

MAYARA CAROLINE RIBEIRO ANTONIO

**A IDENTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS NA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE
MATO GROSSO DO SUL**

CAMPO GRANDE
2014

MAYARA CAROLINE RIBEIRO ANTONIO

**A IDENTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS NA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE
MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como quesito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Contrera

CAMPO GRANDE
2014

ATA DE DEFESA



Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
CPG - Coordenadoria de Pós-Graduação
SIGPOS - Sistema de Gestão de Pós-Graduação



Ata de Defesa de Trabalho de Conclusão de Curso Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado

Aos três dias do mês de junho do ano de dois mil e catorze, às oito horas, na UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelas Professoras: Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido (UFMS), Luciana Contrera Moreno (UFMS), Antonia Regina Ferreira Furegato (USP) para julgar o trabalho da aluna: **MAYARA CAROLINE RIBEIRO ANTONIO**, CPF 38278818894, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "A Identificação dos Sintomas depressivos na Equipe de Enfermagem do serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Mato Grosso do Sul". A presidente da Banca Examinadora, Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido, declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs seu Trabalho de Conclusão de Curso. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, a presidente da Banca Examinadora fez suas considerações como orientadora. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu Parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR

Profa. Dra. Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido

Profa. Dra. Luciana Contrera Moreno

Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato

Prof. Dr. Sebastião Junior Henrique Duarte (Suplente)

ASSINATURA

Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido
Luciana Contrera Moreno
Antonia Regina Ferreira Furegato

AValiação

Aprovado
Aprovado
Aprovado

RESULTADO FINAL:

☒ Aprovação

☐ Aprovação com revisão

☐ Reprovação

OBSERVAÇÕES:

A banca complementa que o trabalho foi bem elaborado cientificamente e possui potencial para outros desenvolvimentos e várias publicações.

Nada mais havendo a ser tratado, a Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido
Orientadora

Mayara Caroline Ribeiro Antonio
Aluna

Dedico este trabalho aos profissionais de enfermagem do SAMU da Macrorregião de Mato Grosso do Sul, por anularem a si próprios em função do cuidado com o próximo. A vocês, minha eterna admiração e respeito.

Aos meus pais Luci Mara e Paulo, ao Domingos e a minha avó Ignê que me amam da maneira mais sublime e me ensinam que a humildade é o caminho para o sucesso. É por vocês que busco sempre fazer o melhor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela misericórdia infinita, pois a cada dia me sustentou e me concedeu o espírito de sabedoria e discernimento e, em meio às tempestades, mostrou-me quão grande é o seu amor por mim.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido que me acompanha desde a graduação. Agradeço pelos muitos momentos de aprendizado, pela confiança em mim depositada, pela amizade e pelo acolhimento. Não tenho palavras para expressar o quanto lhe devo.

À minha coorientadora, Prof.^a Dr.^a Luciana Contrera, por ter me acolhido em meio às dificuldades, aceitando caminhar conosco neste trabalho e, acima de tudo, por todo carinho e amizade que construímos.

Ao meu irmão, Matheus, você é exemplo de garra e determinação em busca de seus sonhos. Tatão, muito obrigada pelo apoio e amor que sempre me deu.

À minha família como um todo (Tia Sueli, Tio César, Tia Lúcia, Mariana, Gabriela, Fernando, Flávia, Fabiano), pelas orações, pelos momentos de alegria, pela compreensão e por ser a base sólida de amor e segurança. Onde quer que eu vá, levarei vocês em meu coração e a saudade sempre me fará voltar para casa.

Ao Miguel, que há dois anos me faz transbordar de amor toda vez que me chama de “dinda”.

Ao meu namorado, Gabriel, pelo amor. Dizem que quem tem amor na vida, tem sorte. Eu tenho muita e agradeço à Deus todos os dias por ter você em minha vida, seu amor me completa e juntos iremos mais longe.

À Cristina e ao Plínio, por todo incentivo e apoio durante meu processo de crescimento pessoal e profissional.

À Prof.^a Dr.^a Andréa Sanchez, antes de tudo, pela amiga que é, por ter me inserido no mundo da pesquisa através da iniciação científica durante a graduação e pela alegria compartilhada diante das minhas conquistas.

Às minhas amigas de longa data, Giovana, Laura, Mariana e Tuani que fazem dos reencontros, momentos de muita alegria.

À amiga Olivia, por fazer parte da minha trajetória. Obrigada pelos momentos de oração e apoio mútuo, tenho certeza que vencemos muitas batalhas através da nossa fé.

Às amigas e companheiras do mestrado, pelas boas conversas, alegria, presença verdadeira, provocações importantes, parcerias significativas, trocas de experiências, enfim, pelos momentos, oportunidades e desafios que experimentamos juntas. Sempre terei muita honra em dizer que somos a primeira turma do mestrado em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Nós fizemos história!

À amiga Mercy, por toda disponibilidade, atenção, exemplo e carinho de mãe. Agradeço a Deus por ter me dado você para ser minha amiga e companheira. Nossa amizade é para vida toda.

À amiga Isabela, por me acolher sempre de braços abertos e ter feito de sua casa lugar de alegria e aconchego.

À Prof.^a Dr.^a Graça, por ter aceitado a tarefa árdua de estar à frente do Mestrado através da coordenação. Obrigada pelo amor e empenho dedicados a nós e ao curso. Tenha certeza de que isso foi fundamental para a realização deste sonho.

Ao caro Josenildo, por toda paciência, estímulo e presteza em atender minhas demandas durante o curso, tenho consciência de que não foram poucas. Muito obrigada pela colaboração.

À Prof.^a Dr.^a Elenir Rose Jardim Cury Pontes, por todas as contribuições que enriqueceram este trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo financiamento deste projeto.

À Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, que desde a graduação tem me possibilitado novos horizontes. Sinto muito orgulho em ser filha desta instituição.

*“Já sei olhar o rio por onde a vida passa, sem me
precipitar, e nem perder a hora.
Escuto no silêncio que há em mim e basta, outro
tempo começou pra mim agora”*

(Ana Carolina)

RESUMO

ANTONIO, M. C. R. **A identificação dos sintomas depressivos na equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência de Mato Grosso do Sul**. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.

Há uma crescente discussão na comunidade científica sobre os transtornos mentais, em especial, acerca da depressão, devido ao fato dela estar relacionada como uma das principais causas de sobrecarga mental e incapacitação das atividades diárias na população em geral e em grupos específicos, sendo considerada como o mal do século e podendo atingir o topo das doenças mentais até 2020. Sabe-se que o trabalho e o ambiente no qual ele se desenvolve podem favorecer o aparecimento de doenças físicas e psíquicas. Os profissionais da área da saúde encontram-se mais vulneráveis à isso, principalmente quando exercem suas atividades em áreas e serviços específicos, como no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Assim, partindo do pressuposto de que as condições e o ambiente de trabalho influenciam significativamente na saúde do trabalhador e que a evolução dos transtornos mentais ocorre de forma gradativa, é imprescindível que os profissionais da equipe de enfermagem, que atuam no SAMU, devam ter sua saúde preservada, por meio de acompanhamento periódico de seu estado de saúde físico e mental. Com isso, o objetivo geral do estudo foi identificar a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão em profissionais de enfermagem de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência de uma Região Central do Brasil. Os objetivos específicos foram relacionar as características sociodemográficas e profissionais com a sintomatologia de depressão e relacionar a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão com as alterações de saúde dos profissionais. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa dos dados, realizado entre julho e outubro de 2013, nos SAMUs da Macrorregião do estado de Mato Grosso do Sul. A população foi composta por 41 profissionais de enfermagem em Campo Grande (13 enfermeiros, 27 técnicos e 1 auxiliar de enfermagem); 14 em Três Lagoas (sete enfermeiros e sete técnicos); 11 em Dourados (4 enfermeiros, 5 técnicos e 2 auxiliares) e 19 em Corumbá (8 enfermeiros, 10 técnicos e 1 auxiliar). Os critérios de inclusão foram ser profissionais do quadro efetivo do serviço e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressalta-se que não houve nenhuma recusa em participar da pesquisa. Os trabalhadores que estavam afastados, em período de férias e/ou licença no momento da coleta de dados, foram excluídos. O projeto foi

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o parecer nº. 282.196/2013. Para a coleta dos dados, aplicou-se o Inventário de Depressão de Beck, que identifica os sintomas sugestivos de depressão e um formulário adaptado para registrar as características sociodemográficas, profissionais e de saúde. A análise dos dados constou de: análise descritiva dos dados e dicotomização dos participantes em dois grupos (I: com sintomatologia de depressão e II: sem sintomatologia sugestiva de depressão). Utilizou-se os testes Qui-quadrado, Qui-quadrado de tendência e Teste Exato de Fisher, e foram calculadas as razões de prevalência, com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Para as variáveis que influenciaram nos quadros de depressão, aplicou-se a Regressão de Cox. Dos 94 profissionais, 85 participaram do estudo, sendo que 48,2% estavam lotados no município de Campo Grande; 55,3% eram do sexo feminino e casados; 56,5% tinham idade menor ou igual a 35 anos; 51,8% ganhavam o equivalente a três salários ou menos; 67,0% moravam em imóvel próprio com a família; 57,7% eram técnicos de enfermagem; 49,4% trabalhavam na área a menos de dez anos; 74,1% trabalhavam no SAMU a menos de cinco anos; dos 37,6% de profissionais de nível superior (enfermeiros), 81,3% possuíam pós-graduação em nível de especialização; 56,5% não estavam estudando no momento da coleta de dados; 45,9% trabalhavam em período integral; 80,0% em período noturno; 72,9% possuíam somente um vínculo empregatício; 44,7% trabalhavam entre nove e dezesseis horas por dia; 78,8% dormiam de quatro a oito horas por noite e 94,1% possuíam veículo próprio para se locomover até o trabalho. A prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão encontrada foi de 11,8%. Devido às características do trabalho em urgência e emergência é fundamental que o profissional tenha sua saúde física e mental preservada, através de acompanhamento periódico e de condições de trabalho, independente de sua atividade, em conformidade com a legislação de proteção ao trabalhador. Evidencia-se a necessidade de melhoria das condições de trabalho, de adoção de estratégias de enfrentamento e de medidas de prevenção, tendo em vista os sintomas assinalados no Inventário de Depressão de Beck com alto percentual para irritabilidade (65,9%), fadiga (64,7%), preocupação somática com o estado de saúde (43,5%), falta de satisfação (40,0%) e distúrbio do sono (62,3%). Relacionando as alterações de saúde com os sintomas sugestivos de depressão, houve associação significativa entre as variáveis, pois encontrou-se prevalência de sintomas sugestivos de depressão quatro vezes maior nos trabalhadores portadores de transtorno mental, em comparação aos não portadores deste tipo de doença. Conclui-se que, os profissionais que apresentaram escores para a sintomatologia sugestiva de depressão (11,8%) também mostraram alta porcentagem de sintomas depressivos assinalados no IDB e associação significativa com a prevalência de sintomatologia sugestiva

de depressão e transtorno mental, além de outras doenças relacionadas. Sugere-se que é fundamental que ocorra a integração das políticas de Saúde Mental e Saúde do Trabalhador na perspectiva da compreensão de que o processo saúde-doença pode incidir no ambiente ocupacional.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica. Equipe de Enfermagem. Saúde do Trabalhador. Serviços Médicos de Emergência. Transtornos Mentais.

ABSTRACT

ANTONY, M. C. R. **The identification of depressive symptoms in the nursing staff of the mobile call the emergency service of Mato Grosso do Sul.** 104 f. Dissertation (Master's in Nursing)- Federal University of Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.

There is an ongoing debate in the scientific community about mental disorders, especially about depression, due to it being listed as one of the leading causes of mental overload and impairment of daily activities in the general population and specific groups actually being considered evil of the century and reaching the top of mental illnesses until 2020. It is known that the labor and the environment in which it develops can promote the emergence of physical and psychological illnesses. The health professionals are more vulnerable to it, especially when they carry out their activities in specific areas and services, such as Mobile Medical Service (SAMU). Thus, assuming that the conditions and the work environment significantly influence the health of workers and the development of mental disorders occurs gradually, it is essential that professional nursing team, who work in the SAMU, should have their health preserved through periodic state of the physical and mental health monitoring. The general objective of the study was to identify the prevalence of symptoms suggestive of depression among nursing Services Mobile Emergency Care of a Central Region of Brazil. The specific objectives were to relate sociodemographic and professional characteristics to the symptoms of depression and to relate the prevalence of symptoms suggestive of depression and changes in health professionals. This is an epidemiological, descriptive cross-sectional study with a quantitative approach to the data, carried out between July and October 2013, in SAMUs Macro-region of the state of Mato Grosso do Sul's population was composed of 41 nurses in Campo Grande (13 nurses, 27 technicians and 1 assistant nurse); 14 in Três Lagoas (7 nurses and 7 technicians); 11 in Dourados (4 nurses, 2 technicians and 5 assistants) and 19 in Corumbá (8 nurses, 10 technicians and 1 assistant). Inclusion criteria Professional headcount service were to be accepted and participate in the study by signing the consent form. Assure that there was no refusal to participate. Workers who were away on vacation and / or license at the time of data collection were excluded. The project was approved by the Ethics Committee in Research of the Federal University of Mato Grosso do Sul in the opinion paragraph. 282.196/2013. For data collection, we used the Beck Depression Inventory, which identifies symptoms suggestive of depression and one adapted to record sociodemographic, health professionals and form features. Data analysis consisted of: descriptive data analysis

and dichotomizing participants into two groups (I with symptoms of depression and II no symptoms suggestive of depression). We used the chi-square test, Chi-square test for trend and Fisher's exact test, and were calculated prevalence ratios, with confidence intervals of 95%. For variables that influenced in depression, we applied the Cox Regression Of the 94 professionals, 85 participated in the study, of which 48.2% were crowded in Campo Grande; 55.3% were female and married sex; 56.5% were aged less than or equal to 35 years; 51.8% earned wages equivalent to three or less; 67.0% lived in their own property with the family; 57.7% were nursing technicians; 49.4% worked in the field less than ten years; 74.1% worked in the SAMU less than five years; of 37.6% for top-level professionals (nurses), 81.3% had post-graduate level specialization; 56.5% were not studying at the time of data collection; 45.9% worked full-time; 80.0% in night; 72.9% had only one job; 44.7% worked between nine and sixteen hours a day; 78.8% slept four to eight hours per night and 94.1% had own vehicle to commute to work. The prevalence of symptoms suggestive of depression was 11.8%. Due to the characteristics of work in emergency care is crucial that health professionals have their physical and mental health preserved through regular monitoring and working conditions, regardless of their activity, in accordance with the rules of worker protection. Highlights the need for improvement of working conditions, the adoption of coping strategies and prevention measures, in view of the symptoms reported in Beck Depression Inventory with high percentage to irritability (65.9%), fatigue (64.7%), somatic preoccupation with health (43.5%), lack of satisfaction (40.0%) and sleep disturbance (62.3%). Relating changes in health with symptoms suggestive of depression, there was a significant association between the variables since met four times higher prevalence of symptoms suggestive of depression among workers with mental disorders, compared to non-carriers of this type of disease. We conclude that, professionals who had scores for symptoms suggestive of depression (11.8%) also showed high percentage of depressive symptoms reported in IDB and significant association with the prevalence of symptoms suggestive of depression and mental illness, and other related diseases. It is suggested that it is critical that the integration of mental health policies and Occupational Health in the perspective of understanding the health-disease process can focus on workplace occurs.

Keywords: Psychiatric Nursing. Nursing team. Occupational Health. Emergency Medical Services. Mental Disorders.

RESUMEN

ANTONIO, M. C. R. **La identificación de los síntomas depresivos en el personal de enfermería de la llamada móvil el servicio de emergencia de Mato Grosso do Sul.** 104 f. Tesis (Maestría en Enfermería), Universidad Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.

Hay una creciente discusión de la comunidad científica acerca de los trastornos mentales, especialmente la depresión, debido a que está catalogado como una de las principales causas de la sobrecarga mental y el deterioro de las actividades diarias de la población general y grupos específicos de hecho ser considerado el mal del siglo, y llegar a la cima de las enfermedades mentales hasta el año 2020. Conocido a por el trabajo y el medio ambiente en que se desarrolla puede favorecer la aparición de enfermedades físicas y psicológicas. Los profesionales de la salud son más vulnerables a ella, especialmente cuando llevan a cabo sus actividades en las áreas y servicios específicos, tales como el Servicio Médico Móvil (SAMU). Por lo tanto, en el supuesto de que las condiciones y el ambiente de trabajo influyen significativamente en la salud de los trabajadores y el desarrollo de los trastornos mentales se produce gradualmente, es esencial que el equipo profesional de la enfermería, que trabajan en el SAMU, debe tener su salud preservado a través del estado periódico de la vigilancia de la salud física y mental. Por lo tanto, el objetivo general del estudio fue identificar la prevalencia de síntomas indicativos de depresión entre los Servicios de Enfermería Atención Móvil de Urgencia de la Región Central de Brasil. Los objetivos específicos fueron relacionar las características sociodemográficas y profesionales a los síntomas de la depresión y de relacionar la prevalencia de síntomas indicativos de depresión y los cambios en los profesionales sanitarios. Se trata de un estudio epidemiológico, transversal y descriptivo, con enfoque cuantitativo de los datos, llevado a cabo entre julio y octubre de 2013, en el SAMU Macro-región del estado de Mato Grosso do Sul la población estaba compuesta por 41 enfermeros en Campo Grande (13 enfermeros, 27 técnicos y 1 auxiliar de enfermería); 14 en Três Lagoas (siete enfermeros y siete técnicos); 11 en Dourados (4 enfermeros, 2 técnicos y 5 asistentes) y 19 en Corumbá (8 enfermeros, 10 técnicos y 1 asistente). Los criterios de inclusión de servicios plantilla profesional iban a ser aceptados y participar en el estudio mediante la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Ressalta y no hubo negativa a participar. Se excluyeron los trabajadores que se encontraban fuera de vacaciones y / o licencia en el momento de la recogida de datos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul, en el párrafo de

opinión 282.196/2013. Para la recolección de datos se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, que identifica los síntomas que sugieran una depresión y una de ellas adaptada para grabar, profesionales de la salud y las características sociodemográficas de formulario. Análisis de los datos consistió en: análisis descriptivo de los datos y los participantes la dicotomización en dos grupos (I con síntomas de depresión y II no hay síntomas que sugieran una depresión). Se utilizó la prueba de chi-cuadrado, prueba de Chi-cuadrado para la tendencia y la prueba exacta de Fisher, y se calcularon las razones de prevalencia, con intervalos de confianza de 95%. Para las variables que influyeron en la depresión, se aplicó la regresión de Cox. De los 94 profesionales, 85 participaron en el estudio, de los cuales 48,2% estaban llenas en Campo Grande; 55,3% eran del sexo femenino y se casó; 56,5% eran menores que o igual a 35 años; 51,8% de los salarios equivalentes a tres o menos se ganó; 67,0% vivía en su propiedad con la familia; 57,7% era amamantando técnicos; 49,4% trabajaba en el campo menos de diez años; 74,1% trabajaba en los SAMU menos de cinco años; del 37,6% para los profesionales de nivel superior (enfermeras), el 81,3% tenían la especialización a nivel de postgrado; 56,5% no estaban estudiando en el momento de la recogida de datos; 45,9% trabajaba a tiempo completo; 80,0% en la noche; 72,9% tenían sólo un empleo; 44,7% trabajó entre nueve y dieciséis horas al día; 78,8% dormido cuatro a ocho horas por noche y 94,1% tienen vehículo propio para ir al trabajo. La prevalencia de síntomas indicativos de depresión fue del 11,8%. Debido a las características del trabajo en la atención de emergencia es crucial que los profesionales de la salud tienen su salud física y mental conservada a través del monitoreo regular y las condiciones de trabajo, independientemente de su actividad, de conformidad con la normativa de protección de los trabajadores. Destaca la necesidad de mejora de las condiciones de trabajo, la adopción de estrategias y medidas de prevención para hacer frente, en vista de los síntomas reportados en el Inventario de Depresión de Beck con alto porcentaje a la irritabilidad (65,9%), fatiga (64,7%), preocupación somática con la salud (43,5%), la falta de satisfacción (40,0%) y los trastornos del sueño (62,3%). Relacionar los cambios en la salud con síntomas sugestivos de depresión, hubo una asociación significativa entre las variables ya que se reunió cuatro veces mayor prevalencia de síntomas indicativos de depresión entre los trabajadores con trastornos mentales, en comparación con los no portadores de este tipo de enfermedades. Llegamos a la conclusión de que, los profesionales que tenían puntuaciones de síntomas indicativos de depresión (11,8%) también mostraron un alto porcentaje de los síntomas depresivos se informa en el BID y asociación significativa con la prevalencia de síntomas sugestivos de la depresión y la enfermedad mental, y otra enfermedades relacionadas. Se sugiere que es fundamental que la

integración de las políticas de salud mental y salud en el trabajo en la perspectiva de la comprensión del proceso salud-enfermedad puede centrarse en el lugar de trabajo se produce.

Palabras clave: Enfermería Psiquiátrica. El equipo de enfermería. Salud Ocupacional. Servicios Médicos de Emergencia. Trastornos Mentales.

LISTA DE ABREVIATURAS

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

CCT – Center for Cognitive Therapy

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos

CID – 10 – Classificação Internacional das Doenças

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CRM – Central de Regulação Médica

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho

IDB – Inventário de Depressão de Beck

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SPNORT – Síndromes Psiquiátricas Não-Orgânicas Relacionadas ao Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

TARM – Técnico Auxiliar em Regulação Médica

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMS- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

VIR – Viatura de Intervenção Rápida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA.....	18
1.1 Saúde mental e saúde do trabalhador: políticas e conferências.....	20
1.2 Depressão e Inventário de Depressão de Beck (IDB).....	22
1.3 Contexto do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Brasil e na macrorregião do estado de Mato Grosso do Sul.....	25
2 OBJETIVOS.....	30
2.1 Objetivo geral.....	30
2.2 Objetivos específicos.....	30
3 METODOLOGIA.....	31
3.1 Delineamento.....	31
3.1.1 Desenho do estudo.....	31
3.2 Organismo/área.....	31
3.2.1 População.....	33
3.3 Procedimentos específicos.....	33
3.3.1 Considerações éticas.....	33
3.3.2 Instrumentos de coleta de dados.....	33
3.3.3 Procedimentos para a coleta de dados.....	35
3.4 Análise dos dados.....	36
4 RESULTADOS.....	37
4.1 Artigo I.....	38
4.2 Artigo II.....	56
5 CONCLUSÃO FINAL.....	70
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE.....	83
ANEXOS.....	89

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

O interesse da comunidade científica pelos transtornos mentais, bem como seus fatores desencadeantes, tais como diagnóstico, tratamento e pesquisas, vêm aumentando significativamente nos últimos anos. Estudos destacam que, a depressão está relacionada como uma das principais causas de sobrecarga mental e incapacitação das atividades diárias na população em geral e em populações específicas, sendo considerada como o mal do século pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e podendo atingir o topo das doenças mentais até 2020 (SOARES, 1999; SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003; FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2008; PARANHOS; WERLANG, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Nardi e Ramminger (2012) afirmaram que a temática saúde e trabalho são indissociáveis, desde a teoria até o ponto de conhecimento científico e intervenção. Isso fundamenta que o desafio está em integrar as áreas de Saúde Mental e Trabalho, para compreender os objetivos dos seus saberes e romperem as barreiras políticas.

A literatura identifica correlações entre a realização de tarefas e doenças psíquicas, especificamente, a depressão. Os profissionais de saúde são diretamente afetados por conviverem e trabalharem com situações traumáticas e os sentimentos envolvidos nelas, a saber: medo, frustração e a insegurança de nem sempre obterem resultados satisfatórios à sua conduta profissional. Outros fatores desencadeantes de transtornos psíquicos são o trabalho em turnos e a existência de mais de um vínculo empregatício (DALRI; ROBAZZI; SILVA, 2010; VARGAS; DIAS, 2011; MARTINS *et al.*, 2013).

No trabalho da equipe de enfermagem, constituída por auxiliares e técnicos de enfermagem e por enfermeiros, nota-se claramente a exposição a esses fatores que representam riscos à saúde desses trabalhadores. Manetti, Marziale e Robazi (2008), evidenciaram que as doenças mais frequentes entre esses profissionais são as do sistema osteo-molecular e do tecido conjuntivo, transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema respiratório e circulatório, lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas.

Neste contexto, os profissionais da enfermagem que atuam nos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), mais especificamente no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), também estão susceptíveis às doenças ocupacionais, na medida em que devem realizar um trabalho integrado, capaz de atender à diversos atributos, tais como como destreza, agilidade, conhecimento teórico e prático, preparo físico, autocontrole e equilíbrio

emocional, a fim de que se obtenha um bom desempenho profissional em relação à assistência prestada (STUMM *et al.*, 2009).

No entanto, mesmo sendo evidente que a produção do trabalho em saúde possa gerar desgaste físico e mental, em especial quando desenvolvido em áreas específicas como a urgência e emergência, a predominância que ainda observa-se do modelo biologicista, que reconhece a presença da doença quando ela já está concretamente marcada, tem dificultado o reconhecimento de doenças ocupacionais, principalmente àquelas de ordem psíquica, como é o caso da depressão. Nos dias atuais, a depressão é um transtorno comumente encontrado e causa grande impacto sobre o bem estar e as atividades diárias das pessoas, por isso, merece ser estudada com mais afinco (AZAMBUJA *et al.*, 2010; SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Diversos estudos comprovam a preocupação com as consequências que a depressão pode acarretar quando associada à outros fatores, como a ansiedade aumentada, o estresse e aspectos de esgotamento profissional ou Síndrome de Burnout. Ressalta-se que, são esses os fatores que contribuem para o aparecimento da depressão. Contudo, percebe-se que, ao tratar a depressão e sua sintomatologia como objeto central das investigações, os relatos aparecem com menor assiduidade (FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005; ROMANZINI; BOCK, 2010; FERNANDES *et al.*, 2012; INOUE *et al.*, 2013; SCHMIDT *et al.*, 2013).

Desse modo, parte-se do pressuposto de que as condições e o ambiente de trabalho influenciam significativamente na saúde do trabalhador e que a evolução dos transtornos mentais ocorre de forma gradativa. É imprescindível que os profissionais da equipe de enfermagem que atuam no SAMU, devam ter sua saúde preservada, por meio de acompanhamento periódico de seu estado de saúde físico e mental. Além disso, considerando a complexidade e dinamicidade do trabalho em situações de urgência e emergência, a qualidade da assistência prestada aos usuários também relaciona-se com o estado de saúde do profissional (MARTINS; VIEIRA; MORAIS, 2011; MENDES *et al.*, 2013).

Com isso, a relevância deste estudo encontra-se no fato de que esse trabalhador deve ser visto como sujeito passível de cuidado, que merece atenção nas suas dimensões subjetivas e objetivas, para que, ao perceberem qualquer alteração em sua saúde, o serviço esteja preparado para adotar estratégias de prevenção e de tratamento no enfrentamento das doenças ocupacionais. Isso permite que o profissional, no exercício da enfermagem, consiga ajustar-se à realidade do trabalho minimizando a fonte de sofrimento e auxiliando na realização de um

cuidado mais eficaz para a população (CAMPOS; FARIAS; RAMOS, 2009; SANTANA et al.; 2012b).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi identificar a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão nos profissionais da equipe de enfermagem do SAMU.

1.1 Saúde mental e saúde do trabalhador: políticas e conferências

A aprovação da proposta da Lei nº 10.216, em 2001, foi um marco na mudança de paradigma do modelo assistencial em saúde mental. Além de redirecionar a assistência prestada aos portadores de transtornos mentais, visa também à proteção de seus direitos, enquanto cidadãos, e sua inserção na família e comunidade (BRASIL, 2001b).

Tratando-se do direito dos trabalhadores, a Política Nacional de Segurança e Saúde dos Trabalhadores busca garantir que o trabalho seja executado em condições apropriadas e que não traga prejuízos à saúde dos indivíduos, em relação à atenção integral da saúde física e mental. De maneira geral, a implementação dessa política objetivou a superação da fragmentação e desarticulação das políticas econômicas e sociais na saúde (BRASIL, 2004).

A discussão da saúde mental dos trabalhadores foi intensificada, uma vez que o ambiente de trabalho pode gerar situações negativas, capazes de favorecerem o aparecimento de doenças psíquicas (MANETTI; MARZIALE, 2007). Dentre os profissionais mais susceptíveis a esses problemas estão os da área da saúde, que nesta pesquisa são representados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como pelos enfermeiros que exercem suas atividades no cenário do SAMU.

Vale ressaltar que, a ocorrência das Conferências Nacionais de Saúde Mental e Saúde do Trabalhador demonstra a relevância dessa reflexão.

Enquanto tema, a Saúde Mental esteve presente nas duas Conferências de Saúde do Trabalhador, mesmo que de forma distinta e voltada ao trabalho na iniciativa privada. A I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em 1986, contribuiu para a elaboração da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Na II Conferência, a inserção de membros das universidades favoreceu a ampliação da discussão da saúde mental dos trabalhadores e a possibilidade das alterações psíquicas serem reconhecidas como doenças profissionais. Por fim, na III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, o principal eixo de reflexão foi o assédio moral no trabalho (BRASIL, 1986; BRASIL, 1994; RAMMINGER; NARDI, 2007; NARDI; RAMMINGER, 2012).

De maneira mais significativa, a Saúde do Trabalhador foi tratada como objeto das Conferências Nacionais de Saúde Mental, ganhando espaço importante na legislação brasileira. Em 1987, na I Conferência Nacional de Saúde Mental, o foco estava na desinstitucionalização e nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A II Conferência, deu-se em 1992, com a priorização da organização do trabalho e a necessidade de formação de profissionais capazes de atuarem no novo modelo de assistência em saúde mental. E, em 2001, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que merece ser destacada pois defendeu a elaboração de uma política de recursos humanos para a Saúde Mental e pontuou especificamente a preocupação da saúde mental do trabalhador da área da saúde (BRASIL, 1987; BRASIL, 1993; BRASIL, 2001a; RAMMINGER; NARDI, 2007; NARDI; RAMMINGER, 2012).

Em consonância com essas reflexões e, a partir do reconhecimento e da incorporação do trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, a Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. A finalidade dessa política é definir que as estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) estejam de acordo com o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, enfatizando a vigilância, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização urbana ou rural, além da redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, reforçando o que já estava previsto no artigo 6º da Lei nº 8.080/1990, desde a criação do SUS. (BRASIL, 2012).

De maneira geral, na área da saúde, a enfermagem representa um campo importante, pois permeia toda a trajetória de evolução das políticas na integração das áreas de saúde mental e trabalho. Por isso, é necessário que a equipe de enfermagem esteja atenta aos processos de construção das políticas públicas de saúde. Deve ser compreendido que o objetivo é definir os direitos, tanto dos profissionais quanto dos usuários, e a forma de viabilizá-los, assegurando que o reconhecimento da análise do processo saúde-doença seja executado dentro do contexto no qual ele ocorre e o direito de cidadania de todo trabalhador (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011).

Assim, tendo em vista que toda a política contribui para uma transformação, a efetivação da indissociabilidade da Saúde Mental dos trabalhadores reflete na consolidação de esforços que visam a diminuição do adoecimento, relacionado às atividades laborais.

1.2 Depressão e Inventário de Depressão de Beck (IDB)

As implicações do termo depressão é o ponto de partida de maiores reflexões acerca das suas consequências. Embora, na linguagem corrente, a depressão seja comumente caracterizada pela proeminência de sentimentos de tristeza, sua conceituação pode abordar aspectos bem mais amplos e complexos. Porto (1999) buscou rever o conceito de depressão e as características contemporâneas dos estados depressivos e seus diferentes subtipos, apontando os significados do termo enquanto sintoma, síndrome e doença. O sintoma pode aparecer associado a vários quadros clínicos. A síndrome está relacionada com as alterações do humor, também acompanhadas das alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Enquanto doença, a depressão pode ser classificada de diversas maneiras, dependendo sempre do período histórico que ela acontece, de quem a define e do ponto de vista adotado.

De acordo com a nomenclatura da Classificação Internacional das Doenças, em sua décima versão (CID-10), o grau de depressão pode ser considerado leve, moderado ou grave e, independentemente do grau, o paciente apresenta tipicamente um rebaixamento do humor, redução de energia e diminuição da capacidade de realizar atividades que possam lhe trazer prazer, além da alteração da capacidade de se concentrar, refletindo na fadigabilidade aumentada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Ao observar a depressão e sua sintomatologia dentro do ambiente ocupacional, aponta-se que ela está vinculada como um dos principais transtornos mentais encontrados nas Síndromes Psiquiátricas Não-Orgânicas Relacionadas ao Trabalho (SPNORT), podendo se manifestar por meio das alterações somáticas e relacionar-se com os acidentes de trabalho e as taxas de absenteísmo (CAMARGO; CAETANO, 2010).

Nesse sentido, tendo como foco os profissionais de saúde, Manetti e Marziale (2007), identificaram quais são os fatores associados à depressão relacionada ao trabalho da equipe de enfermagem. Perceberam que existem dois tipos de fatores que podem acarretar o desenvolvimento da depressão: os fatores internos, como a organização e as condições de trabalho, e as relações sociais; e os fatores externos, como as características sociodemográficas, profissionais e individuais, além do apoio familiar diante das situações complexas.

Ainda, pode-se considerar que os setores de atuação profissional, o excesso de trabalho, a autonomia na execução das tarefas, a insegurança, o conflito de interesses e as estratégias de enfrentamento adotadas pelos trabalhadores também integram o grupo de fatores internos. Quanto ao grupo de fatores externos estão a carga de trabalho doméstico e o

estado de saúde geral do indivíduo (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009; SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011).

Outro dado significativo foi o relacionado aos transtornos mentais e comportamentais dentre os trabalhadores das pesquisas analisadas, constituindo-se na segunda causa da demanda de atenção prestada pelo serviço de Medicina do Trabalho. Isso corrobora com o entendimento de que o aumento dessa demanda gera custos elevados no planejamento do setor saúde, tendo em vista o crescimento da taxa do absenteísmo. Os profissionais da saúde apresentam altas proporções de licença saúde e dias não trabalhados, frequentemente motivados por desordens de origem psíquica. Por isso, torna-se necessária a promoção da saúde mental ocupacional, por meio de condições que visem o bem-estar e condições de trabalho adequadas (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; SAAVEDRA; MÜHLENBROCK, 2009; SALA *et al.*, 2009; SPREEUWERS; STRIKWERDA; WEEL, 2012).

No Canadá, o elevado índice de absenteísmo entre os profissionais de enfermagem diretamente ligado ao ambiente de trabalho cada vez mais estressante, tem repercutido negativamente na qualidade da assistência prestada. Rajbhandary e Basu (2010) afirmaram que essa questão constitui-se um ciclo vicioso, pois à medida em que aumenta-se a proporção de afastamento e licença saúde, aumenta-se também a carga de trabalho para a equipe que está com déficit de profissionais, o que resulta em novos afastamentos. Desse modo, a promoção de condições de trabalho adequadas na área da saúde tem sido prioridade, objetivando a permanência de profissionais da equipe de enfermagem que já possuem experiência e estimulando o ingresso de novos recrutas na profissão.

No cenário internacional, observou-se a identificação da prevalência de sintomas depressivos em enfermeiras chinesas que atuam em hospitais públicos, Gao *et al.* (2011), concluíram que mais da metade dessas apresentavam sintomas depressivos associados ao ambiente de trabalho e que tal alteração influenciava na maneira e na qualidade das tarefas desenvolvidas. Com isso, recomenda-se que as estratégias de enfrentamento sejam adotadas em âmbito organizacional ao invés de individual, pois os esforços coletivos mostram-se mais eficazes e mais duradouros na melhoria da saúde mental ocupacional (JOLIVET *et al.*, 2010).

A avaliação sistemática dos riscos à saúde e seu gerenciamento no contexto organizacional também foi o objetivo principal de um estudo realizado recentemente no Japão (SAKURAI, 2012). Evidenciou-se a relação dos transtornos mentais com o local de trabalho, destacando que o excesso de trabalho representa um fator de risco significativo dentro do ambiente ocupacional moderno, podendo agravar doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração (BOTTOLI; MORAES; GOLDMEIER, 2009).

A temática da depressão tem despertado grande interesse no meio científico, no entanto, mesmo sendo considerada como uma condição comum, crônica e recorrente, ela ainda é subdiagnosticada e subtratada. Fleck *et al.* (2003) apontaram que cerca de 50% a 60% dos casos de depressão não são diagnosticados pelo médico clínico e nem percebidos pelos demais profissionais de saúde, evidenciando que, por conta disso, vários pacientes não recebem o tratamento apropriado. Ressalta-se que estressores ambientais, déficit cognitivo, disfunções anatômicas, comportamentos inadaptados e conflitos intrapsíquicos constituem-se como os principais fatores de risco para o aparecimento de transtornos mentais, devendo ser identificados pelos profissionais de saúde (MAJ; SARTORIUS, 2005; CHIAVERINI *et al.*, 2011; ESPERIDIÃO *et al.*, 2013; JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013).

Paranhos e Werlang (2009) reconheceram que o diagnóstico das doenças mentais não acompanha a lógica e a objetividade de diagnósticos comuns, e que o maior desafio é realizar o diagnóstico precoce a fim de intervir de maneira preventiva nos sintomas depressivos. É notório que o diagnóstico e o tratamento da depressão não são executados adequadamente ou, simplesmente, não acontecem, e o mais preocupante é que tal fato está relacionado ao despreparo dos profissionais da saúde e do sistema de saúde, em âmbito mundial.

As dificuldades que os profissionais têm em lidar com a área de saúde mental, seja por despreparo ou por resistência ao ter que enfrentarem suas próprias emoções e sentimentos, repercutem negativamente no cuidado ao paciente deprimido (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003).

Essa afirmativa foi testada num estudo desenvolvido por Furegato, Candido e Costa Júnior (2009), que teve como objetivo comparar o conhecimento e as opiniões que os enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde tinham acerca da depressão. Percebeu-se que os profissionais possuem concepções equivocadas em relação à doença. Isso pode implicar não só no diagnóstico errôneo e/ou tardio dos pacientes por eles atendidos mas também no próprio reconhecimento do seu estado de saúde, no que se refere às alterações da saúde mental.

Frente a isso, também há argumentos de que o episódio depressivo e a depressão maior, enquanto epidemia do século XXI, são resultantes da produção de novos conhecimentos e construção de um aparato estatístico e de saúde moderno, que envolve mudanças estruturais e individuais nos serviços de saúde para a identificação dos sintomas depressivos (CHIAVERINI *et al.*, 2011; CAPONI, 2009).

Dentre os diversos esforços para melhoria da precisão do diagnóstico clínico do transtorno depressivo, está a utilização de inventários, como por exemplo, o Inventário de Depressão de Beck (IDB), que ao avaliar a sintomatologia sugestiva de depressão, fornece

subsídios importantes para a tomada de decisão do profissional e também da gerência. Foi desenvolvido por Beck *et al.*, em 1961, exatamente com o intuito de auxiliar no maior direcionamento dos diagnósticos clínicos da doença pelos médicos da época. No Brasil, um estudo com uma amostra de 270 estudantes universitários determinou o perfil dos escores do IDB. Tais achados foram similares aos encontrados em outros cinco países, assim, concluiu-se que seu uso na versão em português era altamente aceitável e recomendado (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996). Em um segundo estudo, o IDB foi validado por estes com base na apresentação da alta consistência interna da versão em português, enfatizando seu uso tanto em populações psiquiátricas como em populações não diagnosticadas (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998).

Desde então, no âmbito nacional, o IDB é vastamente utilizado com objetivos que vão desde o conhecimento dos sintomas depressivos em acadêmicos e residentes de enfermagem e da medicina, até a associação do inventário com o ambiente ocupacional dos trabalhadores da área da saúde, podendo também ser aplicado em conjunto com outros questionários (FUREGATO *et al.*, 2005; FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005; GARRO; CAMILLO; NÓBREGA, 2006; AMARAL *et al.*, 2008; FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2008; CASTRO; TRENTINI; RIBOLDI, 2010; FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2010; RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010; BAPTISTA; CARNEIRO, 2011; LEMOS; BAPTISTA; CARNEIRO, 2011; VARGAS; DIAS, 2011).

A utilização do IDB mostra-se apropriada não somente para populações psiquiátricas mas também para populações não diagnosticadas, como é o caso dos profissionais de enfermagem da equipe do SAMU, avaliados nesta pesquisa. Portanto, a depressão relacionada ao trabalho possui dimensões subjetivas, que muitas vezes passam despercebidas, e a utilização do inventário permite analisar os aspectos que permeiam os sintomas depressivos, contribuindo para o reconhecimento do quadro e para o planejamento e execução de estratégias de intervenção.

1.3 Contexto do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Brasil e na macrorregião do estado de Mato Grosso do Sul

No espaço dos serviços ofertados pelo SUS, a implementação do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) representa um marco na assistência de casos emergenciais, através da democratização da saúde norteadas pelos princípios da universalidade de acesso, integralidade das ações e equidade, que regem o sistema de saúde brasileiro (PAIVA, 2012).

Os fundamentos e as diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, bem como suas normas e critérios de funcionamento estão descritos na Portaria nº 2.048/2002, que estabelece as questões referentes aos recursos técnicos e financeiros da instalação e manutenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nos municípios. Tal portaria foi o ponto de partida para todo o arcabouço jurídico-legal que envolve o APH (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.863, em 2003, considerou o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a todas as urgências, em especial, as doenças do aparelho circulatório e as mortes provocadas por traumas. A sua organização está fundamentada em quatro componentes fundamentais, sendo eles, o componente pré-hospitalar fixo, o componente hospitalar, o componente pré-hospitalar móvel e o componente pós-hospitalar (BRASIL, 2003a; SANCHES; DUARTE; PONTES, 2009; MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

De acordo com O'Dwyer (2010), a política foi proposta como meio de observar o desempenho dos serviços de saúde ofertados pelo SUS e, com isso, poder reavaliar a maneira como a assistência estava sendo realizada, além de trazer em sua formulação os propósitos do financiamento federal e a regionalização da rede de urgências.

Além disso, a criação da PNAU representou uma medida de enfrentamento da insatisfação da população em relação ao atendimento das emergências hospitalares, por isso destaca como determinações a integração dos níveis assistenciais na atenção às urgências, a regulação médica, a capacitação dos profissionais, a assistência centrada no usuário, a regionalização, entre outras (O'DWYER; MATTOS, 2012; O'DWYER; MATTOS, 2013).

Desde então, são vários os avanços ocorridos na área da saúde, mas a evidente necessidade de atualização e superação das fragmentações que ainda ocorrem nas ações e serviços de saúde levou a promulgação da Portaria GM/MS nº 1.600/2011, que reformulou a PNAU e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, com isso, a Portaria GM/MS nº 1.863/2003 foi revogada (BRASIL, 2011).

Em relação aos componentes fundamentais explicitados, a Portaria GM/MS nº 1.864 de 2003 instituiu o componente pré-hospitalar móvel, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Neste nível de atenção, procura-se chegar o mais rápido possível até a vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, independentemente do local no qual ela se encontra, a fim de atendê-la da maneira mais adequada e realizar o transporte a um serviço de saúde devidamente hierarquizado pelo SUS (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2003c).

O SAMU é responsável por prestar atendimento às pessoas em situação de urgência de origem traumática, clínica, cirúrgica, psiquiátrica, gineco-obstétrica e pediátrica. O início do fluxo do atendimento dá-se através do acionamento telefônico pelo número nacional 192. A partir disso, o solicitante do atendimento é colocado em contato com a Central de Regulação Médica (CRM), que acolhe o pedido de socorro, avalia a situação descrita, dá as primeiras orientações e julga qual o melhor recurso a ser utilizado em cada caso. Além disso, o Ministério da Saúde aponta que o SAMU é composto por duas partes, uma representada pela CRM e a outra representada pelas ambulâncias de Suporte Básico e Suporte Avançado à Vida e pelos profissionais oriundos ou não da área da saúde (BRASIL, 2003b; MINAYO; DESLANDES, 2008; PAIVA; OLIVEIRA, 2011; PITTERI; MONTEIRO, 2010; MELLO, 2012).

Dentre os profissionais da área de saúde, estão os médicos reguladores, os médicos intervencionistas, os enfermeiros, os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. O Técnico Auxiliar em Regulação Médica (TARM), o rádio operador e o condutor de veículo de urgência/socorrista compõem o grupo dos profissionais não oriundos da área da saúde. As ambulâncias e suas respectivas modalidades de atendimento estão divididas em Unidade Suporte Básico à Vida (USB), que realizam ações menos complexas, porém que garantem a sobrevivência do paciente, e Unidade de Suporte Avançado à Vida (USA), na qual há a realização de manobras invasivas quando o paciente encontra-se em risco iminente de morte. A quantidade de cada ambulância é definida a partir de base populacional, sendo preconizada que para cada 100.000 a 150.000 habitantes deverá haver um veículo de suporte básico e para cada 400.000 a 450.000 habitantes, uma ambulância de suporte avançado (BRASIL, 2003c; COSTA, 2011; TIPPLE *et al.*, 2013).

A Portaria GM/MS nº1.864/2003 define ainda que devem tripular a USB os seguintes profissionais: um condutor/socorrista e um auxiliar ou técnico de enfermagem. A USA é tripulada por um condutor/socorrista, um enfermeiro e um médico intervencionista. No entanto, em 2011, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou a Resolução nº 375, que dispõe sobre a presença do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situação de risco conhecido ou desconhecido. Em seu parágrafo 1º, preceitua que a assistência de enfermagem em qualquer serviço Pré-Hospitalar, prestado por auxiliares e técnicos de enfermagem, somente poderá ser desenvolvida sob a supervisão direta do enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

Nos dias de hoje, é evidente que o APH vem se destacando e os serviços destinados ao transporte de pacientes são de responsabilidade, quase que exclusivamente do SAMU, do

corpo de Bombeiros e de algumas empresas de caráter privado. Mesmo tendo nascido de uma proposta tímida, o SAMU, que foi instalado em 1989, no município de São Paulo, pelo incentivo do acordo assinado entre o Brasil e a França, denominado "O Projeto Resgate", em dezembro de 2013, completou oficialmente dez anos de implantação em todo território nacional (AVELAR; PAIVA, 2010; RAMOS; SANNA, 2005; SOERENSEN *et al.*, 2009).

Conforme o site do Ministério da Saúde, constatou-se que nos seus 10 anos de existência, o SAMU está inserido em todos os estados brasileiros, alcançando uma cobertura de 72% da população, com 3.041 ambulâncias e 182 Centrais de Regulação Médica que abrangem um total de 2.660 municípios, sendo que destes municípios, 102 são da Região Norte do país; 997 municípios da Região Nordeste; 275 da Região Centro-Oeste; 662 da Região Sudeste e 624 da Região Sul. Consequentemente, a ampliação da cobertura do serviço tem reduzido o número de óbitos, o tempo de internação nos hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce (BLOG DA SAÚDE, 2013).

Diante do que foi apresentado, deduz-se que o cotidiano laboral do SAMU exige que o profissional trabalhe em ritmo acelerado, na medida em que precisa ter um alto grau de conhecimento teórico e prático, capacidade para trabalhar em equipe, domínio cognitivo, destreza motora e resiliência para lidar com fortes emoções. Todo esse clima de pressão e cobrança pode acarretar no aparecimento de sentimentos de tristeza, menor desempenho profissional, desinteresse pelo convívio social e familiar e consequências à saúde desses trabalhadores. De maneira geral, eles lidam constantemente com o risco iminente de morte, em que a complexidade dos cuidados prestados, somada aos fatores pessoais, tem relação frequente com o desencadeamento de sintomas depressivos (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006; SOERENSEN *et al.*, 2009; BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012; FRANÇA *et al.*, 2012; MARTINS; VIEIRA; SANTOS, 2012; SANTANA *et al.*, 2012a; SANTANA *et al.*, 2012b).

O avanço que a implantação do SAMU trouxe pra o setor saúde em todo o território nacional é incontestável, mesmo não tendo ocorrido de maneira uniforme entre as regiões do país. No entanto, com a finalidade de responder a esses avanços, a busca incessante para oferecer um cuidado de excelência, tem propiciado nos últimos anos um aumento do nível de desgaste físico e emocional dos profissionais inseridos no atendimento pré-hospitalar, por isso, é importante que sejam desenvolvidas propostas e ações que enfoquem o "cuidado daqueles que cuidam" (PAIVA, 2012; FRANÇA *et al.*, 2012; SANTANA *et al.*, 2012b).

Por fim, partindo do entendimento que o trabalho é fonte de realização para o ser humano, mas que também pode ser fonte geradora de consequências a sua saúde e que, o

SAMU, no âmbito do SUS, contribui com a integralidade da assistência oferecida aos usuários, diversos estudos tem evidenciado a necessidade de pesquisas que identifiquem as condições oferecidas aos profissionais da saúde para o desenvolvimento do seu trabalho. Isso corrobora a criação de estratégias de enfrentamento, que fundamentem a motivação dos trabalhadores, seu significado, enquanto ser humano e sua necessidade de atualização e capacitação, para garantir, conseqüentemente, a prestação de uma assistência de qualidade (CICONET; MARQUES; LIMA, 2009; DUARTE; LUCENA; MORITA, 2011; FRANÇA *et al.*, 2012; SANTANA *et al.*, 2012b; SILVA *et al.*, 2013).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão em trabalhadores da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de uma Região Central do Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Relacionar as características sociodemográficas e profissionais com a sintomatologia sugestiva de depressão;
- Relacionar a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão com as alterações de saúde dos profissionais.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento

3.1.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa dos dados. Os estudos epidemiológicos são caracterizados pelo “estudo da distribuição e dos determinantes dos eventos ou padrões de saúde em populações definidas” (MEDRONHO, 2011, p.173).

3.2 Organismo/área

O estudo foi realizado durante o período de julho a outubro de 2013, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Serviço Público de Saúde dos Municípios de Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas.

No estado de Mato Grosso do Sul, a implantação do SAMU ocorreu de forma gradativa, sendo o primeiro na capital Campo Grande e, em seguida, nos municípios de Três Lagoas, Dourados e Corumbá.

Segundo o Censo de 2010, em Campo Grande, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE apontou uma população total de 786.797 pessoas. Localiza-se na porção central do estado de Mato Grosso do Sul, com a maior densidade demográfica do estado, com 97,22 habitantes por km². O SAMU foi implantado em 2005 e, atualmente, conta com uma equipe de 220 servidores, entre médicos reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros intervencionistas, técnicos de enfermagem, técnicos auxiliares de regulação médica, operadores de frota, administrativos e motoristas. Em relação à equipe de enfermagem, o serviço é constituído por 13 enfermeiros, 31 técnicos e um auxiliar de enfermagem, totalizando 45 profissionais. A sua frota possui quatro viaturas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e 11 de Unidade de Suporte Básico (USB), e estão situadas em pontos estratégicos da cidade. Possui uma base fixa, na qual encontra-se a Central de Regulação Médica e o setor administrativo, onde é realizado o acolhimento e a triagem classificatória de risco.

Quanto ao município de Três Lagoas, o censo de 2010, apresentou uma população de 101.791 habitantes, no entanto, dados do DATASUS do Ministério da Saúde, em 2012,

mostraram que a população treslagoense é de 105.224 pessoas. Portanto, pode-se considerar a terceira cidade mais populosa de Mato Grosso do Sul, o que condiz com o crescimento acelerado do município, impulsionado nos últimos anos pelo desenvolvimento do setor industrial e comercial. Localizado no extremo leste do estado e, expandindo-se para além do Rio Sucuriú e do distrito de Arapuá ao norte e oeste, respectivamente, o Rio Paraná na divisa com o estado de São Paulo ao leste, e o Rio Verde ao sul, o município encontra-se numa localização geográfica estratégica para o seu desenvolvimento econômico. Seu Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi inaugurado em 29 de junho de 2008. O projeto foi viabilizado com financiamento das três esferas de governo, iniciando suas atividades no mesmo dia e tem como finalidade o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas. O serviço funciona 24 horas por dia e o socorro é feito depois da chamada gratuita, pelo telefone 192, também é responsável pela sua própria regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas. A equipe de enfermagem possui 16 profissionais, sendo que oito são enfermeiros e oito técnicos de enfermagem, e sua frota é composta por duas ambulâncias de suporte básico e uma de suporte avançado.

Dourados exerce grande influência regional e os cenários de desenvolvimento reservam para a cidade uma face privilegiada em sua posição geográfica (Centro Sul de Mato Grosso do Sul), que garante relevante papel central na geopolítica regional. A população douradense, conforme o último censo do ano de 2010, é de 196.035 habitantes, constituindo uma densidade demográfica de 47,97 habitantes por Km² e representando 14% do total de habitantes do estado. O SAMU, implantado em 2008, conta na equipe de enfermagem com 4 enfermeiros, 6 técnicos e 2 auxiliares de enfermagem. Possui base e CRM próprias, duas viaturas de USB, uma viatura de USA e uma viatura de Suporte de Intervenção Rápida (VIR).

Em relação ao município de Corumbá, o SAMU foi implantado em 2011, e a equipe de enfermagem é representada por 10 enfermeiros, 1 auxiliar e 10 técnicos de enfermagem. Trabalham em conjunto com o Corpo de Bombeiros de Corumbá, mas sua regulação médica ainda é feita pelo município de Campo Grande. O prédio exclusivo do SAMU já foi inaugurado, porém, no momento da coleta de dados, os profissionais ainda não estavam instalados, devido a necessidade dos ajustes finais. Enquanto isso, a população de 103.703 habitantes, conta com os serviços de uma viatura de suporte básico e uma de suporte avançado.

3.2.1 População

A população do estudo foi composta por trabalhadores da equipe de enfermagem do SAMU. Em Campo Grande, foram entrevistados 13 enfermeiros, 27 técnicos e 1 auxiliar de enfermagem; em Três Lagoas, 7 enfermeiros e 7 técnicos de enfermagem; em Dourados, 4 enfermeiros, 5 técnicos e 2 auxiliares; e em Corumbá, 8 enfermeiros, 10 técnicos e 1 auxiliar.

Os critérios de inclusão foram: ser profissionais do quadro efetivo do serviço, tendo em vista que no município de Campo Grande havia plantonistas que eram denominados de “eventuais” por não serem concursados especificamente do SAMU; e aceitar participar da pesquisa. Já os trabalhadores que estavam afastados, em período de férias e/ou licença no momento da coleta de dados, foram excluídos.

3.3 Procedimentos específicos

3.3.1 Considerações éticas

Para o envio do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), foi necessário obter as autorizações prévias das 4 cidades objeto deste estudo (**Anexos A, B, C, D**). Posteriormente, o projeto foi aprovado pelo CEP/UFMS sob o parecer nº. 282.196 (**Anexos E, F, G**), seguindo todas as recomendações dispostas na Resolução nº 466/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

3.3.2 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados referentes à detecção de sintomas depressivos, utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck (IDB) – **Anexo H**, que é um dos instrumentos mais utilizados para a detecção dos sintomas depressivos tanto em populações psiquiátricas como em populações não diagnosticadas. Ele foi desenvolvido em 1961, com o propósito de formular uma ferramenta de auxílio que direcionasse os diagnósticos clínicos de depressão para um maior acordo entre os médicos da época. Ao mesmo tempo, esse baixo grau de acordo diagnóstico exigiu que o inventário tivesse um alto nível de confiabilidade e validade (BECK *et al.*, 1961).

No Brasil, um estudo com uma amostra de 270 estudantes universitários determinou o perfil dos escores do IDB. Os achados deste estudo foram similares aos encontrados em outros cinco países, assim, os autores concluíram que seu uso na versão em português era altamente aceitável e recomendado (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

Em um segundo estudo, o IDB foi validado em nosso país com base na apresentação da alta consistência interna da versão em português, enfatizando seu uso tanto em populações psiquiátricas como em populações não diagnosticadas (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998).

O Inventário de Depressão de Beck é um questionário autoaplicável, padronizado, descrito por pesquisadores do Center for Cognitive Therapy (CCT) como medida de autoavaliação de depressão. É reconhecido e utilizado em vários países tanto na pesquisa como na área clínica na população em geral, e em populações específicas (BECK *et al.*, 1961; BECK; STEER; GARBIN, 1988; GORENSTEIN; ANDRADE, 1998; RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010).

O IDB possui 21 itens que se referem a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, sensação de decepção, autoacusação, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Cada item engloba quatro afirmações em graus de intensidade de 0 a 3, podendo a pontuação final variar de 0 até 63 (BECK *et al.*, 1961; GORENSTEIN; ANDRADE, 1998; VARGAS; DIAS, 2011).

Mesmo não tendo caráter diagnóstico, tem sido amplamente aceito por apresentar um bom desempenho na identificação da sintomatologia sugestiva de depressão e embasar o diagnóstico clínico (BAPTISTA; CARNEIRO, 2011).

Os pontos de corte relacionam-se com a natureza da amostra e com os objetivos do estudo. Em população/amostra não diagnosticada, para rastreamento, são adotadas as propriedades psicométricas a seguir: ≤ 15 = normal; 16-20 = disforia / depressão leve; > 20 = depressão (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996; FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005).

Juntamente com o IDB, foi aplicado, também, um formulário para identificação das características sociodemográficas e profissionais (**Apêndice A**), composto por três seções. Identificação de dados pessoais: idade; sexo; estado civil; renda familiar; quantas pessoas dependiam da renda; tipo de moradia e realização de atividades de lazer. Dados profissionais: a categoria profissional; tempo de profissão na área de enfermagem; tempo de profissão no SAMU; ter cursado pós-graduação; se estava estudando no momento da coleta de dados;

número de vínculo empregatício; período de trabalho; carga horária de trabalho diária; quantidade de horas dormidas por noite e se possuíam veículo próprio para se locomoverem até o trabalho. Dados relacionados ao estado de saúde atual do sujeito pesquisado: as alterações de saúde listadas estão categorizadas por sistemas (musculoesquelético; circulatório; respiratório; neurológico e sensorial; digestivo; uro-genital; endócrino e metabólico; transtorno mental; doença dermatológica; presença de tumor; doença no sangue; deficiência congênita e algum outro tipo de doença), além disso, esta seção investigou se o profissional tinha alguma lesão decorrente de acidente e se fazia uso contínuo de qualquer medicação. Vale ressaltar que esta seção foi uma adaptação de uma parte do questionário denominado Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), que se refere ao número atual de doenças apresentadas pelo indivíduo (TUOMI *et al.*, 1997; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009).

3.3.3 Procedimentos para a coleta de dados

Primeiramente, efetuou-se o agendamento das datas da coleta, com visitas de observação organizacional para obtenção e registro de informações sobre a dinâmica e infraestrutura do serviço/condições de trabalho, além da aproximação/apresentação da pesquisadora com os profissionais. Em seguida, estes foram abordados para participarem da pesquisa. Neste momento, os sujeitos receberam informações sobre os objetivos do estudo, o caráter estritamente acadêmico e a sigiliosidade das informações.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – **Anexo I** – foi entregue então para o aceite oficial em participar da pesquisa. Todos os pesquisados receberam uma cópia do TCLE por eles assinado. Destaca-se que não houve recusa de nenhum profissional em participar do estudo (n=85).

Após isso, os participantes também receberam o Inventário de Depressão de Beck e o questionário de características sociodemográficas e perfil biopsicossocial para o preenchimento.

Os instrumentos foram autoaplicados no local de trabalho individualmente dos outros colegas, com a pesquisadora presente, porém sem a sua interferência no modo de preenchimento dos questionários pelos sujeitos.

Sabe-se que o SAMU é um serviço muito dinâmico e, devido às características das ocorrências corria-se o risco de, no momento do preenchimento dos instrumentos, ser necessária a saída do profissional. Por isso, a pesquisadora decidiu aguardar o preenchimento

completo de cada questionário no local. Isto fez com que os profissionais se organizassem com os outros colegas e separassem de 20 a 30 minutos para responderem à pesquisa, ou seja, durante o preenchimento, em caso de solicitação de ocorrência, o colega cobria o profissional que estivesse respondendo. No entanto, tal atitude foi necessária somente em dois casos. Outro ponto positivo em relação à presença contínua da pesquisadora foi a colaboração disso para uma perda de 9,6% dos profissionais (9 profissionais ao todo, sendo: 4 de Campo Grande; 2 de Três Lagoas; 2 de Corumbá e 1 de Dourados), perdendo somente aqueles que estavam afastados, em período de férias e/ou de licença no momento da coleta de dados.

Vale ressaltar que a coleta foi realizada nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), tendo em vista que esses profissionais trabalham em regime de plantões e que as escalas variavam de uma cidade para a outra.

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi dividida em dois momentos: inicialmente, procedeu-se a análise estatística descritiva dos dados. Posteriormente, os participantes foram dicotomizados, conforme o resultado obtido no IDB, em dois grupos: grupo I com depressão (indivíduos com escore >15) e grupo II sem depressão (indivíduos com escore ≤ 15). Para verificar possíveis associações entre as variáveis de estudo, foram utilizados os testes Qui-quadrado, Qui-quadrado de tendência e Teste Exato de Fisher, e calculadas as razões de prevalência, com os respectivos intervalos de confiança de 95%.

A fim de identificar as variáveis que significativamente influenciavam nos quadros de depressão dos trabalhadores, aplicou-se a Regressão de Cox. Todas as variáveis que apresentaram valores de $p \leq 0,20$ foram selecionadas; posteriormente, eliminou-se uma a uma, no processo de seleção “para trás” (*backward selection*); assim, as estatísticas com p descritivo menor do que ou igual a 0,05 foram consideradas significativas. As análises foram realizadas nos programas Epi-info™ 7.1.1. e Bio Estat 5.3 (AYRES *et al.*, 2007; CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION-CDC, 2011).

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados por meio de dois artigos científicos de acordo com as normas das revistas para as quais serão submetidos.

Artigo I: Prevalência de sintomas depressivos em trabalhadores da enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Artigo II: Alterações de saúde e sintomas depressivos entre trabalhadores de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

4.1 Artigo I

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM TRABALHADORES DA ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**PREVALENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN WORKERS OF NURSING MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE****PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN TRABAJADORES DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA DE EMERGENCIA MÓVIL**

Mayara Caroline Ribeiro Antonio^I
Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido^{II}
Luciana Contrera^{III}

^IEnfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, Brasil. Bolsista CAPES. E-mail: mayara-ribeiro@hotmail.com.br

^{II}Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora 3º da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Três Lagoas. Orientadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem UFMS. Campo Grande Brasil. E-mail: mcfsc@uol.com.br

^{III}Enfermeira. Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Co-orientadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, Brasil. E-mail: lucontrera@gmail.com

RESUMO

Estudo epidemiológico, descritivo e transversal realizado na Macrorregião do estado de Mato Grosso do Sul, entre julho e outubro de 2013. O objetivo foi identificar a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão nos profissionais da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Dos 94 profissionais 85 participaram do estudo, cuja prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão foi avaliada através do Inventário de Depressão de Beck (IDB). A prevalência encontrada foi 11,8%, sendo que as respostas aos itens do IDB referentes à irritabilidade (65,9%), fadiga (64,7%), preocupação somática com o estado de saúde (43,5%), falta de satisfação (40,0%) e distúrbio do sono (62,3%) apresentaram altas porcentagens. Conclui-se que os profissionais que apresentaram escores para sintomatologia sugestiva de depressão (11,8%) também tiveram alta porcentagem de sintomas depressivos assinalados no IDB, evidenciando a necessidade da melhoria das condições de trabalho.

Descritores: Transtornos Mentais; Enfermagem Psiquiátrica. Saúde do Trabalhador. Serviços Médicos de Emergência. Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Epidemiological, descriptive, cross-sectional study in Macro-region of the state of Mato Grosso do Sul, between July and October 2013.'s Objective was to identify the prevalence of symptoms suggestive of depression in professional nursing staff of the Mobile Emergency Care. 85 of 94 professionals participated in the study, whose prevalence of symptoms suggestive of depression was assessed using the Beck Depression Inventory (BDI). The prevalence was 11.8%, but the responses to the BDI items relating to irritability (65.9%), fatigue (64.7%), somatic preoccupation with health (43.5%), lack satisfaction (40.0%) and sleep disturbance (62.3%) showed high percentages. We conclude that the professionals who had scores for symptoms suggestive of depression (11.8%) also had high percentage of depressive symptoms reported in BDI, highlighting the need to improve working conditions.

Key words: Mental Disorders. Psychiatric Nursing. Occupational Health. Emergency Medical Services. Nursing Team.

RESUMEN

Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal en Macro-región del estado de Mato Grosso do Sul, entre julio y octubre de 2013. El objetivo fue identificar la prevalencia de síntomas indicativos de depresión en el personal de enfermería profesional del Servicio Atención de Emergencia Móvil. 85 de 94 profesionales participaron en el estudio, cuya prevalencia de síntomas indicativos de depresión se evaluó mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI). La prevalencia fue del 11,8%, pero las respuestas a los ítems del IDB relativos a la irritabilidad (65,9%), fatiga (64,7%), preocupación somática con la salud (43,5%), la falta satisfacción (40,0%) y los trastornos del sueño (62,3%) mostraron altos porcentajes. Concluye que los profesionales que tenían puntuaciones de síntomas indicativos de depresión (11,8%) también tenían alto porcentaje de síntomas depresivos reportados en el IDB, destacando la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo.

Palabras clave: Trastornos Mentales. Enfermería Psiquiátrica. Salud Laboral. Servicios Médicos de Urgencia. Grupo de Enfermería.

INTRODUÇÃO

O interesse da comunidade científica pelos transtornos mentais vem aumentando consideravelmente nos últimos anos, bem como o interesse pelo seu desenvolvimento relacionado ao ambiente de trabalho. A literatura identifica correlações entre a realização de tarefas e doenças psíquicas, especificamente a depressão. No trabalho da equipe de enfermagem, constituída por auxiliares e técnicos de enfermagem e por enfermeiros, nota-se a exposição a fatores, como estressores ambientais, déficit cognitivo, disfunções anatômicas, comportamentos inadequados e conflitos intrapsíquicos que representam riscos para o desencadeamento de transtornos mentais^(1,2).

A depressão está descrita como uma das principais causas de sobrecarga mental e incapacitação das atividades diárias na população em geral e em populações específicas, sendo considerada como o mal do século pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e podendo atingir o topo das doenças mentais até 2020^(2,3,4).

Nesse contexto, os profissionais de enfermagem que atuam nos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), mais especificamente no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), estão susceptíveis às doenças ocupacionais, na medida em que devem realizar um trabalho integrado, capaz de atender a diversos atributos, como destreza, agilidade, conhecimento teórico e prático, preparo físico, autocontrole e equilíbrio emocional, a fim de que se obtenha um bom desempenho profissional em relação à assistência prestada⁽⁵⁾.

O SAMU é responsável por prestar atendimento às pessoas em situação de urgência de origem traumática, clínica, cirúrgica, psiquiátrica, gineco-obstétrica e pediátrica, tendo como aparato jurídico-legal as Portarias nº 2.048/2002, nº 1.863/2003, nº 1.864/2003 e nº 1.600/2011. O início do fluxo do atendimento dá-se através do acionamento telefônico pelo número nacional 192. A partir disso, o solicitante é colocado em contato com a Central de Regulação Médica (CRM), que acolhe o pedido de socorro, avalia a situação descrita, dá as primeiras orientações e julga qual o melhor recurso a ser utilizado em cada caso. Além disso, o Ministério da Saúde aponta que o SAMU é composto por duas partes, uma representada pela CRM e a outra pelas ambulâncias de Suporte Básico e Suporte Avançado à Vida e pelos profissionais oriundos ou não da área da saúde^(6,7).

No estado de Mato Grosso do Sul, a instalação do SAMU na macrorregião ocorreu gradativamente, sendo implantado primeiro na capital Campo Grande, em 2005, depois nos

municípios de Três Lagoas e Dourados, no ano de 2008, e por último, em 2011, na cidade de Corumbá.

Com isso, parte-se do pressuposto que as condições e o ambiente de trabalho influenciam significativamente na saúde do trabalhador. Assim, é imprescindível que os profissionais da equipe de enfermagem que atuam no SAMU tenham sua saúde preservada por meio de acompanhamento periódico de seu estado de saúde físico e mental. Além disso, considerando a complexidade e dinamicidade do trabalho em situações de urgência e emergência, a qualidade da assistência prestada aos usuários também está relacionada com o estado de saúde do profissional⁽⁸⁾.

Estudos mostraram a preocupação com as consequências que a depressão pode acarretar quando associada a outros fatores, como a ansiedade aumentada, o estresse e aspectos de esgotamento profissional ou Síndrome de Burnout^(9,10). Ressalta-se que esses fatores é que contribuem para o aparecimento da depressão, no entanto, percebe-se que ao tratar a depressão e sua sintomatologia como objeto central das investigações os relatos aparecem com menor assiduidade.

Desse modo, a importância deste estudo encontra-se no fato de que esse trabalhador precisa ser visto como sujeito passível de cuidado⁽¹¹⁾, que merece atenção nas suas dimensões subjetivas e objetivas, para que ao perceberem qualquer alteração em sua saúde o serviço esteja preparado para adotar estratégias de prevenção e de tratamento no enfrentamento das doenças ocupacionais. Isso permite que o profissional no exercício da enfermagem consiga se ajustar à realidade do trabalho sem que este represente fonte de sofrimento, auxiliando na realização de um cuidado mais eficaz ofertado à população.

Diante do exposto, a finalidade deste trabalho foi identificar qual a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão nos profissionais da equipe de enfermagem do SAMU da Macrorregião do estado de Mato Grosso do Sul.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa dos dados. A pesquisa foi realizada nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência da Macrorregião do estado de Mato Grosso do Sul, no período de julho a outubro de 2013.

A população foi composta por trabalhadores da equipe de enfermagem do SAMU (auxiliares, técnicos e enfermeiros), sendo que em Campo Grande foram entrevistados 13

enfermeiros, 27 técnicos e 1 auxiliar de enfermagem; em Três Lagoas, 7 enfermeiros e 7 técnicos de enfermagem; em Dourados, 4 enfermeiros, 5 técnicos e 2 auxiliares; e Corumbá, 8 enfermeiros, 10 técnicos e 1 auxiliar. Os profissionais do quadro efetivo do serviço que aceitaram participar da pesquisa foram incluídos. Já os trabalhadores que estavam afastados, em período de férias e/ou licença no momento da coleta de dados, foram excluídos. Destaca-se que dentre os profissionais que atendiam aos critérios de inclusão não houve nenhuma recusa em participar da pesquisa.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aprovado sob o parecer nº. 282.196/2013. Todos os participantes foram informados sobre a pesquisa, o sigilo das informações e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por eles assinado.

Para a coleta de dados referentes à detecção de sintomas depressivos, utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck (IDB). Ele foi desenvolvido em 1961 e, no Brasil, teve sua validação com base na apresentação da alta consistência interna da versão em português, enfatizando seu uso tanto em populações psiquiátricas como em populações não diagnosticadas. É um questionário autoaplicável, padronizado, com 21 itens relacionados à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, sensação de decepção, autoacusação, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Cada item engloba quatro afirmações em graus de intensidade de 0 a 3, podendo a pontuação final variar de 0 até 63^(12,13).

Mesmo não tendo caráter diagnóstico, tem sido amplamente aceito por apresentar um bom desempenho na identificação da sintomatologia sugestiva de depressão e embasar o diagnóstico clínico. Os pontos de corte associam-se com a natureza da amostra e com os objetivos do estudo. Em população/amostra não diagnosticada são adotadas as propriedades psicométricas a seguir: ≤ 15 = normal; 16-20 = disforia/depressão leve; > 20 = depressão⁽¹⁴⁾. Juntamente com o IDB, aplicou-se um formulário que identificou as características sociodemográficas e profissionais.

Inicialmente, na análise dos dados, procedeu-se a análise estatística descritiva. Em seguida, os participantes foram dicotomizados, conforme o resultado obtido no IDB, em dois grupos: grupo I com sintomatologia sugestiva de depressão (indivíduos com escore > 15) e grupo II sem sintomatologia sugestiva de depressão (indivíduos com escore ≤ 15). Para verificar possíveis associações entre as variáveis de estudo, foram utilizados os testes Qui-

quadrado, Qui-quadrado de tendência e Teste Exato de Fisher, e calculadas as razões de prevalência, com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Por fim, a identificação das variáveis que influenciavam significativamente nos quadros de sintomas sugestivos de depressão nos trabalhadores (possuir veículo próprio; sexo; pós-graduação; vínculo empregatício e horas dormidas por noite) foi executada através da Regressão de Cox, e as estatísticas com p descritivo menor do que ou igual a 0,05 foram consideradas significativas. As análises foram realizadas nos programas Epi-info™ 7.1.1.14 e Bio Estat 5.3.

RESULTADOS

Características sociodemográficas e profissionais dos sujeitos

A população total era de 94 profissionais, dos quais 85 participaram do estudo, sendo que 48,2% estavam lotados no município de Campo Grande, 22,4% em Corumbá, 16,5% em Dourados e 12,9% em Três Lagoas. A maioria (55,3%) era do sexo feminino e casada, com idade menor ou igual a 35 anos (56,5%). Em relação à renda familiar *per capita* em salário mínimo, 51,8% ganhavam o equivalente a três salários ou menos e moravam em imóvel próprio com a família (67,0%).

Observando as características profissionais, temos que 57,7% eram técnicos de enfermagem, 37,6% enfermeiros e 4,7% auxiliares de enfermagem. O tempo de profissão na área, com valores menor ou igual a dez anos foi de 49,4% e, especificamente no SAMU, 74,1% atuavam no serviço a menos de cinco anos.

No que tange à formação profissional, dos 37,6% (n=32/85) de profissionais com nível superior 81,3% (n=26/32) possuem pós-graduação em nível de especialização. Do total de 85 trabalhadores 56,5% afirmaram não estar estudando no momento. Os períodos de trabalho mais assinalados foram o integral e o noturno, com 45,9% e 80,0%, respectivamente. Vale destacar que para essa variável o profissional podia assinalar um ou mais períodos. Já a indicação de possuírem somente um vínculo empregatício foi evidenciada por 72,9% dos entrevistados. A carga horária diária de trabalho ficou entre nove e dezesseis horas em 44,7% e a quantidade de horas dormidas por noite variou de quatro a oito horas (78,8%). A prática de atividades de lazer foi relatada por 88,2% da equipe, sendo que destes 50,6% praticavam até 10 horas de atividades de lazer por semana. Em última análise das características profissionais, 94,1% dos sujeitos se locomoviam até o trabalho por meio de veículo próprio.

Prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão, segundo o Inventário de Depressão de Beck

De acordo com os pontos de corte estabelecidos na análise de dados para populações não diagnosticadas⁽¹³⁾, observou-se que 88,2% (n=75) foram classificados sem sintomatologia sugestiva de depressão; 9,4% (n=8) com sintomatologia sugestiva de disforia/sintomatologia sugestiva de depressão leve; e 2,4% (n=2) com sintomatologia sugestiva de depressão (depressão grave).

Ao analisar as respostas aos 21 itens que compõem o Inventário de Depressão de Beck, observou-se que, em relação à irritabilidade, 65,9% afirmaram que ficam irritados com maior facilidade agora do que antes, 64,7% estão mais cansados/fatigados do que o habitual e 62,3% não dormem mais tão bem, acordando mais cedo do que de costume e com dificuldades de voltar a dormir.

Quanto à preocupação somática com o estado de saúde, 43,5% revelaram que estão muito preocupados com seus problemas físicos, que é difícil pensar em outras coisas, e 40% declararam não sentir mais prazer nas coisas como antes, culpando-se pelos erros e fraquezas que possuem (36,5%).

A distorção da imagem corporal apareceu em 32,9% dos profissionais, com perda de interesse pelas outras pessoas e pelo convívio social em 31,8%. Observando a capacidade de tomada de decisão, 27,1% relataram maior dificuldade no ato de decidir e 25,9% disseram estar menos interessados em sexo.

As crises de choro e a necessidade de esforço extra para iniciar alguma atividade são apontadas por 24,7% dos profissionais. O sentimento de tristeza, a sensação de culpa e a perda de peso são evidenciados em 23,5%. Estar decepcionado ou aborrecido consigo mesmo representou 18,8%, e 15,3% disseram estar com perda de apetite.

Sentir-se desencorajado em relação ao futuro, representando sentimentos de pessimismo, foi assinalado por 11,8% dos entrevistados. Sensação de punição e sensação de fracasso apareceu com 10,6% e 7,1%, respectivamente. A ideação suicida foi assinalada por 4,7% dos sujeitos, que afirmam ter pensamentos de se matar, mas não os colocaria em prática.

Para dar continuidade, os participantes foram agrupados, conforme o resultado obtido no IDB, em dois grupos: I com sintomatologia sugestiva de depressão (indivíduos com escore >15) e II sem sintomatologia sugestiva de depressão (indivíduos com escore ≤15). Após esse agrupamento, observou-se que 75 (88,2%) dos participantes foram considerados sem

sintomatologia sugestiva de depressão e 10 (11,8%; IC95%: 4,9% a 18,6%) obtiveram escores de sintomas sugestivos de depressão.

Por meio da análise bivariada (Tabelas 1 e 2), não houve associação significativa entre a sintomatologia sugestiva de depressão e as seguintes variáveis: cidade, sexo, faixa etária, estado civil, renda familiar *per capita* em salário mínimo, tipo de imóvel, morar sozinho ou com a família, prática de atividade de lazer, tipo de categoria profissional, tempo de profissão, ter feito pós-graduação, estar estudando, vínculo empregatício, período de trabalho, carga horária diária de trabalho e horas dormidas por noite. A única variável que apresentou associação com a depressão foi não possuir veículo próprio para se locomover até o trabalho. Apesar disso, na análise pelo modelo múltiplo, a variável não possuir veículo próprio deixa de ter associação significativa com a depressão (Tabela 3).

Tabela 1 - Número e porcentagem dos profissionais da macrorregião de Mato Grosso do Sul, segundo as características sociodemográficas e a presença ou não de sintomatologia sugestiva de depressão, Campo Grande/MS – 2013 (n=85)

Variáveis	Sintomatologia sugestiva de depressão				RP ⁽¹⁾ (IC 95%)	p
	Sim (n=10)		Não (n=75)			
	Nº.	%	Nº.	%		
Cidade						
Corumbá	4	21,1	15	78,9	1	⁽²⁾ 0,317
Campo Grande	5	12,2	36	87,8	1,73 (0,52 – 5,71)	
Dourados	1	9,1	10	90,9	2,32 (0,29 – 18,2)	
Três Lagoas	-	-	14	100	-	
Sexo						
Feminino	8	17	39	83	1	⁽³⁾ 0,174
Masculino	2	5,3	36	94,7	3,23 (0,73 – 14,34)	
Faixa etária						
Acima de 45 anos	2	25,0	6	75,0	1	⁽⁴⁾ 0,371
36 a 45 anos	3	10,7	25	89,3	2,33 (0,47 – 11,64)	
Até 35 anos	5	10,4	43	89,6	2,40 (0,56 – 10,32)	
Não respondeu	-	-	1	100	-	
Estado civil						
Separado(a)/ Viúvo(a)	3	16,7	15	83,3	1	⁽²⁾ 0,578
Solteiro(a)	3	15	17	85	1,11 (0,26 – 4,82)	
Casado/União estável	4	8,5	43	91,5	1,96 (0,49 – 7,90)	
Renda familiar <i>per capita</i>						
Até 3 salários mínimos	5	11,4	39	88,6	1	⁽⁴⁾ 0,794
De 3,1 a 7 salários mínimos	4	15,4	22	84,6	0,74 (0,22 – 2,51)	
Acima de 7 salários mínimos	1	6,7	14	93,3	1,70 (0,22 – 13,45)	
Imóvel						
Alugado/outra situação	2		17		1	⁽³⁾ 1
Próprio	8		58		0,87 (0,20 – 3,75)	
Mora						
Sozinho/outra situação	2		15		1	⁽³⁾ 1
Com a família	8		60		1 (0,23 – 4,29)	
Pratica atividade de lazer						
Não	1	10	9	90	1	⁽³⁾ 1
Sim	9	12	66	88	0,83 (0,12 – 5,90)	
Atividade de lazer por semana						
Não pratica	1	10	9	90	1	⁽⁴⁾ 0,211
Até 10 horas de lazer	8	18,6	35	81,4	0,54 (0,08 – 3,82)	
De 10,1 a 25 horas de lazer	1	4,8	20	95,2	2,10 (0,15 – 30,25)	
Mais de 25 horas de lazer	-	-	6	100	-	
Não responderam	-	6,7	5	100	-	

⁽¹⁾ Razão de prevalência (RP) com intervalo de confiança (IC) de 95%

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado

⁽³⁾ Teste Exato de Fisher

⁽⁴⁾ Teste Qui-quadrado de tendência

Tabela 2 – Profissionais da macrorregião de Mato Grosso do Sul, segundo características profissionais e presença de sintomatologia sugestiva de depressão, Campo Grande/MS – 2013 (n=85)

Variáveis	Sintomatologia sugestiva de depressão				RP ⁽¹⁾ (IC 95%)	P
	Sim		Não			
	(n=10)		(n=75)			
	Nº.	%	Nº.	%		
Categoria profissional						
Auxiliar de enfermagem	1	25	3	75	1	⁽²⁾ 0,384
Técnico de enfermagem	7	14,3	42	85,7	1,75 (0,28 – 10,92)	
Enfermeiro	2	6,3	30	93,7	4 (0,46 – 34,82)	
Tempo de profissão na enfermagem						
Acima de 20 anos	2	25	6	75	1	⁽³⁾ 1
De 10 a 20 anos	2	5,7	33	94,3	4,38 (0,72 – 26,55)	
Até 10 anos	6	14,3	36	85,7	1,75 (0,43 – 7,17)	
Tempo de profissão SAMU						
Acima de 5 anos	3	13,6	19	86,4	1	⁽³⁾ 0,786
De 1,1 a 5 anos	6	11,1	48	88,9	1,23 (0,34 – 4,48)	
Até 1 ano	1	11,1	8	88,9	1,23 (0,15 – 10,29)	
Fez pós-graduação						
Não	9	16,4	46	83,6	1	⁽⁴⁾ 0,090
Sim (Especialização/Residência)	1	3,3	29	96,7	4,91 (0,65 – 36,92)	
Está estudando atualmente						
Sim	5	13,5	32	86,5	1	⁽⁴⁾ 0,741
Não	5	10,4	43	89,6	1,3 (0,41 – 4,15)	
Vínculo empregatício						
Somente um vínculo	9	14,5	53	85,5	1	⁽³⁾ 0,189
Dois vínculos	1	5,3	18	94,7	2,76 (0,37 – 20,4)	
Três ou mais vínculos	-	-	4	100	-	
Período de trabalho ⁽⁵⁾						
Noturno	9	13,2	59	86,8	2,25 (0,31 – 16,57)	⁽⁴⁾ 0,679
Somente integral(manhã/tarde)	5	12,8	34	87,2	1,18 (0,37 – 3,78)	
Matutino	5	14,3	30	85,7	1,43 (0,45 – 4,57)	⁽⁴⁾ 0,734
Vespertino	4	14,3	24	85,7	1,36 (0,42 – 4,42)	⁽⁴⁾ 0,723
Carga horária diária de trabalho						
Até 8 horas	5	14,7	29	85,3	1	⁽³⁾ 0,544
De 9 a 16 horas	4	10,5	34	89,5	1,4 (0,41 – 4,78)	
Mais de 16 horas	1	9,1	10	90,9	1,62 (0,21 – 12,4)	
Não responderam	-	-	2	100	-	
Horas dormidas por noite						
Mais de 8 horas	1	33,3	2	66,7	1	⁽³⁾ 0,078
De 4,1 a 8 horas	9	13,4	58	86,6	2,48 (0,45 – 13,75)	
Até 4 horas	-	-	13	100	-	
Não responderam	-	-	2	100	-	
Possui veículo próprio						
Não	2	40	3	60	1	⁽²⁾ 0,043
Sim	8	10	72	90	4 (1,14 – 14,09)	

⁽¹⁾ Razão de prevalência (RP) com intervalo de confiança (IC) de 95%

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado

⁽³⁾ Teste Qui-quadrado de tendência

⁽⁴⁾ Teste Exato de Fisher ⁽⁵⁾ Cada sujeito poderia indicar um ou mais períodos de trabalho

Tabela 3 – Regressão de Cox para a prevalência de depressão entre profissionais de enfermagem da Macrorregião de Mato Grosso do Sul, Campo Grande/MS – 2013 (n=85)

Variáveis	p	Razão de prevalência (RP)	IC 95% (RP)
Veículo próprio	0,081	5,19	0,82 - 32,93
Sexo	0,104	4,66	0,73 - 29,82
Pós-graduação	0,122	5,49	0,63 - 47,54
Vínculo empregatício	0,305	3,05	0,36 - 25,77
Horas dormidas por noite	0,418	2,46	0,28 - 21,79

DISCUSSÃO

A produção do trabalho em saúde pode gerar desgaste físico e mental, em especial quando desenvolvido em áreas específicas, como os serviços de urgência e emergência, que exigem do profissional alto grau de conhecimento teórico e prático, devido à dinamicidade e complexidade do serviço^(5,8).

De acordo com o objetivo do IDB, que visa a identificação de sintomatologia sugestiva de depressão, tanto em populações psiquiátricas quanto em populações não diagnosticadas, a prevalência encontrada neste estudo foi de 11,8% (n=10). O resultado vai de encontro com a depressão encontrada na população em geral⁽¹⁾, com média de 5% a 11%. Tal achado mostra-se importante na medida em que a clientela atendida pelos profissionais de enfermagem do SAMU necessita de cuidados adequados. Isso corrobora com o fato de que os sintomas depressivos associados ao ambiente de trabalho podem influenciar de maneira negativa o desenvolvimento e a qualidade da assistência prestada⁽¹⁵⁾.

Além disso, os transtornos mentais e comportamentais têm sido a segunda causa mais frequente da demanda de atenção prestada pelos serviços de Medicina do Trabalho, o que implica em aumento dos custos no planejamento do setor saúde e no crescimento da taxa de absenteísmo⁽¹⁶⁾. Os profissionais de saúde apresentam altas proporções de licenças para tratamento de saúde e dias não trabalhados, comumente motivados por desordens de origem psíquica, como é o caso da depressão⁽¹⁷⁾. Ressalta-se ainda que os prejuízos da sintomatologia sugestiva de depressão vão além do campo profissional, atingindo também as dimensões socioeconômica e familiar dessas pessoas.

Em relação ao gênero, o maior percentual foi do sexo feminino (55,3%). Assim, evidenciou-se que 80% (n=10) dos profissionais que apresentaram sintomatologia sugestiva

de depressão eram mulheres. A maior susceptibilidade ao desenvolvimento da depressão entre o sexo feminino relaciona-se a interface trabalho e lar, tendo em vista o desempenho do papel da mulher moderna, que trabalha e ajuda no sustento da família, sem deixar de lado as obrigações de casa, de mãe e de esposa⁽¹⁸⁾.

Outro dado interessante é que metade dos sujeitos com sintomatologia sugestiva de depressão possui até 35 anos, ou seja, estão no auge da sua vida economicamente ativa. Isso demonstra a necessidade da adequação das condições de trabalho, pois se esses trabalhadores, que já possuem sintomas sugestivos de depressão continuarem expostos aos fatores de risco provavelmente terão o agravamento desses sintomas e serão afastados de suas atividades, contribuindo para o aumento do absenteísmo^(8,16,17).

No caso desta pesquisa, praticar atividade de lazer não representou um fator de proteção para o desenvolvimento da sintomatologia sugestiva de depressão, uma vez que dos dez profissionais com escores acima de 20 na pontuação do IDB, que referiram a prática de lazer, nove apresentaram sintomatologia sugestiva de depressão. A literatura afirma que a expectativa da folga para o profissional é de descansar, enquanto a cobrança da família e dos amigos lhe obriga a vivenciar momentos de interação social⁽¹⁹⁾. Além disso, a falta de estímulo para a prática de lazer possivelmente está relacionada com a presença desses sintomas sugestivos de depressão.

Embora não haja correlação significativa entre as variáveis sintomatologia sugestiva de depressão e a categoria profissional, os técnicos e os auxiliares foram mais acometidos (80% / n=10). Observa-se também que os profissionais com tempo de profissão na área até dez anos estão com mais sintomas sugestivos de depressão (60% / n=10). Há indicações de que com o passar dos anos, através da maior experiência, seja mais fácil lidar com as situações estressantes da dinâmica do trabalho, sabendo separar melhor a vida pessoal da vida profissional^(19,20).

A única variável que apresentou associação significativa com a sintomatologia sugestiva de depressão na análise bivariada foi não possuir veículo próprio para se locomover até o trabalho. Argumenta-se que possuir veículo próprio pode reduzir a sintomatologia sugestiva de depressão⁽²¹⁾. O transporte público encontra-se em condições precárias e não consegue atender os usuários de forma satisfatória, com isso, quanto maior o tempo de ida e volta do trabalho maior o desgaste e o estresse. No entanto, ao executar a análise pelo modelo múltiplo, a associação da sintomatologia sugestiva de depressão com a variável possuir veículo próprio não se manteve relevante.

Portanto, considerando a prevalência de 11,8% de sintomatologia sugestiva de depressão encontrada e o que ela pode acarretar na vida dos profissionais, vale ressaltar a análise das respostas em relação às afirmações do IDB. As questões associadas à irritabilidade (65,9%), fadiga (64,7%), distúrbio do sono (62,3%), preocupação somática com estado de saúde (43,5%) e a falta de satisfação (40,0%) indicaram altas porcentagens. Ignorar essa discussão significa que os profissionais continuarão sendo expostos aos fatores de risco, capazes de alterar sua integridade física e mental^(5,8,15). Estudos indicam que o cansaço mental ligado às situações de urgência e emergência pode ser origem da irritabilidade, da fadiga e do sofrimento psíquico^(16,17).

O distúrbio do sono torna-se preocupante na medida em que nove profissionais com sintomas sugestivos de depressão trabalham no período noturno e dormem em média de 4,1 a 8 horas por noite. Sabe-se que os profissionais com maior tempo de trabalho no sistema de turnos são os da área da saúde, e isso pode trazer diversos prejuízos em todas as esferas da sua vida. As consequências vão desde baixo desempenho das suas tarefas, maior possibilidade de acidentes, desordens psíquicas relacionadas ao convívio social até a influência na vida dos usuários do serviço e a incapacidade funcional precoce^(10,18,19,20,21).

A sobrecarga de trabalho também influencia no desenvolvimento de problemas de saúde. Por isso, é importante que os profissionais sejam capazes de perceber os estressores do ambiente laboral e a maneira como eles repercutem em seu processo saúde-doença a fim de que medidas de intervenção possam ser adotadas como forma de prevenção das doenças ocupacionais^(8,15,18). Ainda, os serviços devem estar organizados com condições de trabalho adequadas e a partir disso reconhecer os possíveis fatores de risco para o transtorno mental. Logo, cabe aos órgãos fiscalizadores fazer valer a lei de proteção do trabalhador.

Em última análise a falta de satisfação é consequência de todos os outros fatores já mencionados, culminando no aparecimento de sintomas sugestivos de depressão que podem se potencializar e evoluir para o transtorno mental na sua forma grave.

Desse modo, é imprescindível que todo profissional susceptível ao desenvolvimento da depressão, devido à apresentação de sintomas, passe por uma avaliação clínica. Reforça-se que o IDB não é um instrumento com potencial diagnóstico, e sim uma ferramenta de auxílio para que os profissionais de saúde realizem um diagnóstico mais assertivo.

CONCLUSÃO

A prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão encontrada nos profissionais de enfermagem que atuam no SAMU da Macrorregião do estado de Mato Grosso do Sul foi de 11,8%. Sabe-se que em razão das características do trabalho em urgência e emergência é fundamental que o profissional tenha sua saúde física e mental preservada, através de acompanhamento periódico e de condições de trabalho, independente de sua atividade, em conformidade com a legislação de proteção ao trabalhador.

Conclui-se que é necessário que haja melhoria das condições de trabalho com adoção de estratégias de enfrentamento e medidas de prevenção, uma vez que os sintomas referentes a irritabilidade (65,9%), fadiga (64,7%), distúrbio do sono (62,3%), preocupação somática com o estado de saúde (43,5%) e falta de satisfação (40%) apresentaram alto percentual em relação aos demais itens assinalados no IDB.

Por fim, ressalta-se a importância da integração das políticas de Saúde Mental e Saúde do Trabalhador na perspectiva da compreensão do processo saúde-doença que incide no ambiente ocupacional.

REFERÊNCIAS ARTIGO I

1. Furegato ARF, Santos JLF, Silva EC. Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(2): 1-7.
2. Chiaverini DH *et al*. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
3. Paranhos ME, Werlang BG. Diagnóstico e intensidade da depressão. *Barbarói*. 2009; 31(2): 111-24.
4. Organização Mundial de Saúde [homepage na internet]. Geneva; 2014 [acesso em 9 jun 2014]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/managemnet/depression/es/
5. Vargas D, Dias APV. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2011[acesso em 2014 out 22]; 19(5): [9 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_08.pdf.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília, DF: Ministério da Saude, 2003c.
7. Paiva MHRS, Oliveira AC. Conhecimento e atitudes de trabalhadores de um serviço público de emergência sobre adoção de precauções padrão. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(4): 704-10.
8. Martins CCF, Vieira NA, Moraes FRR. O desgaste relacionado ao trabalho na ótica dos enfermeiros de atendimento pré-hospitalar. *Rev. Pesq.: Cuid. Fundam*. 2011; 3(2): 2024-32.
9. Inoque KC, Versa GLGS, Murasaki ACY, Melo WA, Matsuda LM. Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(5): 722-29.

10. Schmidt DRC, Paladini M, Biato C, Pais JD, Oliveira AR. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(1): 13-7.
11. Santana JCB, Silva RCL, Souza VAG, Graças APRM, Oliveira MM, Tálamo CP. Ética e humanização da assistência em um serviço de atendimento pré-hospitalar: o que pensam os profissionais de saúde. *Rev. Pesq.: Cuid. Fundam.* 2012; 4(4): 2744-54.
12. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch General Psych.* 1961; 4(s/n): 561-71.
13. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 1998; 25(5): 245-50.
14. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz. j. med. biol. res.* 1996; 29(4): 453-57.
15. Jolivet A *et al.* Linking hospital workers' organizational work environment to depressive symptoms: a mediating effect of effort-reeward imbalance? The ORSOSA study. *Soc. sci. med.* 2010; 71(s/n): 534-40.
16. Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1): 38-44.
17. Spreeuwiers D, Strikwerda DC, Weel ANH. . Registration of work-related diseases, injuries, and complaints in Aruba, Bonaire, and Curaçao. *Pan American Journal of Public Health.* 2012; 31(2): 109-14.
18. Bezerra FN, Silva TM, Ramos VP. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(especial 2): 151-56.
19. Campos RM, Farias GM, Ramos CS. Satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU/Natal. *Rev. Eletrônica Enferm.* 2009; 11(3): 647-57.

20. França SPS, Martino MMF, Aniceto VS, Silva LL. Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(1): 68-73.
21. Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Avaliação da qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [acesso em 2012 nov 15]; 18(3): [9 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_17.pdf.

4.2 Artigo II

ALTERAÇÕES DE SAÚDE E SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Mayara Caroline Ribeiro Antonio¹, Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido², Luciana Contrera³

¹ Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande. Brasil. Bolsista CAPES. E-mail: mayara-ribeiro@hotmail.com.br

² Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora 3º da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Três Lagoas. Orientadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem UFMS. Campo Grande Brasil. E-mail: mcfsc@uol.com.br

³ Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Co-orientadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande. Brasil. E-mail: lucontrera@gmail.com

RESUMO: Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo e transversal, realizado na Macrorregião do estado de Mato Grosso do Sul, entre julho e outubro de 2013. O objetivo foi relacionar as alterações de saúde com a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão dos profissionais da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Dos 94 profissionais 85 participaram do estudo. A prevalência de sintomas sugestivos de depressão foi quatro vezes maior nos trabalhadores portadores de transtorno mental em comparação aos não portadores deste tipo de doença. Conclui-se que houve associação significativa entre a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão e o transtorno mental. Sugere-se que os profissionais tenham melhoria nas condições de trabalho e acompanhamento do seu estado de saúde, a fim de que mantenham sua integridade física e mental preservadas e não ocorram prejuízos na qualidade da assistência prestada.

DESCRIPTORES: Transtornos Mentais. Enfermagem Psiquiátrica. Saúde do Trabalhador. Serviços Médicos de Emergência. Equipe de Enfermagem.

CHANGES IN HEALTH AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG NURSES OF THE MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE

ABSTRACT: This is epidemiological, descriptive, cross-sectional study in Macro-region of the state of Mato Grosso do Sul, between July and October 2013. The objective was to compare the health changes with the prevalence of symptoms suggestive of depression professional team nursing staff of the Mobile Emergency Care. 85 out of 94 professionals participated in the study. The prevalence of symptoms suggestive of depression was four times higher in workers with mental disorders compared to non-carriers of this type of disease. It was concluded that there was significant association between the prevalence of symptoms suggestive of depression and mental illness. It is suggested that professionals have improved working conditions and monitoring their health status in order to maintain their physical and mental preserved and impaired quality of care will not occur.

KEY WORDS: Mental Disorders. Psychiatric Nursing. Occupational Health. Emergency Medical Services. Nursing Team.

CAMBIOS EN LA SALUD Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ENFERMERÍA DE SERVICIO DE EMERGENCIA MÓVIL

RESUMEN: Este es un estudio epidemiológico, descriptivo, transversal en Macro-región de Mato Grosso do Sul, entre julio y octubre de 2013.

El objetivo fue de relacionar los cambios en la salud con la prevalencia de síntomas sugestivos de equipo profesional depresión del equipo profesional de enfermería de Atención móvil de Urgencia. Participaron 85 de 94 profesionales del estudio. La prevalencia de síntomas sugestivos de depresión fue cuatro veces mayor en los trabajadores con trastornos mentales en comparación con los no portadores de este tipo de enfermedad. Se concluyó que hubo asociación significativa entre la prevalencia de síntomas sugestivos de la depresión y la enfermedad mental. Se sugiere que los profesionales han mejorado las condiciones de trabajo y el seguimiento de su estado de salud con el fin de mantener no se producirá su conservada y deterioro de la calidad física y mental de la atención.

DESCRIPTORES: Trastornos Mentales. Enfermería Psiquiátrica. Salud Laboral. Servicios Médicos de Urgencia. Grupo de Enfermería.

INTRODUÇÃO

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) caracteriza-se como toda assistência prestada fora do ambiente hospitalar de forma direta ou indireta⁽¹⁾. A operacionalização do APH é realizada por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que atende as pessoas em situação de urgência de origem traumática, clínica, cirúrgica, psiquiátrica, gineco-obstétrica e pediátrica. O início do fluxo do atendimento dá-se através do acionamento telefônico pelo número nacional 192, no qual a Central de Regulação Médica acolhe o pedido de socorro, avalia a situação descrita e decide se enviará uma ambulância de Suporte Básico à Vida ou uma ambulância de Suporte Avançado de Vida⁽²⁻⁴⁾.

Hoje, com dez anos de existência, o SAMU está inserido em todos os estados brasileiros, alcançando uma cobertura de 72% da população, com 3.041 ambulâncias e 182 Centrais de Regulação Médica o que abrange um total de 2.660 municípios⁽⁵⁾. Dentre os profissionais que atuam nesse serviço, estão os da equipe de enfermagem, constituída por auxiliares e técnicos de enfermagem e por enfermeiros. Eles devem realizar um trabalho integrado, capaz de atender a diversos atributos, como destreza, agilidade, conhecimento teórico e prático, preparo físico, autocontrole e equilíbrio emocional a fim de que se obtenha um bom desempenho profissional em relação à assistência prestada⁽¹⁾.

Nesse contexto, a literatura aponta que a produção do trabalho no setor saúde pode gerar desgaste físico e mental, especialmente quando desenvolvido em áreas específicas, como a urgência e emergência, devido a complexidade e dinamicidade das demandas do serviço^(5,6). Parte-se do pressuposto de que as condições e o ambiente de trabalho influenciam de maneira significativa na saúde do trabalhador e que o aparecimento de alterações de saúde, bem como a evolução dos transtornos psíquicos ocorrem de forma gradativa. Por isso, é imprescindível que os profissionais da equipe de enfermagem que atuam no SAMU tenham sua saúde preservada por meio de acompanhamento periódico de seu estado de saúde físico e mental⁽⁷⁻⁹⁾.

Assim, a importância do estudo encontra-se no fato de que esse trabalhador deve ser visto como sujeito passível de cuidado, que merece atenção nas suas dimensões subjetivas e objetivas, para que ao perceberem qualquer alteração em sua saúde o serviço esteja preparado para adotar estratégias de prevenção e de tratamento no enfrentamento das doenças ocupacionais⁽¹⁰⁾.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi relacionar as alterações de saúde com a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão dos profissionais da equipe de enfermagem do SAMU da Macrorregião do estado de Mato Grosso do Sul.

MÉTODO

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa dos dados, realizado nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência da Macrorregião do estado de Mato Grosso do Sul, no período de julho a outubro de 2013.

A população foi composta por 85 dos 94 trabalhadores das equipes de enfermagem do SAMU (auxiliares, técnicos e enfermeiros) da Macrorregião de Mato Grosso do Sul, sendo que em Campo Grande foram entrevistados 41 profissionais: 13 enfermeiros, 27 técnicos e 1 auxiliar de enfermagem; em Três Lagoas 14: 7 enfermeiros e 7 técnicos de enfermagem; em Dourados 11: 4 enfermeiros, 5 técnicos e 2 auxiliares; e Corumbá 19: 8 enfermeiros, 10 técnicos e 1 auxiliar. Os profissionais do quadro efetivo do serviço que aceitaram participar da pesquisa foram incluídos, destaca-se que dentre os profissionais que atenderam aos critérios de inclusão não houve nenhuma recusa em participar da pesquisa. Os trabalhadores que estavam afastados, em período de férias e/ou licença no momento da coleta de dados, foram excluídos.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aprovado sob o parecer nº. 282.196/2013. Todos os participantes foram informados sobre a pesquisa, o sigilo das informações e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por eles assinado.

Para a coleta dos dados, utilizou-se um formulário com três seções: questões direcionadas às variáveis sociodemográficas e profissionais (sexo, idade, categoria profissional, tempo de profissão na área, tempo de profissão no SAMU, número de vínculos, período de trabalho, carga horária diária e horas dormidas por noite); questões que obtiveram dados sobre problemas de saúde atual e que foram adaptadas para este estudo⁽¹¹⁾; e última foi composta pelo Inventário de Depressão de Beck (IDB) validado no Brasil⁽¹²⁾ e utilizado para a identificação de sintomatologia sugestiva de depressão. Trata-se de um questionário autoaplicável que possui 21 itens com graus de intensidade de 0 a 3, podendo a pontuação final variar de 0 até 63. Apesar do IDB não ter caráter diagnóstico, tem sido amplamente aceito por apresentar um bom desempenho na identificação da sintomatologia sugestiva de depressão e embasar o diagnóstico clínico. Os pontos de corte relacionam-se com a natureza

da amostra e com os objetivos do estudo. Em rastreamento, ou seja, população/amostra não diagnosticada são adotadas as propriedades psicométricas a seguir: ≤ 15 = normal; 16-20 = disforia/depressão leve; > 20 = depressão⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Na análise para comparação dos dados, procedeu-se inicialmente a análise estatística descritiva das alterações de saúde, que foram agrupadas e categorizadas por sistemas. Em seguida, relacionou-se a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão com as alterações de saúde. Na prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão, houve a dicotomização dos participantes em grupos, conforme resultado obtido no IDB. Assim, no grupo I, foram considerados os profissionais com sintomatologia sugestiva de depressão (indivíduos com escore > 15) e, no grupo II, os profissionais sem sintomatologia sugestiva de depressão (indivíduos com escore ≤ 15). Para verificar possíveis associações entre as variáveis de estudo, aplicou-se os testes Qui-quadrado, Qui-quadrado de tendência e Teste Exato de Fisher, e calculadas as razões de prevalência, com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Por fim, a identificação das variáveis sociodemográficas, profissionais e de alterações de saúde que influenciavam significativamente nos quadros de sintomatologia sugestiva de depressão nos trabalhadores foi executada através da Regressão de Cox, e as estatísticas com p descritivo menor do que ou igual a 0,05 foram consideradas significativas. As análises foram realizadas nos programas Epi-info™ 7.1.1.14 e Bio Estat 5.3.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população total era constituída por 94 profissionais, dos quais 85 participaram da pesquisa. A maioria (55,3%) era do sexo feminino, com idade menor ou igual a 35 anos (56,5%). Em relação ao município, 48,2% estavam lotados em Campo Grande, 22,4% em Corumbá, 16,5% em Dourados e 12,9% em Três Lagoas.

Observando as características profissionais, 57,7% eram técnicos de enfermagem, 37,6% enfermeiros e 4,7% auxiliares de enfermagem. O tempo de profissão na área, com valores menor ou igual a dez anos, foi de 49,4% e, especificamente no SAMU, 74,1% atuavam no serviço a menos de cinco anos. Os períodos de trabalho mais assinalados foram o integral e o noturno, com 45,9% e 80,0%, respectivamente. Vale destacar que para essa variável o profissional podia assinalar um ou mais períodos. Já a indicação de possuírem somente um vínculo empregatício foi evidenciada por 72,9% dos entrevistados. A carga horária diária de trabalho ficou entre nove e dezesseis horas em 44,7% dos casos, e a quantidade de horas dormidas por noite variou de quatro a oito horas (78,8%).

Alterações de saúde e prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão

Para melhor compreensão das alterações de saúde que os trabalhadores da equipe de enfermagem do SAMU apresentaram, as doenças e as lesões resultantes de acidentes foram agrupadas e categorizadas por sistemas. A Tabela 1 apresenta a distribuição dessas variáveis.

Tabela 1 – Profissionais de enfermagem do SAMU da Macrorregião de Mato Grosso do Sul, segundo as lesões por acidentes e os grupos de doenças, Campo Grande/MS – 2013 (n=85)

Lesões e doenças referidas pelos sujeitos	Nº.	%
Lesão musculoesquelética	65	76,5
Lesão resultante de acidente	62	72,9
Doença dermatológica	41	48,2
Transtorno mental	19	22,4
Doença do aparelho respiratório	15	17,6
Doença neurológica e sensorial	14	16,5
Doença digestiva	14	16,5
Doença endócrina e metabólica	10	11,8
Doença urogenital	08	9,4
Doença do aparelho circulatório	07	8,2
Tumor	01	1,2
Doença de sangue	01	1,2
Deficiência congênita	0	0
Outra	03	3,5
Não assinalou nenhuma doença	03	3,5

Nota: em relação às doenças apresentadas pelos indivíduos, cada sujeito poderia indicar uma ou mais doenças categorizadas por sistema, a porcentagem é relativa a 85 questionários respondidos.

De maneira geral, dentre os grupos, as doenças isoladas mais assinaladas foram: o transtorno emocional leve (41,2%); lesão por acidente nas costas (38,8%); doença na parte inferior das costas ou da coluna e lombar com dores frequentes (35,3%); doença da parte superior das costas ou do pescoço com dores frequentes (30,6%); dor nas costas que se irradia para a perna/dor ciática (24,7%); gastrite ou irritação duodenal (23,5%); lesão resultante de acidente em membros inferiores (20,0%); lesão resultante de acidente em membros superiores (18,8%); perturbação dos membros inferiores e superiores ao mesmo tempo, com dores frequentes (18,8%); e sinusite crônica (14,2%).

Observa-se que as temáticas saúde e trabalho são indissociáveis. Por isso, o fato dos profissionais de saúde conviverem e trabalharem com situações traumáticas e os sentimentos

envolvidos nelas (medo, frustração, insegurança etc.) representam fatores de risco para o aparecimento de doenças psíquicas, como é o caso do transtorno emocional leve^(4,8,15). Outro dado significativo foi a alta porcentagem de doenças relacionadas ao sistema musculoesquelético. Tais doenças, em conjunto com os transtornos mentais e comportamentais, têm sido as causas mais frequentes da demanda de atenção prestada pelos serviços de Medicina do Trabalho, implicando no aumento dos custos no planejamento do setor saúde e no crescimento da taxa de absenteísmo⁽¹⁶⁾.

Os profissionais de saúde apresentam altas proporções de licenças para tratamento de saúde e dias não trabalhados, comumente motivados por desordens musculoesqueléticas e de origem psíquica^(17,18). Ressalta-se ainda que os prejuízos das alterações de saúde vão além do campo profissional, atingindo também as dimensões socioeconômica e familiar dessas pessoas. Nesse sentido, estudos apontam para a necessidade de articulação de ações produtoras de saúde em âmbito organizacional, político e profissional, para que o processo de trabalho em urgência e emergência não seja fonte de sofrimento para esses trabalhadores⁽¹⁷⁻²¹⁾.

Dos 85 participantes da pesquisa, 70,6% possuíam algum tipo de doença com diagnóstico médico, sendo a média de 3,4 doenças por pessoa. O mínimo de doenças assinaladas com diagnóstico médico foi de uma doença e o máximo de nove. Já as doenças autorreferidas foram relatadas por 68,2% dos sujeitos, sendo a média de 2,8 doenças por pessoa. O número mínimo de doenças autorreferidas foi de uma e o máximo de 11. Sabe-se que o trabalhador é um ser humano único e que no trabalho ele deve ser visto em sua totalidade, e não apenas como um trabalhador. Nessa lógica, entende-se que as alterações assinaladas são resultados dos processos biopsíquicos desencadeados tanto pelas cargas de trabalho quanto pelas cargas social e familiar^(15,22).

Em relação à prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão, segundo os pontos de corte estabelecidos pelo IDB para rastreamento de populações não diagnosticadas^(13,14), observou-se que 88,2% (n=75) foram classificados sem sintomatologia sugestiva de depressão; 9,4% (n=8) com sintomatologia sugestiva de disforia/sintomatologia sugestiva de depressão e 2,4% (n=2) com sintomatologia sugestiva de depressão (depressão grave). No entanto, após a dicotomização desse resultado em dois grupos, temos que 10 (11,8%; IC 95%: 4,9% a 18,6%) dos profissionais foram considerados com sintomatologia sugestiva de depressão, representando o grupo I, no qual se incluiu os indivíduos com escore >15 no IDB. Já no grupo II, 75 (88,2%) dos participantes obtiveram escore ≤15 na pontuação final do IDB, por isso, foram classificados sem sintomatologia sugestiva de depressão.

O resultado vai de encontro com a depressão encontrada na população em geral, com média de 5% a 11% entre os graus de depressão leve, moderada e grave⁽²³⁾. Tal achado mostra-se importante na medida em que a clientela atendida pelos profissionais de enfermagem do SAMU necessita de cuidados adequados. Isso corrobora com o fato de que os sintomas depressivos associados ao ambiente de trabalho podem influenciar de maneira negativa no desenvolvimento e na qualidade da assistência prestada^(6,8,20,21).

Após a identificação da sintomatologia sugestiva de depressão e das alterações de saúde, bem como seu agrupamento e categorização por sistemas, realizou-se a análise bivariada para verificar possíveis associações entre as variáveis. A Tabela 2 evidencia que no grupo de doenças referente ao transtorno mental houve associação significativa com a sintomatologia sugestiva de depressão.

Tabela 2 – Profissionais de enfermagem do SAMU da Macrorregião de Mato Grosso do Sul, segundo alterações de saúde apresentadas, uso contínuo de medicação e presença de sintomatologia sugestiva de depressão, Campo Grande/MS – 2013 (n=85)

Variáveis	Sintomatologia sugestiva de depressão				RP ⁽¹⁾ (IC 95%)	p ⁽²⁾
	Sim (n=10)		Não (n=75)			
	Nº.	%	Nº.	%		

Alteração de saúde						
Sim	10	12,2	72	87,8		0 1,000
Não	0	0	3	100,0		
Lesões por acidente e doenças categorizadas por sistemas ⁽³⁾						
Transtorno mental	5	26,3	14	73,7	3,47 (1,12 – 10,75)	0,040
Doença urogenital	2	25,0	6	75,0	2,41 (0,61 – 9,45)	0,237
Doença do aparelho circulatório	1	14,3	6	85,7	1,24 (0,18 – 8,41)	1,000
Doença neurológica e sensorial	2	14,3	12	85,7	1,27 (0,30 – 5,35)	0,667
Doença digestiva	2	14,3	12	85,7	1,27 (0,30 – 5,35)	0,667
Lesão resultante de acidente	8	12,9	54	87,1	1,48 (0,34 – 6,48)	0,722
Lesão musculoesquelética	8	12,3	57	87,7	1,23 (0,28 – 5,33)	1,000
Doença dermatológica	5	12,2	36	87,8	1,07 (0,33 – 3,44)	1,000
Doença endócrina e metabólica	1	10,0	9	90,0	0,83 (0,12 – 5,90)	1,000
Doença do aparelho respiratório	1	6,7	14	93,3	0,52 (0,07 – 3,79)	0,683
Tumor	0	0	1	100,0		0 1,000
Doença no sangue	0	0	1	100,0		0 1,000
Outro problema ou doença	1	33,3	2	66,7	3,04 (0,55 – 16,88)	0,316

⁽¹⁾ Razão de prevalência (RP) com intervalo de confiança (IC) de 95%

⁽²⁾ Teste Exato de Fisher

⁽³⁾ Cada sujeito poderia indicar uma ou mais doenças

Ressalta-se ainda que, na análise pelo modelo múltiplo, a variável ser portador de transtorno mental manteve associação considerável com a sintomatologia sugestiva de depressão. Assim, a prevalência de sintomas sugestivos de depressão foi quatro vezes maior nos trabalhadores portadores de transtorno mental em comparação aos não portadores deste tipo de doença (Tabela 3).

Tabela 3 – Regressão de Cox para a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão entre profissionais da equipe de enfermagem do SAMU da Macrorregião de Mato Grosso do Sul, Campo Grande/MS, 2013 (n=85)

Variáveis	p	Razão de prevalência (RP)	IC 95% (RP)
Transtorno mental	0,028	4,20	1,17 - 15,08
Sexo	0,104	4,66	0,73 - 29,82
Vínculo empregatício	0,305	3,05	0,36 - 25,77
Horas dormidas por noite	0,418	2,46	0,28 - 21,79

A preocupação com esses resultados tange na dificuldade que os profissionais possuem em compreender e entender qual é de fato a conceituação de depressão, uma vez que ela pode ser definida como sintoma, síndrome e/ou doença⁽²⁴⁾. Vale ressaltar que dos 10 (11,8%) profissionais que apresentaram simultaneamente sintomatologia sugestiva de depressão e alteração de saúde no domínio do transtorno mental (transtorno emocional leve), somente 3 (3,5%) assinalaram tal alteração com base em diagnóstico médico, sendo que os outros 7 (8,3%) sujeitos autorreferem o transtorno mental. Além disso, dos 11,8% dos profissionais que apresentaram sintomatologia sugestiva de depressão, 5,9% afirmaram fazer uso contínuo de medicação e, ao analisar a indicação dos medicamentos informados, 2,4% utilizavam antidepressivos. Isso indica a necessidade de avaliação clínica desses profissionais visando diagnosticar o transtorno mental evidenciado para que seja adotado o tratamento correto.

A literatura mostra que o reconhecimento do diagnóstico das doenças mentais não acompanha a lógica e a objetividade de diagnósticos comuns, e que o maior desafio é realizar o diagnóstico precoce a fim de intervir de maneira preventiva nos sintomas depressivos⁽²³⁻²⁵⁾. É notório que o diagnóstico e o tratamento da depressão não são executados adequadamente

ou, simplesmente, não acontecem, e o mais preocupante é que tal fato está relacionado ao despreparo dos profissionais da saúde e do sistema de saúde brasileiro público e privado.

Essa afirmativa vai de encontro aos achados de um estudo que objetivou comparar o conhecimento e as opiniões que os enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde tinham acerca da depressão⁽²⁵⁾. Percebeu-se que os profissionais possuem concepções equivocadas em relação à doença. Isso pode implicar não só no diagnóstico errôneo e/ou tardio dos pacientes por eles atendidos mas também no próprio reconhecimento do seu estado de saúde, no que se refere às alterações da saúde mental.

Frente a isso, é fundamental que haja a produção de novos conhecimentos e a construção de um aparato estatístico e de saúde moderno que envolvam mudanças estruturais e individuais nos serviços de saúde para a identificação das doenças ocupacionais, bem como para a adoção de ferramentas de auxílio e estratégias de enfrentamento^(17,19,20,21).

CONCLUSÃO

Relacionando as alterações de saúde com os sintomas sugestivos de depressão observa-se que a prevalência de sintomas sugestivos de depressão foi quatro vezes maior nos trabalhadores portadores de transtorno mental em comparação aos não portadores deste tipo de doença.

A dinamicidade e a complexidade do trabalho desenvolvido no SAMU exige que os profissionais mantenham sua integridade física e mental preservadas, para que não ocorram prejuízos na qualidade da assistência prestada.

Sugere-se que é necessário acompanhar o estado de saúde desses trabalhadores, assim como melhorar as condições de trabalho, por meio de infraestrutura adequada, redução da jornada de trabalho, ampliação da equipe e valorização da equipe com salários mais justos, além da adoção de medidas de prevenção e estratégias de enfrentamento que estejam em conformidade com a legislação de proteção ao trabalhador.

Por fim, é importante que se desenvolvam outros estudos com o intuito de fortalecer e ampliar o conhecimento sobre a integração das temáticas saúde e trabalho a fim de que o processo saúde-doença seja compreendido como parte do ambiente ocupacional moderno.

REFERÊNCIAS ARTIGO II

- 1- Stumm EMF, Ribeiro G, Kirchner RM, Loro MM, Rosanelli CLSP. Avaliação da saúde e qualidade de vida: profissionais de um SAMU. *Cogitare enferm.* 2009; 14(4): 620-27.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.864/GM.** 29 set. 2003: institui o componente pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências, por intermédio da implantação de serviços de atendimento móvel de urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b.
- 3- Paiva MHRS, Oliveira AC. Conhecimento e atitudes de trabalhadores de um serviço público de emergência sobre adoção de precauções padrão. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(4): 704-10.
- 4- Alves M, Rocha TB, Ribeiro HCT, Gomes GG, Brito MJM. Particularidades do trabalho do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(1): 208-15.
- 5- Blog da Saúde. 10 anos do SAMU! é o SUS que vai até você. Ministério da Saúde [Internet]. 2013 [acesso em 2014]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/programasecampanhas/33368-10-anos-do-samu-e-o-sus-que-vai-ate-voce>.
- 6- Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MHP. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(2): 487-93.
- 7- Silva SM, Baptista PCP, Felli VEA, Martins AC, Sarquis LMM, Mininel VA. Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21(1): 9 telas.

- 8- Martins CCF, Vieira NA, Moraes FRR. . O desgaste relacionado ao trabalho na ótica dos enfermeiros de atendimento pré-hospitalar. Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. online. 2011; 3(2): 2024-32.
- 9- Mendes ACG, Araújo-Júnior JLAC, Furtado BMASM, Duarte PO, Silva ALA, Miranda GMD. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. Rev Bras Enferm. 2013; 66(2): 161-66.
- 10- Santana JCB, Silva RCL, Souza VAG, Graças APRM, Oliveira MM, Tálamo CP. Ética e humanização da assistência em um serviço de atendimento pré-hospitalar: o que pensam os profissionais de saúde. Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. online. 2012; 4(4): 2744-54.
- 11- Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. Rev. Saúde pública. 2009; 43(3): 525-32.
- 12- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch General Psych. 1961; 4: 561-71.
- 13- Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Rev. Psiquiatr. Clín. 1998; 25(5): 245-50.
- 14- Gorenstein C, Andrade L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. Braz. j. med. biol. res. 1996; 29(4): 453-57.
- 15- Azambuja EP, Pires DEP, Vaz MRC, Marziale MHP. É possível produzir saúde no trabalhador da enfermagem? Texto Contexto Enferm. 2010; 19(4): 658-66.
- 16- Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. Rev Bras Enferm. 2009; 62(1): 38-44.

- 17-Spreewuers D, Strikwerda DC, Weel ANH. . Registration of work-related diseases, injuries, and complaints in Aruba, Bonaire, and Curaçao. *Pan American Journal of Public Health*. 2012; 31(2): 109-14.
- 18-Manetti ML, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. *Rev. RENE*. 2008; 9(1): 111-19.
- 19-Nardi HC, Ramminger T. Políticas públicas em saúde mental e trabalho: desafios políticos e epistemológicos. *Psicol., Ciênc. Prof. (Impr)*. 2012; 32(2): 374-87.
- 20-Dalri RCMB, Robazzi MLCC, Silva LA. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. *Cienc. enferm*. 2010; 16(2): 69-81.
- 21-Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(2): 225-33.
- 22-Martins JT, Bobroff MCC, Ribeiro RP, Robazzi MLCC, Marziale MHP, Haddad MCFL. Significados de cargas de trabalho para enfermeiros de pronto socorro/emergência. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(1): 40-6.
- 23-Organização Mundial de Saúde [homepage na internet]. Geneva; 2014 [acesso em 9 jun 2014]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/managemnet/depression/es/
- 24-Paranhos ME, Werlang BG. Diagnóstico e intensidade da depressão. *Barbarói*. 2009; 31: 114-24.
- 25-Furegato ARF, Candido MCFS, Costa-Júnior ML. Comparing Knowledge and Opinions on Depression among Nurses in the Health Services. *Rev. Saúde Públ*. 2009; 11(2): 200-11.

5 CONCLUSÃO FINAL

A prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão encontrada nos profissionais de enfermagem, que atuam no SAMU da Macrorregião do estado de Mato Grosso do Sul, foi de 11,8%.

Sabe-se que devido às características do trabalho em urgência e emergência, é imprescindível que o profissional tenha sua saúde física e mental preservada, através de acompanhamento periódico de seu estado de saúde com adoção de medidas de prevenção e estratégias de enfrentamento, independente de sua atividade e em conformidade com a legislação de proteção ao trabalhador. Além disso, aponta-se a necessidade de melhoria das condições de trabalho, por meio de infraestrutura adequada, redução da jornada de trabalho, ampliação da equipe e valorização dos profissionais com salários mais justos.

Tais adequações são fundamentais, uma vez que os sintomas assinalados no IDB mostraram-se com alto percentual para irritabilidade, fadiga, preocupação somática com o estado de saúde, falta de satisfação e distúrbio do sono. As variáveis de identificação das características sociodemográficas e profissionais não apresentaram associação significativa com a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão.

Relacionando as alterações de saúde com os sintomas sugestivos de depressão, constatou-se que a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão foi quatro vezes maior nos trabalhadores portadores de transtorno mental, em comparação aos não portadores deste tipo de doença. Tal resultado pode ser reflexo da dificuldade que os profissionais possuem em compreender e entender qual é de fato a conceituação de depressão, uma vez que ela pode ser definida como sintoma, síndrome e/ou doença.

Diante dos achados, nota-se a importância da integração das políticas de Saúde Mental e Saúde do Trabalhador na perspectiva da compreensão do processo saúde-doença que incide no ambiente ocupacional.

Por fim, é preciso que se desenvolvam outros estudos com o objetivo de fortalecer e ampliar o conhecimento sobre a integração das temáticas, para que sejam adotadas medidas de prevenção e estratégias de enfrentamento das doenças ocupacionais, melhorando a qualidade de vida do profissional, bem como a assistência por ele prestada.

REFERÊNCIAS

AYRES, M. *et al.* **BioEstat**: aplicações estatísticas das Ciências Bio-médicas [programa de computador]. Versão 5.0. Belém (PA): Sociedade Mamirauá, 2007.

AMARAL, G. F. *et al.* Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 124-130, Maio. 2008.

AVELAR, V. L. L. M; PAIVA, K. C. M. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1010-1018, nov/dez. 2010.

AZAMBUJA, E. P. *et al.* É possível produzir saúde no trabalhador da enfermagem? **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 658-666, out/dez. 2010.

BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M. Validade da escala de depressão; relação com ansiedade e stress laboral. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 3, p. 345-352, jul/set. 2011.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; GARBIN, M. G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, Philadelphia, v. 8, p. 77-100, 1988.

BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, Philadelphia, v. 4, p. 561-571, Jun. 1961.

BEZERRA, F. N.; SILVA, T. M.; RAMOS, V. P. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. especial 2, p. 151-156, Jul. 2012.

BLOG DA SAÚDE. **10 anos do SAMU! é o SUS que vai até você**. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/programasecampanhas/33368-10-anos-do-samu-e-o-sus-que-vai-ate-voce>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

BOTTOLI, C.; MORAES, M. A.; GOLDMEIER, S. Fatores de risco cardiovasculares em trabalhadores de enfermagem em um centro de referência no sul do Brasil. **Ciencia y Enfermería**, Chile, v. 15, n. 3, p. 101-109. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência nacional de saúde do trabalhador**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **I Conferência nacional de saúde mental**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987.

_____. Ministério da Saúde. **II Conferência nacional de saúde mental**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **II Conferência nacional de saúde do trabalhador**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **III Conferência nacional de saúde mental**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.2016/GM**. 6 abr. 2001: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048/GM**, 5 nov. 2002: aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863/GM**. 29 set. 2003: institui a política nacional de atenção às urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.864/GM**. 29 set. 2003: institui o componente pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências, por intermédio da implantação de serviços de atendimento móvel de urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 29 set. 2003. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003c

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de segurança e saúde do trabalhador**. 29 dez. 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600/GM**. 7 jul. 2011: reformula a política nacional de atenção às urgências institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823/GM**, 23 ago. 2012: institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CAMARGO, D. A.; CAETANO, D. Síndrome psiquiátricas não orgânicas relacionadas ao trabalho. In: CAMARGO, D. A.; CAETANO, D.; GUIMARÃES, L. A. M. **Psiquiatria ocupacional**: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. São Paulo: Atheneu, 2010. cap. 6, p. 57-72.

CAMPOS, R. M.; FARIAS, G. M.; RAMOS, C. S. Satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU/Natal. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 647-657. 2009.

CAPONI, S. Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. **Interface: Comunicação, Saúde, Comunicação**, v. 13, n. 29, p. 327-338, abr/jun. 2009.

CASTRO, S. M. J.; TRENTINI, C.; RIBOLDI, J. Teoria da resposta ao item aplicada ao inventário de Depressão de Beck. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 487-501, Set. 2010.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Updated U.S. public health service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. **MMWR**, 2001; 50 (RR-11):1-54.

CHIAVERINI, D. H. *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato de experiência de Porto Alegre-RS. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 659-666, jul/set. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº375**: dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido, de 22 de março de 2011. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html>. Acesso em: 13 mar. 2014.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38-44, jan/fev. 2009.

COSTA, I. K. F. **Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Rio Grande do Norte**. 2011. 218f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

DALRI, R. C. M. B; ROBAZZI, M. L. C. C.; SILVA, L. A. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. **Ciencia y Enfermería**, Chile, v. 16, n. 2, p. 69-81. 2010.

DUARTE, S. J. H.; LUCENA, B. B.; MORITA, L. H. M. atendimentos prestados pelo serviço móvel de urgência em Cuiabá, MT, Brasil. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 502-507, jul/set. 2011.

ESPIRIDÃO, E. *et al.* A enfermagem psiquiátrica, a ABEn e o departamento científico de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. especial, p. 171-176, Set. 2013.

FERNANDES, M. A. *et al.* Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 3125-3135, out/dez. 2012.

FLECK, M. P. A *et al.* Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 114-122, Mar. 2003.

FRANÇA, S. P. S. *et al.* Preditores da síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 68-73, Jun. 2012.

FRANCO, G. P.; BARROS, A. L. B. L.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 139-144, mar/abr. 2005.

FUREGATO, A. R. F.; CANDIDO, M. C. F. S.; COSTA-JÚNIOR, M. L. Comparing knowledge and opinions on depression among nurses in the health services. **Revista de salud publica**, v. 11, n. 2, p. 200-211, Abr. 2009.

FUREGATO, A. R. F. *et al.* Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 401-408, Jul. 2005.

FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F.; SILVA, E. C. Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 1-7, mar/abr. 2008.

_____. Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 506-516, jul/ago. 2010.

GAO, Y. *et al.* Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. **Journal of advanced nursing**, v. 68, n. 5, p. 1166-1175, Ago. 2011.

GARRO, I. M. B.; CAMILLO, S. O.; NÓBREGA, M. P. S. S. Depressão em graduandos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 162-167, Mar. 2006.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 453-457, Jan. 1996.

_____. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-250, set/out. 1998.

INOQUE, K. C. *et al.* Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 722-729, set/out. 2013.

JOLIVET, A. *et al.* Linking hospital workers' organisational work environment to depressive symptoms: A mediating effect of effort-reward imbalance? The ORSOSA study. **Social Science e Medicine**, v. 71, p. 534-540, Abr. 2010.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 738-744, set/out. 2013.

LEMO, V. A.; BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M. Suporte familiar, crenças irracionais e sintomatologia depressiva em estudantes universitários. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 20-29. 2011.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, Jun. 2011.

MAJ, M.; SARTORIUS, N. Transtornos depressivos. Porto Alegre: Atheneu, 2005.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estudos de Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 79-85, Jan. 2007.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZI, M. L. C. C. Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 11-119, jan/mar. 2008.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 525-532, maio/jun. 2009.

MARTINS, C. C. F.; VIEIRA, A. N.; MORAIS, F. R. R. O desgaste relacionado ao trabalho na ótica dos enfermeiros de atendimento pré-hospitalar. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 2024-2032. 2011.

MARTINS, C. C. F.; VIEIRA, A. N.; SANTOS, V. E. P. Reflexos do trabalho na qualidade de vida de enfermeiros. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 2966-2971, out/dez. 2012.

MARTINS, J. T. *et al.* Significados de cargas de trabalho para enfermeiros de pronto socorro/emergência. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 40-46, jan/mar. 2013.

MEDRONHO, R. A. (Org.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. MELLO, D. B. **Violência no trabalho em um serviço de atendimento móvel de urgência**. 2012. 77f. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MENDES, A. C. G. *et al.* Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 161-166, mar/abr. 2013.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, Ago. 2008.

NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. Políticas públicas em saúde mental e trabalho: desafios políticos e epistemológicos. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 374-387, Jan. 2012.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404. 2010.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 141-160. 2012.

_____. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 199-210. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID-10**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.ht>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: Agência das Nações Unidas especializada em saúde, criada em 7 de abril de 1948. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/. Acesso em: 7 Jun 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: Agência das Nações Unidas especializada em saúde, criada em 7 de abril de 1948. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>. Acesso em: 7 Jun 2014.

PAIVA, M. H. R. S. **Acidentes ocupacionais por exposição a material biológico entre trabalhadores do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de Minas Gerais**. 2012. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

PAIVA, M. H. R. S.; OLIVEIRA, A. C. Conhecimento e atitudes de trabalhadores de um serviço público de emergência sobre adoção de precauções padrão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 704-710, jul/ago. 2011.

PARANHOS, M. E.; WERLANG, B. G. Diagnóstico e intensidade da depressão. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 31, p. 111-124, ago/dez. 2009.

PITTERI, J. S. M.; MONTEIRO, P. S. Caracterização do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) em Palmas – Tocantins, Brasil, em 2009. **Comunicação Ciências e Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 227-236, jul/set. 2010.

PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Brasília, v. 21, p. 6-11, Maio. 1999.

RAJBHANDARY, S.; BASU, K. Working conditions of nurses and absenteeism: is there a relationship? An empirical analysis using national survey of the work and health of nurses. **Health Policy**, Canadá, v. 97, p. 152-159. 2010.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Saúde mental e saúde do trabalhador: análise das conferências nacionais brasileiras. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 680-693, Dez. 2007.

RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 355-60, maio/jun. 2005.

RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Avaliação da qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Latino-Americana de**

Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. [9 telas], maio/jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_17.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

ROMANZINI, E. M.; BOCK, L. F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. [8 telas], mar/abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_15.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2012.

SAAVEDRA, A. Z.; MÜHLENBROCK, P. Promoción de la saude mental ocupacional: revisión y proyecciones para Chile. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria**, Santiago, v. 47, n. 4, p. 293-302, Out. 2009.

SAKURAI, H. Occupational safety and health in Japan: current situations and the future. **Industrial Health**, Japão, v. 50, p. 253-260, Jun. 2012.

SALA, A. *et al.* Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2168-2178, Out. 2009.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 856-862, nov/dez. 2009.

SANCHES, S.; DUARTE, S. J. H.; PONTES, E. R. J. C. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência em Campo Grande-MS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 95-102. 2009.

SANTANA, J. C. B. *et al.* Desafios enfrentados pelos técnicos de enfermagem que atuam em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 4-15, jan/abr. 2012a.

SANTANA, J. C. B. *et al.* Ética e humanização da assistência em um serviço de atendimento pré-hospitalar: o que pensam os profissionais de saúde. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 2744-2754, out/dez. 2012b.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 487-493, Mar. 2011.

SCHMIDT, D. R. C. *et al.* Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 13-17, jan/fev. 2013.

SILVA, M. C. F.; FUREGATO, A. R. F.; COSTA JÚNIOR, M. L. C. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 7-13, jan/fev. 2003.

SILVA, S. M. *et al.* Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, [9 telas], jan/fev. 2013.

SOARES, J. C. Transtornos afetivos: pesquisa e perspectivas para o futuro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, p. 48-51, Maio. 1999.

SOERENSEN, A. A. *et al.* Acidentes com material biológico em profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 234-239, abr/jun. 2009.

SPREEUWERS, D.; STRIKWERDA, D. C.; WEEL, A. N. H. Registration of work-related diseases, injuries, and complaints in Aruba, Bonaire, and Curaçao. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 31, n. 2, p. 109-114, 2012.

STUMM, E. M. F. *et al.* Avaliação da saúde e qualidade de vida: profissionais de um SAMU. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 620-627, out/dez. 2009.

TIPPLE, A. F. V. *et al.* Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para trabalhadores da saúde e não saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 378-384, maio/jun. 2013.

TUOMI, K.; ILMARINEM, J.; JAHAKOLA, A.; KATAJARINNE, L.; TULKKI, A. **Índice de Capacidade para o Trabalho**. Trad. De FISCHER, F. M. et al. Helsinque: Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional. 1997. 25p.

VARGAS, D.; DIAS, A. P. V. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. [9 telas], set/out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_08.pdf>. Acesso em: 22 out. 2012.

ZAPPAROLI, A. S.; MARZIALE, M. H. P. Risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 41-46, jan/fev. 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A- Formulário com características sociodemográficas e profissionais

SEÇÃO I: Dados gerais

- 1- Nome fictício: _____
- 2- Qual sua idade? _____ (em anos).
- 3- Sexo: () Feminino () Masculino
- 4- Qual seu estado civil:
 - A () Solteiro(a)
 - B () Casado(a) / Mora com um(a) companheiro(a) / União estável
 - C () Separado(a) / Divorciado(a) / Desquitado(a)
 - D () Viúvo(a)
- 5- Qual a sua renda familiar? (Some todos os salários brutos, sem deduções/descontos, das pessoas do seu grupo familiar que trabalham, inclusive o seu rendimento) _____ (em reais)
- 6- Quantas pessoas dependem desta renda, **inclusive você?** _____
- 7- Onde e como você mora atualmente?
 - A () Em imóvel próprio, com sua família.
 - B () Em imóvel próprio, sozinho.
 - C () Em imóvel alugado, com sua família.
 - D () Em imóvel alugado, sozinho.
 - E () De favor, em casa de outros familiares.
 - F () De favor, em casa de amigos.
 - G () Em habitação coletiva: hotel, pensionato, república, etc.
 - H () Outra situação (especifique): _____.
- 8- Você pratica atividades de lazer? () Sim () Não
(Caso responda NÃO, deixe a questão 09 em branco e pule para a Seção II)
- 9- Das atividades de lazer listadas abaixo, qual(is) você costuma praticar? **(Pode marcar uma ou mais respostas) / COLOQUE NA FRENTE DE CADA ALTERNATIVA QUE VOCÊ ASSINALAR, A QUANTIDADE DE HORAS SEMANAIS QUE VOCÊ GASTA FAZENDO ESSA ATIVIDADE.**
 - A () Ficar em casa vendo TV, navegando pela Internet, etc. _____(horas).
 - B () Sair à noite para bares, baladas e outros locais onde há bebida e música. _____(horas).
 - C () Ir ao teatro, cinema e outras atividades culturais do tipo. _____(horas).
 - D () Praticar esportes. _____(horas)
 - E () Viajar com a família e/ou amigos. _____(horas).
 - F () Outras (especifique): _____. _____(horas)

SEÇÃO II: Dados profissionais

- 10- Qual a sua categoria profissional?
 - A () Técnico de enfermagem
 - B () Enfermeiro
 - C () Auxiliar de Enfermagem
- 11- Há quanto tempo você exerce a profissão? _____ (em anos)
- 12- Há quanto tempo você trabalha aqui no SAMU? _____ (em anos)
- 13- Você possui algum curso de Pós-Graduação? () Sim () Não **(Caso responda NÃO, pule para a questão 15)**

- 14- Qual?
 A () Especialização/ Residência Profissional
 B () Mestrado
 C () Doutorado
 D () Pós-Doutorado
- 15- No momento, você está estudando e/ou fazendo algum curso? () Sim () Não
- 16- Quantos vínculos empregatícios você possui?
 A () Somente 1 vínculo empregatício.
 B () 2 vínculos empregatícios.
 C () 3 ou mais vínculos empregatícios.
- 17- Em qual(is) período(s) você trabalha? **(Pode marcar uma ou mais respostas)**
 A () Período integral (manhã e tarde)
 B () Período Matutino
 C () Período Vespertino
 D () Período Noturno
- 18- Quantas horas você trabalha por dia? _____ (em horas)
- 19- Em média, quantas horas você costuma dormir por noite? _____ (em horas)
- 20- Você possui veículo próprio para se locomover até o trabalho (carro e/ou moto)?
 () Sim () Não

SEÇÃO III: Doenças atuais

Leia com atenção as seguintes instruções:

- ✓ Nas questões abaixo, assinale as suas doenças ou lesões fazendo um círculo em volta do número.
- ✓ Faça um “X” nas opções que especificam se elas **foram diagnosticadas por um médico** ou se **você se considera com a doença/lesão por conta própria.**
- ✓ Na ausência de doença e/ou lesão, **NÃO** assinale nenhuma alternativa.
- ✓ **Veja o exemplo:**

LESÃO MÚSCULO –ESQUELÉTICA

- 05** Perturbação na parte superior das costas e pescoço, com dor frequente: (X) **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

- ✓ **AGORA, RESPONDA AS QUESTÕES!**

1. LESÃO RESULTANTE DE ACIDENTE

- 01 Coluna / Costas: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 02 Membro superior / Mão: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 03 Membro inferior / Pé: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 04 Outras partes do corpo: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
 (Onde: _____) / (Que tipo de lesão?: _____)

2. LESÃO MÚSCULO – ESQUELÉTICA

- 05** Perturbação na parte superior das costas e pescoço, com dor frequente: () **Opin.própria** () **Diagn .médico**
- 06** Perturbação na parte inferior das costas/coluna lombar, com dor frequente: () **Opin.própria** () **Diagn .médico**
- 07** Ciática, dor nas costas para a perna: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 08** Perturbação dos membros superiores ou inferiores (mãos/pés), com dor frequente: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 09** Reumatismo, dor nas articulações: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 10** Outra perturbação músculo-esquelética: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
(Qual:_____)

3. DOENÇA DO APARELHO CIRCULATÓRIO

- 11** Hipertensão (pressão alta): () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 12** Doença coronariana, fadiga, dor no peito (angina de peito): () **Opinião própria** () **Diag. Médico**
- 13** Trombose coronária, enfarto do miocárdio: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 14** Insuficiência cardíaca: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 15** Outra doença cardiovascular: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
(Qual:_____)

4. DOENÇA RESPIRATÓRIA

- 16** Infecções repetidas nas vias respiratórias (amigdalite, sinusite, bronquite aguda): () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 17** Bronquite crônica: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 18** Sinusite crônica: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 19** Asma: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 20** Enfisema pulmonar: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 21** Tuberculose: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
- 22** Outra doença respiratória: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
(Qual:_____)

5. TRANSTORNO MENTAL

- 23** Transtorno emocional severo (ex. depressão severa): () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

24 Transtorno emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia): () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

6. DOENÇA NEUROLÓGICA E SENSORIAL

25 Problema ou diminuição da audição: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

26 Doença ou lesão da visão (**NÃO ASSINALE** se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau): () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

27 Doença neurológica (AVE, enxaqueca, epilepsia): () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

28 Outras doenças no sistema nervoso ou dos órgãos do sentido: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
(Qual: _____)

7. DOENÇA DIGESTIVA

29 Pedras ou doença da vesícula biliar: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

30 Doença do pâncreas ou no fígado: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

31 Úlcera gástrica ou duodenal: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

32 Gastrite ou irritação duodenal: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

33 Colite ou irritação do cólon: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

34 Outra doença digestiva: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico** (Qual: _____)

8. DOENÇA URO-GENITAL

35 Infecção urinária: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

36 Doença renal: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

37 Doença do aparelho reprodutor (ex. infecção da próstata nos homens, ou nos ovários ou útero na mulheres): () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

38 Outra doença uro-genital: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
(Qual: _____)

9. DOENÇA DERMATOLÓGICA

39 Alergia / eczema: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

40 Outro tipo de irritação da pele: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
(Qual: _____)

41 Outro tipo de doença da pele: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
(Qual: _____)

10. TUMOR

42 Tumor benigno: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

43 Tumor maligno (Câncer): () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
(Onde: _____)

11. DOENÇA ENDÓCRINA E METABÓLICA

44 Obesidade: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

45 Diabetes: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

46 Bócio ou outra doença da tireóide: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

47 Outra doença endócrina ou metabólica: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
(Qual: _____)

12. DOENÇA NO SANGUE

48 Anemia: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**

49 Outra doença no sangue: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
(Qual: _____)

13. DEFICIÊNCIA CONGÊNITA

50 Deficiência congênita: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
(Qual: _____)

14. OUTRO PROBLEMA OU DOENÇA

51 Outro problema ou doença: () **Opinião própria** () **Diagnóstico médico**
(Qual: _____)

15. MEDICAÇÃO

52 Faz uso contínuo de alguma medicação: () **SIM** () **NÃO**
Se **SIM**, **QUAL?** _____

ANEXOS

ANEXO A- Autorização do Município de Três Lagoas

SUS Sistema
Único de
Saúde



AUTORIZAÇÃO

Em atenção a solicitação através do ofício nº 01/2012, autorizamos o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa- Mestrado em Enfermagem com o título “ **A Identificação da Depressão na Equipe de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Mato Grosso do Sul**”.

Três Lagoas, 21 de janeiro de 2013


Eliane Cristina Figueiredo Brilhante
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO B- Autorização do Município de Campo Grande

Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de Gestão e Políticas de Saúde

Autorização

Prezado Senhor,

Informamos que está autorizada a pesquisadora Mayara Caroline Ribeiro Antonio a realizar a pesquisa intitulada "A Identificação da Depressão na Equipe de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Mato Grosso do Sul" na Unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

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

Campo Grande, 13 de maio de 2012.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita de Elizete da Rocha Vieira em tinta azul.

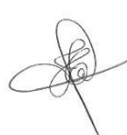
Elizete da Rocha Vieira
Diretora de Gestão e Políticas de Saúde

Assinatura manuscrita de Regina L. Portioli Furlanetti em tinta azul.

Regina L. Portioli Furlanetti
Coordenadoria de Convênios de Coop.
Mútua

ANEXO C- Autorização do Município de Dourados



ANEXO I
Solicitação de estágio curricular, extracurricular e não remunerado, aulas práticas, visitas, pesquisas, extensão e trabalhos.
Dados da Instituição/Requerente:UFMS
Curso: Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado em Enfermagem
Professor: Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido Cel.: (67) 9101-5239
Disciplina: Desenvolvimento da pesquisa do Mestrado em Enfermagem
Nome Completo dos Alunos:
Mayara Caroline Ribeiro Antonio Cel.: (67) 9275-4556
Atividade:
() Estágio Curricular () Estágio Extracurricular e não Remunerado
() Aulas Práticas () Visitas (X) Pesquisa () Extensão () Trabalhos _____
Proposta de Cronograma:
Data: 08/13 à 08/14 Período: I(X) Local: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
Tema/Projeto/Solicitação: (Descrever sucintamente)
Título: A identificação da depressão na equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Mato Grosso do Sul
Projeto aprovado:
O projeto de pesquisa será avaliado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e/ou instituições envolvidas segundo a normatização da Resolução nº 196/96
Objetivo:
Identificar a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão em trabalhadores da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da Macro Região do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil; Comparar os achados do estudo com a prevalência de depressão na população em geral.
Atividade a ser realizada na Rede de Saúde Municipal:
O estudo será realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Serviço Público de Saúde dos Municípios de Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas, que representam/compõem a Macro Região do Estado de Mato Grosso do Sul. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa dos dados. Será utilizado o recurso da psicometria, que engloba os testes psicológicos, os inventários, os questionários e as escalas. A amostra será constituída por profissionais da equipe de enfermagem lotados no SAMU. A coleta de dados procederá no segundo semestre do ano de 2013. Far-se-á uso do Inventário de Depressão de Beck com o consentimento do entrevistado (autorização por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE).
Apreciação da CEPET em: 15/05/13. (X) Aprovado
Data: 08/13 à 08/14 Período: I(X) Local: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
Quantidade de Alunos: 01
*** Os Alunos deverão OBRIGATORIAMENTE apresentar a cópia deste ao coordenador da unidade, a FALTA, impedirá adentrar e realizar suas atividades.
Devolutivas à CEPET:
(X) Entregar cópia à SeMs: Após a conclusão da pesquisa para constar no acervo desta secretaria.
 Flavia Claudia K. J. de Brito Presidente da CEPET Matrícula: 114764192

ANEXO D- Autorização do Município de Corumbá



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Campo Grande, 27 de Fevereiro de 2013.

Ofício nº 06/2013
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde- CCBS
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

A Sua Senhoria
Suzana Figueiredo Pereira
Coordenadora de Atenção Básica
Corumbá- MS

Assunto: **Projeto de pesquisa – Mestrado em Enfermagem**

Prezada Senhora:

Venho por meio deste, solicitar a Vossa Senhoria a autorização para que seja realizada a pesquisa intitulada **“A IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE MATO GROSSO DO SUL”**, envolvendo a seguinte instância: a) Unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Trata-se de um trabalho que será desenvolvido através do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campo Grande, para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, sendo realizada com os profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, dos municípios de Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas..

O projeto de pesquisa está sob orientação da Profª Drª Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido, que se encontra disponível no tel: (67) 9101-5239, para dar maiores informações e/ou esclarecer dúvidas a respeito da pesquisa.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

Autorizado

Suzana de Figueiredo Pereira
Coordenadora de Atenção Em Saúde
Decreto "P" Nº 137/2013

22/04/13

[Assinatura]
Mayara Caroline Ribeiro Antonio
Mestranda em Enfermagem UFMS-
Coordenadora do Projeto de Pesquisa

ANEXO E- Comprovante de envio do projeto ao CEP

UFMS 
COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: A Identificação da depressão na Equipe de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Mato Grosso do Sul Pesquisador: Mayara Caroline Ribeiro Antonio Versão: 2 CAAE: 12705913.1.0000.0021 Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS
DADOS DO COMPROVANTE
Número do Comprovante: 004971/2013 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110 UF: MS Município: CAMPO GRANDE Telefone: ((67) 33)45-7-187 Fax: ((67) 33)45-7-187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br

ANEXO E- Parecer consubstanciado do CEP

UFMS	
------	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A identificação da depressão na Equipe de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Mato Grosso do Sul

Pesquisador: Mayara Caroline Ribeiro Antonio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12705913.1.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 282.196

Data da Relatoria: 26/03/2013

Apresentação do Projeto:

A depressão e sua sintomatologia são consideradas como principais causas de sobrecarga mental e incapacidade das atividades diárias na população em geral. A importância deste estudo encontra-se no fato de que a depressão e sua sintomatologia não tem sido o foco principal das pesquisas, especialmente envolvendo a equipe de enfermagem. Há sim, inúmeros relatos de autores que associam a depressão com aspectos de esgotamento profissional, estresse, ansiedade e Síndrome de Burnout, mas não fazem dela seu objeto de estudo (FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005; ROMANZINI; BOCK, 2010).

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

- Identificar a prevalência de sintomatologia sugestiva de depressão em trabalhadores da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da Macro Região do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil.

Específico:

- Identificar a taxa de prevalência de sintomas depressivos por município integrante da pesquisa.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS		
Bairro: Caixa Postal 549	CEP: 79.070-110	
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE	
Telefone: ((67) 33)45-7-187	Fax: ((67) 33)45-7-187	E-mail: bioetica@propp.ufms.br


Edison dos Reis
Vice-coordenador
CEP/UFMS

UFMS



Continuação do Parecer: 282.196

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos: O sujeito do estudo pode se sentir constrangido ao responder algumas questões do instrumento de coleta de dados.

Em relação aos benefícios: Auxiliar no diagnóstico e tratamento precoce; Divulgação e ampliação do conhecimento sobre o reconhecimento dos sintomas depressivo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa dos dados. Os sujeitos da pesquisa correspondem a profissionais da equipe de enfermagem de atuação no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas. A amostra será constituída por todos os profissionais que aceitarem participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Informa os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da pesquisa. Serão efetuadas visitas de observação organizacional para obtenção e registro de informações sobre a dinâmica e infraestrutura do serviço e para o agendamento da coleta de dados. Para a realização da coleta de dados referentes à detecção de sintomas depressivos, será utilizado o Inventário de Depressão de Beck (IDB). O instrumento de coleta será autoaplicado no local de trabalho nos três turnos (manhã, tarde e noite). O trabalhador poderá escolher o horário que preferir responder o instrumento de coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresentou o instrumento para coleta dos dados (questionário).
- Apresentou a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande apenas para observação e para a pesquisa dos dados em prontuários. No entanto, no documento não está esclarecido a permissão para o preenchimento dos questionários pelos pesquisados.
- Apresentou o documento da Secretaria Municipal de Dourados com a probabilidade de autorização da pesquisa nesta instituição.
- Apresentou a autorização da Secretaria Municipal de Três Lagoas.
- Não apresentou o documento de autorização da Secretaria Municipal de Corumbá.
- Apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com as modificações sugeridas.

Recomendações:

O projeto necessita de encaminhamento das autorizações dos locais onde será realizada a coleta

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: ((67) 33)45-7-187 Fax: ((67) 33)45-7-187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br

Edilson dos Reis
 Vice-coordenador
 CEPI/UFMS

UFMS



Continuação do Parecer: 282.196

de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As solicitações de anexar as Autorizações das Instituições foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 23 de Maio de 2013

Assinador por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Edilson dos Reis
Vice-coordenador
CEP/UFMS

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: ((67) 33)45-7-187 Fax: ((67) 33)45-7-187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br

ANEXO G- Carta de aprovação do CEP

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

O protocolo CAAE 12705913.1.0000.0021 da Pesquisadora Mayara Caroline Ribeiro Antonio intitulado "Identificação dos sintomas depressivos na Equipe de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Mato Grosso do Sul", foi revisado por este comitê e aprovado em reunião ordinária no dia 8 de agosto de 2013, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Edilson dos Reis

Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 12 de agosto de 2013

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187

ANEXO H- Inventário de Depressão de Beck (IDB)

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia **cuidadosamente** cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu **NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas.

OBS: CERTIFIQUE-SE de LER todas as afirmações em CADA grupo ANTES de fazer a sua escolha:

- 1) 0 Eu não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Eu me sinto triste o tempo todo e não consigo sair disso.
 - 3 Eu estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.
- 2) 0 Eu não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desencorajado em relação ao futuro.
 - 2 Eu sinto que não tenho nada porque esperar.
 - 3 Eu sinto que o futuro não tem esperanças e que as coisas não podem melhorar.
- 3) 0 Eu não me sinto um fracasso.
 - 1 Eu sinto que falhei mais do que a média das pessoas.
 - 2 Quando olho para trás em minha vida, tudo o que consigo ver é um monte de fracassos.
 - 3 Eu sinto que sou um fracassado completo como pessoa.
- 4) 0 Eu obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava ter.
 - 1 Eu não gosto das coisas do modo como costumava gostar.
 - 2 Eu não obtenho satisfação real de mais nada.
 - 3 Eu estou insatisfeito ou entediado com tudo.
- 5) 0 Eu não me sinto particularmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado durante uma boa parte do tempo.
 - 2 Eu me sinto bastante culpado durante a maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto culpado o tempo todo.
- 6) 0 Eu não sinto que estou sendo punido.
 - 1 Eu sinto que posso ser punido.
 - 2 Eu espero ser punido.
 - 3 Eu sinto que estou sendo punido.
- 7) 0 Eu não me sinto decepcionado comigo.
 - 1 Eu estou decepcionado comigo.
 - 2 Eu estou aborrecido comigo.
 - 3 Eu me odeio.

- 8) 0 Eu não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa
- 1 Eu me critico pelas minhas fraquezas ou erros.
 - 2 Eu me inculpo o tempo todo pelas minhas falhas.
 - 3 Eu me inculpo por tudo de ruim que acontece.
- 9) 0 Eu não tenho pensamento nenhum de me matar.
- 1 Eu tenho pensamentos de me matar, mas não os colocaria em prática.
 - 2 Eu gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.
- 10) 0 Eu não choro mais do que o habitual.
- 1 Eu choro mais agora do que costumava chorar
 - 2 Eu choro o tempo inteiro agora.
 - 3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora eu não consigo chorar mesmo que queira.
- 11) 0 Eu não estou mais irritado agora do que sempre estou.
- 1 Eu fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar.
 - 2 Eu me sinto irritado o tempo inteiro agora.
 - 3 Eu não fico nenhum pouco irritado por coisas que costumava me irritar.
- 12) 0 Eu não perdi o interesse pelas outras pessoas.
- 1 Eu estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar.
 - 2 Eu perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
 - 3 Eu perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
- 13) 0 Eu tomo decisões mais ou menos tão bem quanto eu sempre consegui.
- 1 Eu adio tomar decisões mais do que costumava adiar.
 - 2 Eu tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes.
 - 3 Eu não consigo mais tomar decisão alguma.
- 14) 0 Eu não sinto que minha aparência esteja pior do que era.
- 1 Eu estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente.
 - 2 Eu sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer não atraente.
 - 3 Eu acredito que pareço feio.
- 15) 0 Eu consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes.
- 1 É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa.
 - 2 Eu tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
 - 3 Eu não consigo mais fazer trabalho algum.
- 16) 0 Eu consigo dormir tão bem quanto o habitual.
- 1 Eu não durmo tão bem quanto costumava dormir.
 - 2 Eu acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir.
 - 3 Eu acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

- 17) 0 Eu não fico mais cansado do que o habitual.
- 1 Eu fico cansado mais facilmente do que costumava ficar.
 - 2 Eu fico cansado ao fazer quase qualquer coisa.
 - 3 Eu estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18) 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
- 1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser.
 - 2 Meu apetite está muito pior agora.
 - 3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19) 0 Eu perdi pouco ou nenhum peso ultimamente.
- 1 Eu perdi mais de 2,5 Kg.
 - 2 Eu perdi mais de 5 Kg.
 - 3 Eu perdi mais de 7,5 Kg
- Eu estou propositalmente tentando perder peso, comendo menos:
- () **SIM** () **NÃO**
- 20) 0 Eu não estou mais preocupado sobre a minha saúde do que o habitual.
- 1 Eu estou preocupado com problemas físicos como: mal-estares e dores, desconforto estomacal ou constipação.
 - 2 Eu estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas.
 - 3 Eu estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.
- 21) 0 Eu não percebi nenhuma mudança recente em meu interesse por sexo.
- 1 Eu estou menos interessado em sexo do que costumava estar.
 - 2 Eu estou muito menos interessado em sexo agora.
 - 3 Eu perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO I- Termo de consentimento livre e esclarecido

Título: A identificação dos sintomas depressivos na equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Mato Grosso do Sul.

A pesquisa a ser desenvolvida consiste na identificação da prevalência de depressão dos profissionais da equipe de enfermagem (Técnico de enfermagem e Enfermeiro) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) dos municípios de Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas, que representam a Macro Região do estado de Mato Grosso do Sul.

O estudo tem como objetivo principal identificar a prevalência de sintomas depressivos nessa população específica (Equipe de Enfermagem do SAMU), e como objetivos secundários pretende identificar a taxa de prevalência por município estudado.

A coleta de dados será realizada através de um instrumento autoaplicável chamado Inventário de Depressão de Beck e um questionário com as características sociodemográficas e aspectos biopsicossociais. O inventário possui **21 itens** que se referem à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autoacusação, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. **Cada item** engloba quatro afirmações em graus de intensidade de 0 a 3.

Para o preenchimento, é necessário que se leia cada afirmação cuidadosamente e a seguir selecione a afirmação, **EM CADA ITEM**, que descreva melhor como você se sentiu na última semana, incluindo o dia de hoje (DIA AGENDADO PRÉVIAMENTE EM LOCAL INDIVIDUAL E EM HORÁRIO COMBINADO PARA A APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO).

Desenhe um **círculo em torno do número ao lado da afirmação que você escolher, caso escolha dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada.**

O tempo de duração para responder o Inventário de Depressão de Beck e o questionário com as características sociodemográficas e aspectos biopsicossociais é de no máximo 30 minutos.

Se ao preencher os instrumentos de coleta de dados o pesquisado(a) se sentir constrangido em responder alguma questão, ele poderá deixá-la em branco, sem sofrer quaisquer sanções ou represálias profissionais e pessoais.

_____/____,____ de ____
Assinatura do (a) participante: _____
Assinatura do (a) pesquisador (a): _____

Eu, _____, Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade da pesquisa de Mestrado, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que terá como finalidade a publicação dos resultados obtidos em forma de pôster, apresentação oral e artigo científico, em Congressos e Veículos Científicos.

Fui também esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e que não corro nenhum risco em participar desta pesquisa.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio do preenchimento do Inventário de Depressão de Beck, que será respondido a partir da assinatura desta autorização, e do agendamento do turno e horário mais adequado para mim. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelos pesquisadores.

Estou ciente de que, posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento sem que isso me acarrete nenhum prejuízo.

A pesquisadora principal deste estudo, Mayara Caroline Ribeiro Antonio, me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e me assegurou que em caso de dúvida poderei entrar em contato com ela pelo telefone (67) 9275-4556.

Por fim, fui informado (a) que para maiores esclarecimentos à respeito dos meus direitos como participante da pesquisa e/ou para fazer alguma denúncia posso entrar em contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos/CEP/UFMS pelo telefone (67) 3345-7187.

_____/_____, _____ de _____
 Assinatura do (a) participante: _____
 Assinatura do (a) pesquisador (a): _____