribuindo para o aumento dos riscos de acidentes (AASS, 2005).

Nos Estados Unidos no ano de 2014 um estudo sobre a prevalência do sono em adultos, detectou que de 444.306 entrevistados, 65,2% relataram duração de sono saudável maior igual a 7 horas e maior prevalência nos entrevistados casados. O sono com duração menor que 7 horas é um grande fator de risco para obesidade, hipertensão arterial, diabetes, doença coronariana, acidente vascular encefálico, sofrimento mental e conseqüentemente a morte (YOUNG et al., 2016). Visando a promoção à saúde é recomendável dormir ao menos 7 horas por noite para os adultos entre 18-60 anos (WATSON et al., 2015).

Estudo realizado com 24 indivíduos privados pelo sono, evidenciaram rostos tristes, irritados e mais lentos quanto a expressão, bem como olhos mais inchados, pálpebras suspensas, olhos mais vermelhos, círculos escuros sob os olhos, pele pálida, cantos mais caídos da boca e rugas e linhas finas ao redor da boca (SUNDELIN, 2013).

O Manual de procedimentos de serviços de saúde descreve a respeito dos fatores de risco relacionados ao trabalho, incluindo os transtornos do ciclo vigília-sono (CID- 10, F51.2) (BEATIE et al., 2015). Má qualidade de sono e insônia, luto, efeitos da solidão estão relacionados com a emoção e essa área vem sendo bastante estudada, já que a regulação da emoção pode ser definida com a modificação de uma resposta afetiva pelo recrutamento de processos cognitivos (BURGER et al., 2006)

Na sociedade contemporânea, a incidência de serviços que funcionam 24hs, vem crescendo significativamente, o que torna o trabalho noturno ou em horários irregulares (turnos rotativos) cada vez mais comuns. À medida que foi rompido o ciclo biológico, devido aos turnos fixos ou rotativos, existirá a necessidade da mudança no estilo de vida devido ao novo biorritmo do trabalhador, alterando sua qualidade de vida (DAL ROSSO, 1996).

O tempo exposto ao trabalho é um componente essencial para sua saúde, implicando diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores de emergência, já que as exigências nos processos de trabalho no geral intenso e acelerado desafiam os limites humanos gerando impactos psicofisiológicos e sociais sobre esses trabalhadores. A realidade do setor público brasileiro especificamente em hospitais e unidades de pronto atendimento de emergência enfrenta uma crise sem precedentes, devido à escassez de recursos financeiros numa área de custeio cada vez mais dispendioso. Acompanhado a isso, a crescente exigência do mercado de trabalho e dos usuários dos serviços públicos. Dado o exposto, trabalhar qualidade de vida neste cenário demanda atenção.

Em meio à vasta produção científica a respeito de qualidade de vida, ainda são escassos os estudos voltados para os profissionais de emergência. Dentro desse contexto, o amplo conceito de qualidade de vida dos trabalhadores de emergência possibilita elencar e discutir sobre alguns fatores que interferem na qualidade de vida desses profissionais e que podem comprometer o atendimento prestado aos usuários do serviço. O objetivo da pesquisa é avaliar a qualidade de vida dos profissionais de emergência de unidades públicas de referência em Rio Branco-Acre.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a Qualidade de Vida dos profissionais de emergência em unidades públicas de referência em Rio Branco-Acre.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o perfil socioeconômico, demográfico, hábitos de vida, condições de saúde e qualidade subjetiva do sono dos profissionais que atuam nas unidades de urgência e emergências públicas de Rio Branco, Acre;
- Descrever o perfil da população segundo os domínios da qualidade de vida em suas quatro premissas básicas - física, psicológica, relações sociais e meio ambientes;
- Analisar a qualidade de vida segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas, de hábitos de vida, condições de saúde e qualidade subjetiva do sono.

4. CAPÍTULO I - Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de emergência de unidades públicas de referência.

Artigo a Ser Submetido à Revista de Saúde Pública

PT | EN

[A revista](#) [Artigos](#) [Destaques](#) [Instruções aos autores](#) [Submissão](#) [FAQ](#)



RSP Revista de
Saúde Pública

A Revista

Contribuições científicas originais sobre temas relevantes para área da saúde pública.

Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de emergência de unidades públicas de referência.

Quality of life evaluation of emergency professionals of public reference.

Quíria Ribeiro da Silva Monteiro¹, Cirley Maria de Oliveira Lobato², Tathiana Lameira Maciel Amaral³, Jeane Maria Moura Costa⁴, Andreia Cristina Vilas Boas⁵, Romeu Paulo Martins Silva⁶, Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti⁷, Miguel Junior Sordi Bortolini⁸.

¹Fisioterapeuta, Mestranda em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental da Universidade Federal do Acre – UFAC.

²Doutora em Saúde Pública, Profa. Dr.º Universidade Federal do Acre – UFAC.

³Doutora em Saúde Pública e Meio Ambiente, Profa. Dr.º Universidade Federal do Acre – UFAC.

^{4,5} Mestrandas em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental da Universidade Federal do Acre – UFAC.

⁶Doutor em Genética e Bioquímica, Prof. Dr.º Universidade Federal do Acre – UFAC.

⁷Doutor em Biologia Experimental, Prof. Dr.º Universidade Federal do Acre – UFAC.

⁸Doutor em Imunologia e Parasitologia, Prof. Dr.º Universidade Federal do Acre – UFAC.

Correspondência:

Quíria Ribeiro da Silva Monteiro

Rua Wilson Ribeiro n. 213, Qd. 20 Casa 16. Bairro: Xavier Maia, CEP 69908-050 – Rio Branco-AC

E-mail: quiria.silva@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a qualidade de vida dos profissionais de emergência em unidades públicas de referência em Rio Branco-Acre. **MÉTODOS:** Pesquisa de corte transversal e exploratório, com 212 profissionais de emergência no período de outubro do ano de 2016 a junho de 2017. Utilizou-se os questionários WHOQOL-bref de qualidade de vida, escala de sonolência de Epworth, índice de qualidade de sono Pittsburgh, questionário internacional de atividade física-IPAQ-versão curta, estado nutricional e questionário de variáveis sociodemográficas. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva com o *software* SPSS, versão 20.0, assumindo o nível de significância de 0,05. Para verificar a normalidade dos dados foi aplicado o teste de qui-quadrado de Pearson, o teste Shapiro-Wilk e o teste não paramétrico de Spearman para realizar as análises de correlações entre as variáveis de qualidade de vida, condições de saúde e variáveis sociodemográficas. **RESULTADOS:** A categoria de enfermagem foi a mais estudada com 68% ($p=0,045$) sendo que 39,2% ($p=0,611$) apresenta faixa etária entre 30-40 anos. Dentre os profissionais 78,8% ($p=0,618$) trabalham em regime de plantões rotativos, onde 41,5% ($p=0,093$) apresentam qualidade subjetiva de sono ruim, sendo mais expressivo no homem com 50,6% ($p=0,093$). Entre os homens observaram-se maiores comportamentos de risco com 11,1% ($p=0,003$) para diabetes e 29,8 % ($p=0,024$) das mulheres apresentaram outras doenças. Segundo o domínio físico e psicológico as menores médias de qualidade de vida foram avaliadas no sexo feminino ($62,00 \pm 17,00$ e $67,23 \pm 16,52$) ambos os domínios com $p < 0,001$ e na faixa etária de 51-60 anos ($59,10 \pm 17,12$ e $64,58 \pm 18,16$) com valor de $p=0,024$ e $p=0,037$. **CONCLUSÃO:** A qualidade de vida dos profissionais de emergência está ligada a diferentes fatores podendo interferir diretamente na saúde pública. **PALAVRAS-CHAVE:** qualidade de vida, emergência, sono, turno.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the quality of life of emergency professionals in public reference units in Rio Branco-Acre. **METHODS:** Cross-sectional and exploratory cross-sectional study with 212 emergency professionals from October 2016 to June 2017. The WHOQOL-bref questionnaires were used for quality of life, Epworth sleepiness scale, quality index of Pittsburgh sleep, international physical activity questionnaire-IPAQ-short version, nutritional status, and sociodemographic variables questionnaire. Data analysis was performed using descriptive statistics with SPSS software, version 20.0, assuming a level of significance of 0.05. Pearson's chi-square test, the Shapiro-Wilk test and the non-parametric Spearman test were used to verify the correlation between variables of quality of life, health conditions and sociodemographic variables. **RESULTS:** The nursing category was the most studied with 68% ($p = 0.045$), and 39.2% ($p = 0.611$) presented an age range between 30-40 years. Among the professionals, 78.8% ($p = 0.618$) worked on rotational shifts, where 41.5% ($p = 0.093$) presented subjective quality of bad sleep, being more expressive in men with 50.6% ($p = 0.093$). Among men, higher risk behaviors were observed with 11.1% ($p = 0.003$) for diabetes and 29.8% ($p = 0.024$) of the women presented with other diseases. According to the physical and psychological domain, the lowest averages of quality of life were evaluated in the female sex (62.00 ± 17.00 and 67.23 ± 16.52), both domains with $p < 0.001$ and in the age range of 51-60 years (59.10 ± 17.12 and 64.58 ± 18.16) with $p = 0.024$ and $p = 0.037$. **CONCLUSION:** The quality of life of emergency professionals is linked to different factors that may directly interfere with public health.

KEY WORDS: quality of life, emergency, sleep, shift.

INTRODUÇÃO

Segundo o grupo de qualidade de vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida é a visão que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto cultural e os valores nos quais ele está inserido, assim como sua posição em relação aos seus objetivos, expectativas de vida, padrões e preocupações ⁽⁰¹⁾.

O termo qualidade de vida não se resume somente na sua posição frente ao seu âmbito de trabalho e sim com as oportunidades de lazer, carga horária, turno, alimentação, atividade física, acesso à saúde, satisfação pessoal, qualidade de sono, dentre outros fatores que influenciam diretamente na qualidade de vida do trabalhador ⁽⁰²⁾. O estilo de vida moderno das grandes metrópoles gera predisposição ao sedentarismo e desequilíbrio nutricional, atrapalhando o rendimento do trabalhador e empregabilidade, conseqüentemente intervindo na sua qualidade de vida ⁽⁰³⁾.

A realidade do setor público brasileiro enfrenta uma crise sem precedentes, principalmente pela escassez de recursos financeiros numa área de custeio cada vez mais dispendioso. Acompanhado a isto temos a crescente exigência do mercado de trabalho e das organizações públicas e privadas gerando piores condições de saúde para o servidor.

Os profissionais de emergência têm contato direto com os cidadãos desempenhando papel relevante na qualidade do serviço oferecido, porém precisamos considerar que a unidade hospitalar e os serviços de emergência são ambientes desgastantes, assumindo regime de plantões de acordo com a necessidade do serviço durante 24 horas ininterruptas mesmo em feriados e finais de semana, reforçando o prejuízo desses trabalhadores na participação das atividades pessoais, além da excessiva carga mental de trabalho ⁽⁰⁴⁾. Dentro desse contexto, o objetivo do estudo é analisar a qualidade de vida dos profissionais de emergência de unidades públicas de referência de Rio Branco-Acre.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, com profissionais de emergência do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco-Acre (HUERB), serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), unidade de pronto atendimento (UPA) do Segundo Distrito e a unidade de pronto atendimento Franco Silva-Sobral, onde foram elegidas as funções: médico(a), fisioterapeuta, técnico de enfermagem, enfermeiro(a) e motorista.

Optou-se por uma amostra não probabilística por conveniência, com amostra de 212 profissionais de emergência de ambos os sexos, incluídos servidor lotado nas unidades de emergência e funções descritas acima; aceitação voluntária acerca da participação e sua presença no ambiente de trabalho quando da coleta de dados, excluídos profissionais que não trabalham nas unidades de emergência, servidores de férias, licença (doença, serviço militar, afastamento do cônjuge, atividade política, licença-prêmio, maternidade) ou afastamentos. A coleta de dados ocorreu de outubro de 2016 a junho de 2017 pelo mesmo pesquisador, realizada nos turnos comercial e noturno, de acordo com a viabilidade do serviço e do profissional.

Foram realizadas entrevistas estruturadas através de questionários avaliando de forma mais complexa a qualidade de vida dos profissionais de emergência. O questionário *WHOQOL-bref* avaliou a qualidade de vida ⁽⁰⁵⁾, a escala de *Pittsburgh* foi utilizada para classificar a qualidade subjetiva do sono ⁽⁰⁶⁾, a escala de sonolência de *Epworth* avaliou a condição de sonolência subjetiva ⁽⁰⁷⁾, e o questionário Internacional de Atividade Física-IPAQ-versão curta, classificou o indivíduo como ativo ou inativo ⁽⁰⁸⁾. O estado nutricional foi determinado pela razão do peso pelo quadrado da altura, sendo classificado como: baixo peso $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$, eutrófico: $\geq 18,5$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso $IMC \geq 25$ e < 30 , $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ para obeso ⁽⁰⁹⁾. A medida de massa corporal foi obtida através de uma balança eletrônica digital, e a estatura foi avaliada através de uma fita antropométrica afixada na parede.

O questionário de variáveis sociodemográficas envolveu o sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, função, setor, turno, tempo de atuação no serviço de emergência, se já adquiriu alguma enfermidade e se já foi envolvido em algum acidente de trabalho. As condições de saúde também foram avaliadas como variável dependente tendo sido obtida pelo autorrelato dos profissionais de emergência, sobre o diagnóstico quanto a presença de hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e outras doenças

(distúrbio musculoesquelético, artrite/artrose, osteoporose, enxaqueca dentre outros), etilista e fumante.

Foram verificadas as frequências absolutas e relativas de todas as variáveis analisadas por sexo, local de trabalho e domínios da qualidade de vida, sendo estimadas as diferenças nas frequências entre homens e mulheres pelo teste de qui-quadrado de Pearson, assumindo-se o nível de significância $< 0,05$. Para efetuar as correlações todas as variáveis passaram por uma análise de normalidade através do teste de Shapiro-Wilk. Como as variáveis mostraram-se não normais foi utilizado teste não paramétrico de Spearman para realizar as análises de correlações entre as variáveis de qualidade de vida, condições de saúde e variáveis sociodemográficas. A magnitude de Munro ⁽¹⁰⁾ (baixa = 0,26-0,49; moderada = 0,50-0,69; alta = 0,70-0,89; muito alta = 0,90-1,00) para interpretação dos coeficientes de correlação. Os dados foram analisados com o auxílio do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa para seres humanos do Hospital das Clínicas do Acre, processo número CAAE: 59233516.1.0000.500.

RESULTADOS

A maior parte da amostra corresponde ao sexo feminino ($n=131$), onde 71,8% apresentam até dois filhos. A população apresenta faixa etária predominante entre 30-40 anos com 39,2% ($p=0,611$), com situação conjugal estável com 77,4% ($p=0,071$) e a categoria de enfermagem como a mais entrevistada da pesquisa com 68% ($p=0,045$). Aproximadamente 84% ($p=0,001$) dos profissionais apresentam grau de escolaridade superior e especialização. Com relação à função exercida pelos participantes da amostra, 22,6% foram médicos, 23,01% corresponderam aos enfermeiros (as), 45,08% foram técnicos/ auxiliar de enfermagem, 6,6% motorista e 2% fisioterapeuta. Quanto à unidade pública de emergência avaliada, 54,7% ($p < 0,001$) dos profissionais trabalhavam no HUEB e 41% ($p=0,132$) da população já adquiriu alguma enfermidade proveniente do local de trabalho, assim como 44,3% ($p=0,092$) já sofreu algum acidente de trabalho com uma média de um a cinco anos de atuação na unidade, conforme descrito na Tabela 01. Foi demonstrado que 78,8% ($p=0,618$) dos profissionais de emergência trabalham em regime de plantões rotativos evidenciando qualidade subjetiva de sono ruim sendo mais expressivo no homem com 50,6% ($p=0,093$), assim como foi evidenciado que 30,5% ($p=0,093$) das mulheres apresentam distúrbio de sono e condições patológicas, conforme exposto em Tabela 01.

Foi observado na descrição por sexo, que a mulher tem menor escolaridade ($p=0,001$) quando comparado ao homem e segundo o setor de emergência foi evidenciado maior predomínio do sexo feminino no Hospital de Urgência e Emergência, enquanto que no Serviço Móvel de Emergência o maior percentual foi do sexo masculino ($p < 0,001$). Quando comparado por número de vínculos, observou-se que o sexo masculino tem dois ou mais vínculos ($p=0,008$). Sendo a diferença entre homens e mulheres nessas variáveis citadas com significância $< 0,05$, conforme descrito na Tabela 01.

Tabela 1. Descrição da população quanto ao perfil socioeconômico, demográfico, de hábitos de vida, condições de saúde e qualidade subjetiva do sono dos profissionais que atuam nas unidades de urgência e emergências públicas de Rio Branco, Acre.

Variáveis	Total n (%)	Homens n (%)	Mulheres n (%)	p-valor*
Faixa etária				
< 30 anos	34(16,0)	12(14,8)	22(16,8)	0,611
30-40anos	75(39,2)	25(43,2)	50(36,6)	
41-50 anos	83(35,4)	35(31,0)	48(38,2)	
51-60 anos	20(9,4)	9(11,1)	11(8,4)	
Escol. *				
Ens. Médio	34(16,0)	6(7,40)	28(21,7)	0,001
Ens. Superior	88(41,5)	29(35,8)	59(45,0)	
Especialista	90(42,5)	46(56,8)	44(33,6)	
Sit. Conjugal				
Com conjugue	164(77,4)	68(84,0)	96(73,3)	0,071
Sem conjugue	48(22,6)	13(16,0)	35(26,7)	
Núm. de funções				
Uma função	188(89,1)	74(91,4)	114(87,7)	0,406
Duas funções	24(11,0)	7(8,60)	17(12,3)	
Unid. Eme.*				
HUERB	116(54,7)	42(52,0)	74(56,5)	< 0,001
SAMU	43(20,3)	28(34,6)	15(11,5)	
UPAS	53(25,0)	11(13,6)	42(32,1)	
Núm. de Vínculos*				
Um vínculo	139(65,6)	43(53,1)	96(73,3)	0,008
Dois vínculos	49(23,1)	24(29,6)	25(19,1)	

Variáveis	Total n (%)	Homens n (%)	Mulheres n (%)	p-valor*
Três ou + vínculos	24(11,3)	14(17,3)	10(7,60)	
Turno				
Diurno	31(14,6)	14(17,3)	17(13,0)	0,618
Noturno	14(6,6)	6(7,40)	8(6,10)	
Rotativo	167(78,8)	61(75,3)	106(81,0)	
Morb.Ocup.				
Sim	87(41,0)	28(34,6)	59(45,0)	0,132
Não	125(59,0)	53(65,4)	72(55,0)	
Acidente de trabalho				
Sim	94(44,3)	30(37,0)	64(49,0)	0,092
Não	118(55,7)	51(63,0)	67(51,1)	
Q.S.S				
Boa	67(31,6)	23(28,4)	44(33,6)	0,093
Ruim	88(41,5)	41(50,6)	47(36,0)	
Distúrbio	57(27,0)	17(21,0)	40(30,5)	
E.S.D				
Normal	52(24,5)	20(24,7)	32(24,4)	0,603
Sonolência diurna	89(42,0)	37(45,7)	52(39,7)	
Sonolência patol.	71(33,5)	24(29,6)	47(36,0)	

Escol.= escolaridade, Ens. Médio = Ensino Médio, Ens. Superior = Ensino Superior, HUERB = Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco-Acre, SAMU = Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, UPA = Unidade de Pronto Atendimento, Q.S.S= qualidade subjetiva de sono, E.S.D= escala de sonolência diurna, Morb.Ocup. = morbidade ocupacional, Unid..Eme.= unidade de emergência, Núm.de vínculos = número de vínculos, Sit.conjugal = situação conjugal * p-valor < 0,05 (teste de qui-quadrado de Pearson).

Dentro do grupo de trabalhadores de emergência mais de 12% (p=0,144) dos homens consomem álcool e são tabagistas (p=0,977). A hipertensão e outras doenças cardiovasculares atingiram aproximadamente 20% (p=0,326) a 11% (p=0,582) respectivamente e 6,6% (p=0,006) da população estudada apresenta diabetes. Em relação ao estado nutricional dos profissionais de emergência, mais de 70% (p=0,250) estão com sobrepeso e obesidade. Entre os homens observaram-se maiores comportamentos de risco como diabetes 11,1% (p=0,003), enquanto que 29,8% (p=0,024) das mulheres portavam outras doenças. Dentro deste grupo, a mulher controla mais a pressão arterial. Sendo a diferença entre homens e mulheres nessas variáveis citadas com significância < 0,05, conforme Tabela 02.

Foi observado que 14% (p=0,717) dos profissionais etilistas atuam no SAMU, enquanto que 17% (p=0,330) dos fumantes atuam nas UPA, assumindo também a maior

incidência de portadores de diabetes com 9,4% ($p=0,492$). No HUERB foi demonstrado um maior percentual de profissionais com comportamentos de saúde desfavoráveis sendo estes portadores de hipertensão e outras doenças cardiovasculares, também associados aos maiores percentuais de obesidade e sobrepeso, atingindo aproximadamente 73% ($p=0,495$). Cerca de 73,3% ($p=0,693$) dos profissionais de emergência das UPA controlam a sua pressão arterial diariamente, porém 32% ($p=0,026$) apresentam outro tipo de doenças com significância $< 0,05$ (não descrito em Tabela).

Tabela 02. Descrição das condições de saúde dos profissionais de emergência segundo o sexo.

Variáveis	Total n (%)	Homens n (%)	Mulheres (%)	p-valor*
Etilista				0,144
Não	189(84,2)	69(85,2)	120(91,6)	
Sim	23(10,8)	12(14,8)	11(8,4)	
Fumante				0,977
Não	186(87,7)	71(87,7)	115(87,8)	
Sim	26(12,3)	10(12,3)	16(12,2)	
Hipertensão				0,326
Não	172(81,1)	63(77,8)	109(83,2)	
Sim	40(19,0)	18(22,2)	22(16,8)	
Diabetes*				0,003
Não	198(93,4)	72(89,0)	126(96,2)	
Sim	14(6,6)	9(11,1)	5(3,8)	
DCV				0,582
Não	189(89,2)	71(87,7)	118(90,1)	
Sim	23(10,8)	10(12,3)	13(9,9)	
Outras doenças*				0,024
Não	160(75,5)	68(84,0)	92(70,2)	
Sim	52(24,5)	13(16,0)	39(29,8)	
Cont. de PA*				$< 0,001$
Não	66(31,1)	40(49,4)	26(19,8)	
Sim	146(69,0)	41(50,6)	105(80,2)	
IMC				0,250
Eutrófico	63(29,7)	24(29,6)	39(29,8)	
Sobrepeso	91(43,0)	30(37,0)	61(46,6)	
Obeso	58(27,4)	27(33,3)	31(23,7)	

DCV= doenças cardiovascular, Cont.de PA= controle de pressão arterial, IMC= índice de massa corpórea, * p-valor $< 0,05$ (teste de qui-quadrado de Pearson)

Segundo o domínio físico e psicológico as menores médias de qualidade de vida foram avaliadas no sexo feminino na faixa etária de 51-60 anos ($59,10 \pm 17,12$ e $64,58 \pm 18,16$) e trabalhando no turno noturno ($62,68 \pm 17,41$), sendo verificado no domínio físico menor escolaridade empregada também para as mulheres ($56,19 \pm 17,00$). Nos domínios social e ambiental foi observado menor média nas mulheres ($59,06 \pm 19,50$, $41,45 \pm 11,77$) assim como o turno noturno ($45,86 \pm 14,51$) e rotativo ($48,00 \pm 11,07$) ocupando as menores

médias no domínio ambiental com uma avaliação de qualidade de vida desfavorável, conforme mencionado na tabela 03.

Tabela 03. Descrição da população por domínio de qualidade de vida.

	FÍSICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL	AMBIENTE
SEXO*				
Masculino	70,1 ± 17,34	75,46 ± 16,70	68,72 ± 24,50	50,15 ± 15,11
Feminino	62,00 ± 17,00	67,23 ± 16,52	60,17 ± 20,00	46,15 ± 16,22
P-valor	< 0,001	< 0,001	0,007	0,041
EST.CIVIL*				
C/Conjuge	64,32 ± 18,51	69,63 ± 17,85	63,61 ± 23,66	48,07 ± 16,90
S/ Conjuge	67,48 ± 13,10	72,91 ± 14,22	62,84 ± 17,44	46,35 ± 11,87
P-valor	0,332	0,301	0,652	0,643
FXA ET.*				
Menor 30	72,26 ± 16,04	77,20 ± 14,90	71,56 ± 18,92	52,11 ± 20,07
30-40	64,76 ± 16,46	70,77 ± 16,00	62,33 ± 21,60	48,16 ± 12,95
41-50	63,76 ± 18,55	68,62 ± 18,08	60,74 ± 21,83	45,25 ± 15,96
51-60	59,10 ± 17,12	64,58 ± 18,16	65,00 ± 30,05	48,43 ± 15,65
P-valor	0,024	0,037	0,066	0,280
N. FILHOS				
Nenhum	64,45 ± 15,00	71,12 ± 14,33	61,24 ± 17,90	49,63 ± 12,03
Até 2	65,40 ± 18,13	70,16 ± 17,90	64,08 ± 23,88	47,19 ± 17,07
3 ou +	63,00 ± 19,28	70,53 ± 17,33	63,09 ± 17,51	47,09 ± 12,82
P-valor	0,888	0,997	0,645	0,345
ESCOL.*				
Ens. M.	56,19 ± 17,00	67,05 ± 16,57	59,06 ± 19,50	41,45 ± 11,77
E.S.C	66,40 ± 17,89	70,06 ± 17,38	66,09 ± 22,00	48,50 ± 16,75
Esp.	67,05 ± 16,57	70,83 ± 18,41	62,5 ± 23,61	49,23 ± 15,97
P-valor	0,004	0,595	0,221	0,057
UN.EME.				
HUERB	65,17 ± 17,28	69,10 ± 17,80	62,42 ± 22,40	47,46 ± 15,61
SAMU	69,18 ± 18,09	74,80 ± 17,70	68,60 ± 22,91	54,72 ± 17,57
UPAs	60,17 ± 16,87	69,57 ± 14,70	61,47 ± 21,63	42,45 ± 12,93

	FÍSICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL	AMBIENTE
P-valor	0,508	0,469	0,519	0,493
TURNO*				
Diurno	72,7 ± 16,16	77,15 ± 16,76	69,35 ± 19,53	57,35 ± 21,04
Rotativo	76,27 ± 13,26	76,27 ± 13,26	61,90 ± 14,87	48,00 ± 11,07
Noturno	62,68 ± 17,41	68,66 ± 16,92	62,47 ± 23,28	45,86 ± 14, 51
P-valor	< 0,001	0,004	0,271	0,031

C/ Conjugue = Com conjugue, S/Conjugue = Sem conjugue, N.Filhos = Número de filhos, Huerb = Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco-Acre, Samu = Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Upas = Unidade de Pronto Atendimento =(Sobral e Segundo Distrito), Escol.= escolaridade, E.S.C.= Ensino Superior Completo, E.M = ensino médio, Esp. = especialista, Fxa Et. = Faixa Etária (idade), Uni. Eme.= Unidade de Emergência.. * p-valor < 0,05 (média e desvio padrão)

Foi descrito a média e desvio padrão dos domínios da qualidade de vida segundo as condições de saúde, onde foi observado que os domínios físico e psicológico apresentaram as menores médias quanto às variáveis de hipertensão ($58,75 \pm 17,49$ e $64,37 \pm 18,96$), morbidades ($59,95 \pm 18,35$ e $65,78 \pm 19,12$), qualidade subjetiva de sono ($58,02 \pm 15,73$ e $63,59 \pm 16,93$), escala de sonolência diurna ($58,85 \pm 16,66$ e $64,90 \pm 16,60$) e escala de atividade física ($63,26 \pm 17,28$ e $67,92 \pm 16,81$). O estado nutricional (IMC) alcançou uma menor média no domínio físico ($59,58 \pm 17,17$). No domínio social foi encontrado menor média nas doenças cardiovasculares ($62, 43 \pm 22,71$), qualidade subjetiva de sono ($57,16 \pm 20,97$) e escala de sonolência diurna ($55,98 \pm 21,23$), causando uma qualidade de vida desfavorável conforme descrito na tabela 04.

Tabela 04: Descrição das condições de saúde por domínios de qualidade de vida.

	FÍSICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL	AMBIENTE
ETILISTA				
Não	65,21 ± 17,24	70, 85 ± 16,49	63,75 ± 21,90	48,37 ± 15,93
Sim	63,66 ± 20,22	66,48 ± 21,66	60,86 ± 26,28	41,98 ± 14,62
P-valor	0,744	0,353	0,582	0,083
FUMANTE				
Não	65,84 ± 17,21	70,38 ± 17,42	63,79 ± 22,52	48,08 ± 16,41
Sim	59,34 ± 19,16	70,35 ± 15,15	60,89 ± 21,44	44,83 ± 11,35
P-valor	0,075	0,837	0,418	0,488
HAS*				
Não	66,50 ± 17,28	71,77 ± 16,41	63,27 ± 21,09	48,36 ± 16,19
Sim	58,75 ± 17,49	64, 37 ± 18,96	64,16 ± 27,49	44,76 ± 14,33
P-valor	0,007	0,031	0,518	0,261
DIABETES				
Não	65,18 ± 17,63	69,97 ± 17,47	63,34 ± 22,75	47, 85 ± 16,25

	FÍSICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL	AMBIENTE
Sim	63,01 ± 16,72	76,19 ± 9,72	64,88 ± 16,40	45,31 ± 9,55
P-valor	0,571	0,182	0,867	0,694
DCV				
Não	64,81 ± 17,29	70,52 ± 17,06	62,43 ± 22,71	47,50 ± 15,50
Sim	62,92 ± 19,80	69,20 ± 17,97	71,73 ± 17,54	49,18 ± 19,13
P-valor	0,642	0,696	0,046	0,898
Outras doenças*				
Não	66,69 ± 17,01	71,87 ± 16,20	64,84 ± 22,67	48,55 ± 15,96
Sim	59,95 ± 18,35	65,78 ± 19,12	59,13 ± 21,02	45,01 ± 15,51
P-valor	0,024	0,048	0,069	0,100
IMC*				
Eutrófico	59,58 ± 17,17	69,77 ± 18,75	59,65 ± 21,23	50,49 ± 17,87
Sobrepeso	65,69 ± 17,06	70,55 ± 15,72	65,01 ± 24,15	47,04 ± 16,09
Obeso	69,95 ± 17,34	70,76 ± 17,66	65,08 ± 20,43	45,63 ± 12,85
P-valor	0,002	0,943	0,252	0,252
Q.S.S*				
Normal	68,97 ± 18,95	73,38 ± 15,8	63,43 ± 22,75	48,92 ± 17,21
Ruim	66,59 ± 16,38	72,45 ± 17,16	67,51 ± 22,24	48,82 ± 16,60
Distúrbio	58,02 ± 15,73	63,59 ± 16,93	57,16 ± 20,97	44,46 ± 12,63
P-valor	< 0,001	0,002	0,041	0,307
E.S.D*				
Normal	70,05 ± 20,03	74,19 ± 16,93	64,42 ± 23,57	50,84 ± 17,99
Son. Diurna	67,05 ± 15,33	72,51 ± 16,74	68,82 ± 21,07	47,33 ± 15,73
Son.patológica	58,85 ± 16,66	64,90 ± 16,60	55,98 ± 21,23	45,81 ± 14,26
P-valor	< 0,001	0,003	0,002	0,161
IPAQ*				
Sedentário	63,26 ± 17,28	67,92 ± 16,81	61,24 ± 22,26	46,00 ± 15,14
Ativo	72,67 ± 16,80	80,93 ± 14,33	72,91 ± 20,47	54,92 ± 17,17
P-valor	0,028	0,016	0,316	0,205

HAS = hipertensão arterial sistêmica, DCV = doença cardiovascular, IMC = índice de massa corpórea, Q.S.S= qualidade subjetiva de sono, E.S.D = escala de sonolência diurna, Son.Patológica = sonolência patológica, Son. Diurna = sonolência diurna, IPAQ= escala internacional de atividade física. *P < 0,05 (média e desvio padrão)

Pode-se observar na tabela 05 o resultado do teste de correlação de Spearman segundo os domínios de qualidade de vida. Houve correlação inversa entre o domínio físico e as variáveis sexo, hipertensão, escala subjetiva de sono, escala de sonolência diurna e escala de atividade física, sendo que a escala subjetiva de sono e a escala de sonolência diurna apresentou uma correlação fraca, no entanto, significativa. No domínio psicológico as variáveis sexo e escala de atividade física apresentaram correlação inversa, fraca e significativa, assim como no domínio ambiental apresentou correlação inversa, fraca e

significativa para as variáveis turno e etilismo. No domínio social apresentou uma correlação inversa, fraca e significativa. Considerando para estas variáveis um $p < 0,05$ e $p < 0,001$, conforme tabela 05.

Tabela 05. Correlação das condições de saúde segundo os domínios da qualidade de vida.

	FÍSICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL	AMBIENTE
	AS	AS	AS	AS
SEXO	-0,221*	-0,261*	-0,137**	0,09
TURNO	-0,25	-0,19	-0,09	-0,175*
ETILISTA	-0,022	-0,064	-0,038	-0,119*
FUMANTE	-0,122	-0,0014	-0,056	-0,048
HAS	-0,0185**	-0,149	0,045	-0,077
DIABETES	-0,039	0,092	0,012	-0,027
DCV	-0,032	-0,027	0,137	0,09
IMC	0,019	0,023	0,097	0,082
Q.S.S	-0,254*	-0,2	-0,09	-0,101
E.S.D	-0,269**	-0,217	-0,169	-0,119
IPAQ	0,003*	< 0,001*	0,004	0,002

DVC= doença cardiovascular, IMC=índice de massa corpórea, Q.S.S= qualidade subjetiva de sono, E.S.D = escala de sonolência diurna *P menor 0,05 ** P < 0,001. (Teste não paramétrico de Spearman)

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu ilustrar que as mulheres vêm exercendo papel significativo no mercado de trabalho, já que seu crescimento e permanência vêm aumentando com o passar dos anos, devido não só às melhores condições e sim devido às oportunidades. De acordo com a pesquisa, a maior parte dos profissionais de emergência entrevistados corresponde ao sexo feminino, mostrando um predomínio expressivo do sexo feminino.

De acordo com o estudo, a faixa etária predominante foi de 30-40anos, sendo que em outros estudos já ficaram evidenciados que quanto maior a idade, menor é o impacto emocional relacionado ao trabalho, aumentando a segurança nas decisões a serem tomadas, maior controle sobre a demanda de trabalho, diminuindo dessa forma o estresse e a exaustão emocional⁽¹¹⁾.

Na sociedade contemporânea, a incidência de serviços que funcionam 24hs, vem crescendo significativamente, o que torna o trabalho noturno ou em horários irregulares cada vez mais comuns. A medida que rompido os ciclos biológicos, devido aos turnos fixos ou rotativos, existirá a necessidade da mudança no estilo de vida devido ao novo biorritmo do

trabalhador, alterando sua qualidade de vida ⁽¹²⁾. Foi observado no estudo que boa parte dos profissionais de emergência encontra-se trabalhando no regime de plantões diurno e noturno, porém mais de 78% dos profissionais trabalham no regime de plantões rotativos. Dentro desse contexto em qual horário o profissional de saúde se submete à exposição do sol, para produzir a vitamina D?

A luz solar direta e a radiação de ultravioleta B (UVB) produzem a maior parte da vitamina D necessária aos seres humanos, sendo que 10% a 20% do complemento é proveniente dos alimentos, porém alguns fatores podem intervir na quantidades de raios UVB como a quantidade de melanina e o envelhecimento ⁽¹³⁾, onde muitos indivíduos realizaram a terapia com melatonina e relataram significativamente a melhora na qualidade de vida com interferência no início e eficiência do sono ⁽¹⁴⁾.

Alguns estudos demonstram relação entre os baixos níveis de vitamina D com a obesidade e diabetes tipo 2, porém, quando relacionados a localização, raça e estado nutricional ainda há dados controversos ⁽¹⁵⁾. Atualmente a deficiência/ insuficiência da vitamina D é considerada um importante problema de saúde pública gerando diversas doenças como: osteomalácia, obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial ⁽¹⁶⁾. Em outro estudo foi constatado que a maior parte das mulheres com níveis reduzidos de melatonina, podendo estar relacionado com a carcinogênese e risco de câncer foram expostas a luz artificial no trabalho noturno nos últimos dez anos, onde a luz artificial é associada a supressão da produção natural da melatonina á noite pela glândula pineal, levando à liberação do estrogênio pelo ovário ⁽¹⁷⁾, redução das taxas de vitamina D, dessincronização do ritmo circadiano assim como seu estilo de vida e a privação do sono ⁽¹⁸⁾, comprometendo sua qualidade de vida.

Os resultados da pesquisa evidenciaram que a maior parte das mulheres tem até dois filhos e trabalham no turno noturno e/ou no turno rotativo, apresentando qualidade subjetiva de sono com distúrbio e sonolência patológica, corroborando com outros estudos onde constaram que mulheres com filho e trabalham no período noturno tendem a ter um sono com menor duração no período da manhã interferindo na sua qualidade de vida, e quando comparada aos homens apresentam menor tempo total de sono já que, conciliam o sono com a atenção dispensada aos filhos e trabalho doméstico ⁽¹⁹⁾.

O presente estudo demonstrou que grande parte dos profissionais de emergência já apresentou algum tipo de enfermidade adquirido no local de trabalho assim como, acidente de trabalho. Existem vários estudos comprovando que os trabalhadores que invertem seu ritmo biológico, podem sofrer em curto e longo prazo com distúrbios de sono, assim como,

distúrbios metabólicos, nutricionais, imunossupressão, doenças crônicas, câncer, disfunções musculoesqueléticas, ansiedade, estresse e depressão, consequentemente reduzindo seu estado de alerta e seu desempenho contribuindo para o aumento dos riscos de acidentes⁽²⁰⁾.

Estudo realizado com o objetivo de identificar fatores associados aos cochilos não intencionais durante as jornadas de trabalho de pilotos da aviação regular, estudando cerca de 1235 pilotos brasileiros afirmou que a prevalência de cochilos enquanto pilotava o avião era numa média de 57,8%, associados a voar por mais de 65 horas por mês, atrasos técnicos frequentes, sono insuficiente e sonolência excessiva⁽²¹⁾.

Foi evidenciado na pesquisa que 41,5% dos profissionais de emergência apresentam qualidade subjetiva de sono ruim, sendo mais expressivo no sexo masculino com 50,6% quando comparado com o sexo feminino, porém, 36% dos distúrbios de sono e condições patológicas de sonolência diurna são evidenciados na mulher, provavelmente devido a sua relação com o trabalho doméstico e terem filhos.

Existe um número expressivo de profissionais etilistas, sendo maior predomínio no SAMU. Foi notado também um número de fumantes com maior predomínio nas UPA onde parcela significativa é portadora de doença cardiovascular e outras doenças não especificadas no estudo. Em termos mundiais, cerca de 7% a 30% dos acidentes de trânsito com mortes fatais são decorrentes de sonolência e fadiga⁽²²⁾. Em um estudo relacionado aos fatores que levam aos acidentes de trânsito, foi evidenciado uso excessivo de álcool ao dirigir, assim como a ingestão de medicamentos e drogas ilícitas associado a privação e distúrbios de sono, falta de atenção, sonolência excessiva, jornada de trabalho excessiva, fadiga dentre outros⁽²³⁾.

A maior parte dos etilistas e fumantes são do sexo masculino consumindo uma média de seis a dez copos semanalmente e uma média de seis a dez unidades de cigarro diariamente (não descrito em tabela), destes, 22,2% e 12,3 % são portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e doenças cardiovascular respectivamente. Contudo, sabemos que as condições em que o trabalho se desenvolve interfere na qualidade de vida já que os agentes estressores podem contribuir para levar o trabalhador ao consumo do álcool ou cigarro e, até mesmo, agravar as consequências dessas doenças⁽²⁴⁾, associados a distúrbios de sono, depressão e ansiedade⁽²⁵⁾.

Ao se tratar do índice de massa corpórea, mais da metade dos profissionais da amostra apresentam um quadro de sobrepeso e obesidade, onde 32% dos profissionais com grau de obesidade atuam nas unidades de emergência do HUERB, com a incidência expressiva nas mulheres, e quando relacionado com os domínios de qualidade de vida foi evidenciado que o

domínio físico apresentou uma variação de médias entre $65,69 \pm 17,06$ com $p < 0,05$ considerando desfavorável sua qualidade de vida.

Estudos brasileiros sobre jornada de trabalho em grupos de enfermeiros, abordaram os hábitos e comportamentos alimentares com o consumo excessivo da cafeína e frituras, assim como ausência de atividade física e obesidade, não dispo de lazer e repouso ⁽²⁶⁾, associado a isto outros estudos epidemiológicos em humanos indicaram maior prevalência de sobrepeso, obesidade e mais susceptibilidade dentre os trabalhadores do turno noturno, quando comparado com os trabalhadores do turno diurno ⁽²⁵⁾ corroborando com a pesquisa que aponta que mais de 80% das mulheres que trabalham em turnos noturnos e rotativos em unidades de emergência estão acima do peso.

Foi observado no sexo masculino maior comportamento de risco para diabetes quando comparado à mulher, com grau de significância $< 0,05$. Os efeitos adversos da rotatividade de turnos e turno noturno desalinha o ciclo circadiano com o ciclo sono-vigília levando ao interrompimento da melatonina e secreção de cortisol, diminuindo a leptina e conseqüentemente aumentando a glicose e insulina ⁽²⁴⁾, contribuindo dessa forma à morbidade cardiovascular relacionada ao trabalho ⁽²⁷⁾, assim como do IMC e da concentração dos hormônios que são envolvidos na regulação endócrina do apetite e saciedade ⁽¹³⁾. Um estudo sobre a variabilidade da frequência cardíaca e sono entre médicos do serviço de emergência que trabalha em turnos, detectou que maior parte dos médicos tem sono mais curto e fragmentado com maior ativação do sistema simpático e menor atividade do parassimpático, aumentando dessa forma o risco de doença cardiovascular ⁽²⁸⁾.

Foi evidenciado na pesquisa médias baixas quanto às variáveis de hipertensão, outras doenças, qualidade subjetiva de sono, escala de sonolência diurna e escala de atividade física, assim como escolaridade, com grau de significância $p < 0,05$ gerando condições desfavoráveis de qualidade de vida. Dentro desse contexto pressupõem-se que a qualidade de vida esteja sendo prejudicada pela presença nas morbidades supracitadas, já que durante as atividades diárias essas causam incapacidade física e dependência medicamentosa comprometendo sua rotina ⁽²⁹⁾.

Ao relacionar o estado nutricional com os domínios de qualidade de vida foi observado que alcançou uma menor média no domínio físico onde mais de 70% dos profissionais de emergência estão nos graus de sobrepeso com média e desvio padrão entre $65,69 \pm 17,06$ e obesidade com média entre $69,95 \pm 17,34$ com $p < 0,05$. Associado a isto, qualidade subjetiva de sono com média e desvio padrão de $58,02 \pm 15,73$ para distúrbio de

sono, assim como, escala de sonolência diurna com média e desvio padrão entre $58,85 \pm 16,66$ para sonolência patológica.

O perfil sociodemográfico dos profissionais de emergência avaliados nesta pesquisa corrobora com as avaliações negativas em relação aos domínios físico e psicológico relacionados ao sexo, escolaridade, faixa etária e turno noturno. Segundo o domínio físico e psicológico as menores médias de qualidade de vida foram avaliadas no sexo feminino na faixa etária de 51-60 anos e trabalhando no turno noturno, assim como a escala de atividade física diária apresentou uma correlação fraca, no entanto, significativa. Um estudo realizado com 400 trabalhadores petroquímicos com turnos de trabalho em rotação de 12 horas, foi confirmado fadiga e sofrimento psicológico (disfunção social, ansiedade e insônia) de acordo com as condições de trabalho, carga de trabalho e sua natureza⁽³⁰⁾.

Nos domínios social e ambiental foi observado menor média nas mulheres, assim como o turno noturno e rotativo ocupando as menores médias no domínio ambiental com uma avaliação de qualidade de vida desfavorável.

CONCLUSÃO

Dentre os fatores mais relevantes na pesquisa podemos ressaltar a forte incidência de profissionais trabalhando em regime de plantões rotativos, com qualidade de sono ruim a distúrbio, sonolência diurna, sedentarismo, obesidade e sobrepeso. Constatou-se que os homens apresentam maiores comportamentos de risco para hipertensão, doenças cardiovascular e diabetes, assim como nas mulheres foi observado as piores condições nos domínios físico e psicológico da classificação de qualidade de vida. O estudo aponta a necessidade de reflexão e atitudes que influenciem de forma positiva na saúde desses profissionais, além de priorizar medidas promocionais e preventivas de qualidade de vida aos seus trabalhadores.

REFERENCIAS

1. Brasil. *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. 2. Ed. Brasília: MS, 2005, p. 380 (Série E. Legislação de Saúde).
2. Gustavsen B. *Mejoras del beetwe ambiente de trabajo: uma nueva between*. Rev. Int. Trab. 1980; 99(2): 173-88.
03. Nahas MV. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf, 2001.
04. Dalri RC, Robazzi ML, Silva LA. *Occupational hazards and changes health among brazilian professionals nursing from urgency and emergency units*. Cienc. Enferm. 2010; 16(2):69-81.
05. The whoqol group. *Development of the World Health Organization whoqol-bref. Quality of Life Assessment 1998*. Psychol Med 1998; 28:551-8.
06. Bertolazi NA. *Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação de sono, escala de sonolência de epworth e índice de qualidade subjetiva de sono*. Dissertação de Mestrado. Abril/2008.
07. Bertolazi NA, Fagundes, SC, Hoff, LS, PEDRO, D. *Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil*. J. Bras. Pneumologia. Vol.35, n.9. São Paulo. Set/2009.
08. Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. *Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil*. Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul. Revista Ativ. Física e Saúde, v.6, n.02, 2001.
09. World Health Organization. *Who Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: Who, 2000.
10. Munro BH. *Correlation In Munro Statistical methods for health care research*. 4 edição. Philadelphia: Lippincott; 2001, 223-243.
11. Rebouças D, Legay LF, Abelha L. *Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviços de saúde mental*. Rev. Saúde Pública.2007; 41(2):244-50.
12. Dal Rosso. *A Jornada de trabalho da sociedade: o castigo de Prometeu*. Editora Ltr, São Paulo. 1996.

13. Spiegel K, Leproult R, Lhermite Balériaux M, Copinschi G, Penev PD, Van Cauter E. *Leptin levels are dependent on sleep duration: relationships with sympathovagal balance, carbohydrate regulation, cortisol and thyrotropin*. J. Clin Endocrinol Metab. 2004; 89(11): 5762-5771.
14. Beatie L, Kyle D, Espie CA, Biello S. *Interações sociais, emoção e sono: uma revisão sistemática e uma agenda de pesquisa*. Revista de Medicina do Sono. 2015; 24(3):83-100.
15. Berger AM, Hobbs BB. *Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients*. Clinical Journal of Oncology Nursing 2006; 10(4):465-71.
16. Sundelin T, Lekander M, Kecklund G. *Cues of fatigue: effects of sleep deprivation on facial appearance* Sleep, 2013; 36 (3):1355-1360.
17. Biggi, N, Consonni D, Galluzzo V, Sogliani M, Costa G. *Metabolic syndrome in permanent night workers*. Chronobiol Int, v. 25, n. 2, p. 443-454, apr. 2008.
18. Junior SAF, Ruiz FS, Antonietti LS, Tufik S, Mello ML. *Sleep, Fatigue and Quality of Life: A Comparative Analysis among Night Shift Workers with and without Children*. Published online 2016 Jul 8.
19. Rotenberg L, Portela LF, Marcondes WB, Moreno C, Nascimento CP. *Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia*. Cadernos de Saúde Pública 2001; 17(3):639-49.
20. Marqueze EC, Nicola AC, Diniz DH, Fischer FM. *Jornadas de trabalho associadas a cochilos não intencionais entre pilotos da aviação regular*. Revista de Saúde Pública. 2017; 14(3): 35-44.
21. Sobrinho CLN, Carvalho FM, Bonfim TAC, Cirino CAS. *Condições de Trabalho e Saúde dos médicos em Salvador, Brasil*. Revista Assoc. Bras. 2006; 52(2): 97-102.
22. Gonçalves M, Amici R, Lucas R, Akertedt T, Cirignota F, Horne J. *Sleepiness at the across Europe: a survey of 19 countries*. J Sleep Res. 2015; 13 (24): 242-253.
23. Sinagawa DM., Carvalho HB, Andreucetti G, Do Prado NV, Oliveira KC, Ypnamine M. *Association between travel length and drug use among Brazilian truck drivers*. Traffic Inj Prev, 16:5-9, 2015.
24. Pereira JC. *Alcoolismo e tabagismo no trabalho*. E-Tec Brasil – Psicologia do Trabalho. 2016.
25. Parkes KR. *Shift work and age as interactive predictors of body mass index among offshore workers*. Scand J. Work Environ Health 2002; 28(1):64–71.
26. Zimberg I.Z, Fernandes JSA, Crispim C.A, Tufik S, Mello MT. *Impacto metabólico do trabalho por turnos*. Ano 2012; v. 41, p.4376-4383.

27. Michael L, Joan T, Eleanor H, Jill K, Andrew G. *Shift Work, Chronotype, and Melatonin Patterns among Female Hospital Employees on Day and Night Shifts*. Rev. Prostate cancer: advances in basic, translational, and clinical research.2016; 25(5):830-8.
28. Neufeld EV, Carney JJ, Dolezal BA, Boland DM, Cooper CB. *Estudo exploratório da variabilidade da frequência cardíaca e sono entre trabalhadores de turnos de serviços médicos de emergência*. Prehosp Emerg Care. 2017;21(1): 18-23.
29. Christmann M, Costa CC, Mousalle L. *Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público*. Rev AMRIGS 2011; 55(3):239-43.
30. Rasoulzadeh Y, Bazazan A, Safaiyan AD. *Fatigue and Psychological Distress: A Case Study Among Shift Workers of an Iranian Petrochemical Plant, During 2013, in Bushehr*. Iran Red Crescent Med J.2015; 17(10): 3-5

5. CONCLUSÃO GERAL

Os resultados encontrados no presente estudo indicam que a qualidade de vida dos profissionais de emergência é desfavorável, ressaltando a importância na mudança das políticas públicas a fim de promover ações de promoção e cuidado com a saúde do servidor.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AASM. American Academy of Sleep Medicine. **International Classification of Sleep Disorders**. V. Second Edition (ICSD-2), 2005.
- BEATIE, L.; KYLE, S.D.; ESPIE, C.A.; BIELLO, S. Interações sociais, emoção e sono: uma revisão sistemática e uma agenda de pesquisa. **Revista de Medicina do Sono**, v.24, p.83-100, 2015.
- BERGER, A.M.; HOBBS, B.B. Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients. **Clinical Journal of Oncology Nursing** v.10, n.4, p.465-71, 2006.
- DAL ROSSO. **A Jornada de trabalho da sociedade: o castigo de Prometeu**. Editora Ltr, São Paulo. 1996.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2. Ed.p-380, 2005.
- BUXTON O.M.; MARCELLI E. Short and long sleep are positively associated with obesity, diabetes, hypertension, and cardiovascular disease among adults in the United States. **Soc Sci Med**. v.71, n.124, p.1027-36, 2010.
- FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICK, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. & PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, n. 1, p.14-21,2012.
- FLEURY, A.C.C. & VARGAS, N. **Organização do trabalho**. São Paulo, Atlas, 1987.
- GARCIA, A.; SOUZA M.G.R **Organização do trabalho**. São Paulo, Atlas, 1997.
- GREEN, I.W. & KREUTEL, L.W. Health promotion as a public health strategy for the 1990. **Ann. Rev. Publ. Heath**, 11: 319- 34, 1990.
- GOODRIDGE, D. **Minimizing transfer injuries**. *Can Nurses*, 93(7):38-41, 1997.
- LUYSTER, P.J.; STROLLO, P.C.; ZEE, J.K. Walsh Sleep: a health imperative. **Sleep**. v.35, n.4, p. 727-734, 2012.
- MARKWALD, R.R.; MELANSON, E.L.; SMITH, M.R.; HIGGINS, J.; PERREAULT, L.; ECKEL, R.H.; WRIGHT, KP. Impact of insuficiente sleep on total daily energy expenditure, food intake, and weight gain. **PNAS**. v.110, n.14, p.5695-5700, 2013.
- MELLO, M.T, VIEIRA, F.V.; Segurança e saúde dos motoristas profissionais que trafegam nas rodovias do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Mar 30, 2017.
- MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.25: 341-9, 1991.
- MORAES, N.A.S.; WITTER, G.P.; Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. **Revista de Psicologia**; São Paulo v.19, n.57 (127):215-38, 2007.
- MULATINHO, L.M. Análise do sistema de gestão de segurança e saúde do ambiente de trabalho em uma instituição hospitalar. (**Dissertação- Mestrado-Universidade Federal da Paraíba**). Recife, 2011.
- NESPECA, M.; CYRILLO, D.C.; Qualidade de vida no trabalho de funcionários públicos: papel da nutrição e da qualidade de vida. **Acta Scientiarum. Health Sciences**.; Maringá. v..33, p.187-195. 2011.

PIEGEL, K.; TASALI, E.; PENEV, P.; CAUTER, E.V. Brief communication: sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. **Annals of Internal Medicine**. v.141, n.11, p.846- 851, 2004.

SCHUTTINGA, J.A. Quality of life in behavioral medicine research. **New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates**; 1995. p. 31-42.

SINAGAWA, D.M.; CARVALHO, H.B; ANDREUCETTI, G.; PRADO N.V.; OLIVEIRA, K.C.; YONAMINE, M. Association between travel length and drug use among brazilian truck drivers. **Traffic Inj Prev**. 16:5-9, 2015.

SUNDELIN, T.; LEKANDER, M.; KECKLUND G.; VAN S. Cues of fatigue: effects of sleep deprivation on facial appearance Sleep. **Annals of Internal Medicine**. v.36, n.20p. 1355-1360, 2013.

WATSON, N.F.; BADR, M.S.; BELENKY, G. Joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the recommended amount of sleep for a healthy adult: methodology and discussion. **Sleep**.; v.04, n.38, p.1161–83, 2015.

YOUNG, L.; ANNE, G.; DANIEL, P.; CHAOMAN; T.J.; CUNNINGHAM, H.L; JANET, B.C. Prevalence of Healthy Sleep Duration among Adults -United States, 2014. **Centers for disease control and prevention**. v.65, n.6, p. 137–141, 2016.

7. ANEXOS

7.1 INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA.



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0034-8910 *versão impressa*

ISSN 1518-8787 *versão on-line*

- [Categorias de artigos](#)
- [Dados de identificação do manuscrito](#)
- [Conflito de Interesses](#)
- [Declaração de Documentos](#)
- [Preparo do Manuscrito](#)
- [Processo Editorial](#)
- [Taxa de Publicação](#)
- [Suplementos](#)

Categorias de Artigos

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão ([Estrutura do Texto](#)). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes **recomendações**, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- [CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- [STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- [MOOSE](#) checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- [PRISMA](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- [STROBE](#) checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- [RATS](#) checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a [categoria de artigos](#)

Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter

objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das recomendações citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

Formatação:

- Devem conter até 3500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: até 30 no total.

- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicações breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação:

Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências)
- Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura.
- Número de referências: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consulte:

MOOSE checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais

PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Formatação:

- Devem conter até 4000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: sem limites.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Formatação:

- Devem conter até 2000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de referências: até 30 no total.
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

Dados de Identificação do Manuscrito**Autoria**

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Conflito de Interesses

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos

publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Declaração de Documentos

Em conformidade com as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors, são solicitados alguns documentos e declarações do (s) autor (es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando anexar
a. <u>Carta de Apresentação</u>	Todos os autores	Na submissão
b. <u>Declaração de responsabilidade</u>	Todos os autores	Na submissão
c. <u>Responsabilidade pelos Agradecimentos</u>	Autor responsável	Após a aprovação
d. <u>Transferência de Direitos Autorais</u>	Todos os autores	Após a aprovação

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.

- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

Responder- Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

b. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados no final do texto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

c. AGRADECIMENTOS

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

d. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

Preparo do Manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical SubjectHeadings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou keywords) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas

Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os

gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos a seguir.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *CiencSaude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *RevSaude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy Press; 2001 [citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto

A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
9. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas por ordem de citação, verificando se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

Processo Editorial

a) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

b) Provas

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo.

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa revisão o autor receberá nova prova, no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

.tigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão “original aprovada”. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A Revista adota o sistema de publicação continuada (rollingpass). Desta forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de outros artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

Taxa de Publicação

Embora as revistas recebam subvenções de instituições públicas, estas não são suficientes para sua manutenção. Assim, a cobrança de taxa de publicação passou a ser alternativa para garantir os recursos necessários para produção da RSP.

A USP garante os recursos básicos, mas não são suficientes. Assim, temos que contar com recursos complementares, além das agências de fomento.

A RSP em 2016 completa 50 anos de publicação e somente em 2012 iniciou a cobrança de taxa de artigos, fato este imperioso para garantir sua continuidade, sobretudo permitindo-lhe evoluir com tecnologias mais avançadas, mas que exigem também maior qualidade e recursos tecnológicos.

O valor cobrado é avaliado regularmente. Assim, para os artigos submetidos a partir de janeiro de 2017, o valor da taxa será de 2.200,00 para artigo original, revisão e comentário, e de 1.500,00 para comunicação breve.

A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

Suplementos

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

Cidade, _[dia]__ de Mês de Ano.

Prezado Sr. Editor, *Revista de Saúde Pública*

Submetemos à sua apreciação o trabalho “_____ [título] _____”, o

qual se encaixa nas áreas de interesse da RSP. A revista foi escolhida [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do manuscrito].

O autor 1 participou da concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho; e, o autor 2 participou na interpretação e redação do trabalho. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

O trabalho está sendo submetido exclusivamente à RSP. Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).

nome completo do autor 1 + assinatura

nome completo do autor 2 + assinatura

b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

“Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo. ”

“Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo. ”

“Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores. ”

Contribuição:

Local, data

Assinatura

c) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas não preencheram os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

_____/_____/_____
 DATA

 NOME COMPLETO E
 ASSINATURA

d) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Concordo que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública, serão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que citada a fonte, conferindo os devidos créditos à Revista de Saúde Pública.

Autores:

 Local, data

 NOME COMPLETO + Assinatura

 Local, data

 NOME COMPLETO + Assinatura

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

**Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3061-7985.**



revsp@usp.br

7.2 QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE – UFAC
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DESPORTO – CCSD
 MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Dissertação: Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de emergência de unidades públicas de Rio Branco-Acre.

Mestranda: Quíria Ribeiro da Silva

Orientadora: Prof. Dr. Romeu Paulo Martins

QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

NOME COMPLETO:
ESTADO CIVIL: () COM CONJUGUE () SEM CONJUGUE
ESCOLARIDADE: () ENS. MÉDIO COMPLETO () ENS. SUPERIOR () ESPECIALISTA
FILHOS: () NENHUM () ATÉ 2 FILHOS () 3 OU MAIS FILHOS
SEXO: () Masculino () Feminino
Peso: Altura:
Sato2: PA: FC:
IDADE: () < 30 anos () 30-40anos () 41-50anos () 51-60 anos () > 60anos

FUNÇÃO: () Médico () Fisioterapeuta () Enfermeiro () Téc. Enfermagem () Motorista
SETOR: () SAMU () HUERB () UPA Segundo Distrito () UPA Franco Silva
TURNO: () Diurno () Rotativo () Noturno
TEMPO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO: () Até 1 ano () 1-5 anos () 5 a 10 anos () 10-15 () acima de 15 anos
JÁ ADQUIRIU ALGUMA ENFERMIDADE NO TRABALHO? () Sim () Não
JÁ TEVE ALGUM ACIDENTE NO TRABALHO? () Sim () Não

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

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

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

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

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

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

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se	1	2	3	4	5

	concentrar?					
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você	1	2	3	4	5

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

	de saúde?					
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

ESCALA DE PITTSBURGH PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO
ESCALA DE EPWORTH PARA SONOLÊNCIA DIURNA

As questões seguintes referem-se aos seus hábitos de sono durante o mês passado. Suas respostas devem demonstrar, de forma mais precisa possível, o que aconteceu na maioria dos dias e noites apenas desse mês. Por favor, responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, a que horas você foi habitualmente dormir?

Horário habitual de dormir:.....

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) habitualmente você levou para adormecer à cada noite:

Número de minutos.....

3) Durante o mês passado, a que horas você habitualmente despertou?

Horário habitual de despertar:.....

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono realmente você teve à noite? (isto pode ser diferente do número de horas que você permaneceu na cama)

Horas de sono por noite:.....

Para cada uma das questões abaixo, marque a melhor resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas de sono porque você...

a) não conseguia dormir em 30 minutos

nunca no mês passado

uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana

três ou mais vezes por semana

b) Despertou no meio da noite ou de madrugada

nunca no mês passado

uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana

três ou mais vezes por semana

c) Teve que levantar à noite para ir ao banheiro

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

d) Não conseguia respirar de forma satisfatória

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

e) Tossia ou roncava alto

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

f) Sentia muito frio

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

g) Sentia muito calor

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

h) Tinha sonhos ruins

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

i) Tinha dor

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana

três ou mais vezes por semana

j) Outra razão (por favor, descreva)

k) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas com o sono por essa causa acima?

nunca no mês passado

uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana

três ou mais vezes por semana

6) Durante o mês passado, como você avaliaria a qualidade geral do seu sono?

muito bom

bom

ruim

muito ruim

7) Durante o mês passado, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para ajudar no sono?

nunca no mês passado

uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana

três ou mais vezes por semana

8) Durante o mês passado, com que frequência você teve dificuldades em permanecer acordado enquanto estava dirigindo, fazendo refeições, ou envolvido em atividades sociais?

nunca no mês passado

uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana

três ou mais vezes por semana

9) Durante o mês passado, quanto foi problemático para você manter-se suficientemente entusiasmado ao realizar suas atividades?

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

10) Você divide com alguém o mesmo quarto ou a mesma cama?

- mora só
- divide o mesmo quarto, mas não a mesma cama
- divide a mesma cama

Se você divide com alguém o quarto ou a cama, pergunte a ele(a) com qual frequência durante o último mês você tem tido:

a) Ronco alto

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

b) Longas pausas na respiração enquanto estava dormindo

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

c) Movimentos de chutar ou sacudir as pernas enquanto estava dormindo

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

d) Episódios de desorientação ou confusão durante a noite?

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

e) Outras inquietações durante o sono (por favor, descreva):

Escala de Epworth	Nenhuma chance de cochilar	Pequena chance de cochilar	Moderada chance de cochilar	Alta chance de cochilar
Sentado e Lendo;	0	1	2	3
Vendo TV sentado em um lugar público, sem atividade (sala de espera, cinema, teatro, reunião);	0	1	2	3
Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar;	0	1	2	3
Deitado para descansar a tarde quando as circunstâncias permitem;	0	1	2	3
Sentado e conversando com alguém;	0	1	2	3
Sentado calmamente, após o almoço sem álcool;	0	1	2	3
Se você estiver de carro, enquanto para por alguns minutos no trânsito intenso.	0	1	2	3

ANAMNESE (CONDIÇÕES DE SAÚDE)

Etilismo: () Não () Sim
Tabagismo: () Não () Sim
Hipertenso: () Não () Sim
Diabetes: () Não () Sim
Diagnóstico de Doenças Cardiovasculares: () Não () Sim
Outros tipos de Patologias: () Não () Sim
Costuma aferir a pressão arterial regularmente: () Não () Sim
Qual frequência: () Diária () Semanal () Mensal () Anual
() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08 () 09 () 10 () Mais de 10

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

1. Durante os **últimos 7 dias**, quantos dias você fez atividades físicas **vigorosas**, como: cavar, andar de bicicleta bem rápido e por muito tempo, atividades aeróbicas, levantamento de peso?

_____ **dias por semana**

Não realizou atividade físicas vigorosas → **Pule para questão 3**

2. Quanto tempo você gastou fazendo atividades físicas **vigorosas** em um desses dias?

_____ **horas por dia**

_____ **minutos por dia**

Não sabe/ não tem certeza

3. Durante os **últimos 7 dias**, quantas vezes você fez atividades físicas **moderadas**, como: carregar pesos leves, andar de bicicleta com velocidade normal, tênis? Não inclua caminhada.

_____ **dias por semana**

Não realizou atividade física moderada → **Pule para a questão 5**

4. Quanto tempo você gastou fazendo atividades físicas **moderadas** em um desses dias?

_____ **horas por dia**

_____ **minutos por dia**

Não sabe/ não tem certeza

5. Durante os **últimos 7 dias**, quantos dias você **andou** por pelo menos 10 minutos?

_____ **dias por semana**

6. Quanto tempo você gastou **caminhando** em um desses dias?

_____ **horas por dia**

_____ **minutos por dia**

Não sabe/ não tem certeza

7. Durante os **últimos 7 dias**, quanto tempo você gastou **sentado** em um desses dias?

_____ **horas por dia**

_____ **minutos por dia**


Não sabe/ não tem certeza


7.3 PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE EMERGÊNCIA EM UNIDADES DE REFERÊNCIA DE RIO BRANCO-ACRE.
Pesquisador Responsável: Quirina Ribeiro da Silva Monteiro
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 59233516.1.0000.5009
Submetido em: 25/06/2017
Instituição Proponente: Universidade Federal do Acre- UFAC
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Universidade Federal do Acre- UFAC



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_757969

- DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 2 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Pendência Documental (PO) - Versão 2 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Currículo dos Assistentes ↳ Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> ↳ Comprovante de Recepção - Submissão 5 ↳ Folha de Rosto - Submissão 5 ↳ Informações Básicas do Projeto - Submissão 5 ↳ Orçamento - Submissão 5 ↳ Outros - Submissão 5 ↳ Projeto Detalhado / Brochura Investigação - Submissão 5 ↳ TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa - Submissão 5 ↳ Apreciação 5 - Hospital das Clínicas do Acre - Submissão 5 ↳ Projeto Completo </div>				