



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA - UACV
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

ALBERTO OLIVEIRA DA COSTA MOTA

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
(SAMU) EM CAJAZEIRAS-PB

CAJAZEIRAS- PB
2019

ALBERTO OLIVEIRA DA COSTA MOTA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
(SAMU) EM CAJAZEIRAS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina apresentado à Unidade Acadêmica de Ciências da Vida do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Me. Wilson Eduardo Cavalcante Chagas.

**CAJAZEIRAS- PB
2019**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

M917p Mota, Alberto Oliveira da Costa.
Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em profissionais do
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Cajazeiras-PB /
Alberto Oliveira da Costa Mota. - Cajazeiras, 2019.
54f.: il.
Bibliografia.

Orientador: Prof. Me. Wilson Eduardo Cavalcante Chagas.
Monografia (Bacharelado em Medicina) UFCG/CFP, 2019.

1. Depressão. 2. Ansiedade. 3. Serviço de Atendimento Móvel de
Urgência – SAMU. I. Chagas, Wilson Eduardo Cavalcante. II.
Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de
Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616.89-008.454

ALBERTO OLIVEIRA DA COSTA MOTA

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
(SAMU) EM CAJAZEIRAS-PB

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina apresentado à Unidade Acadêmica de Ciências da Vida do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Medicina.

Data da aprovação: Cajazeiras – PB, 22 de novembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Wilson Eduardo Cavalcante Chagas

Prof. Me. Wilson Eduardo Cavalcante Chagas
(Orientador – Universidade Federal de Campina Grande – UACV/CFP)

Edvanina de Sousa Costa Queiroz

Prof.^a Dr.^a Edvanina de Sousa Costa Queiroz
(Membro 1 – Universidade Federal de Campina Grande – UACV/CFP)

Nozângela Maria Rolim Dantas

Prof.^a Dr.^a Nozângela Maria Rolim Dantas
(Membro 2 – Universidade Federal de Campina Grande – UAE/CFP)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente deixo aqui minha gratidão a Deus pelas oportunidades, livramentos e pelas pessoas maravilhosas que tem posto cuidadosamente em meu caminho.

Não poderia haver dádiva maior que ser filho de Seu Alberto e Dona Conceição e ter ainda como irmã de sangue a minha Carol. Vocês são o meu exemplo, suporte, consolo e maior alegria. Muito obrigado por tudo!

Agora deixo aqui minha gratidão a todos da família Costa e da família Mota, em especial àqueles que faziam questão de ir ao sertão uma vez por ano para me visitar ou então que enviavam as guloseimas do mês inteiro. Vocês são a minha origem. Muito obrigado!

Aos meus primos queridos, que na minha ausência se transformaram ainda mais em “filhos de tia Ceça”, deixo aqui mais uma vez o meu muito obrigado!

Aos meus irmãos da vida, que estiveram presentes nos altos e baixos desses seis anos de curso. Vocês fizeram eu me sentir quase em casa. Muito obrigado!

À família Moraes Moreira, deixo aqui meu muito obrigado por toda acolhida e pelo baita presente que foi – e ainda é – ter a Letícia em minha vida.

A todos os professores do curso de Medicina da UFCG, coordenação de curso e aos preceptores do Hospital Universitário Lauro Wanderley, deixo aqui minha gratidão, pois o que sou hoje, profissionalmente falando, é fruto do esforço diário de vocês.

À Guilherme Andrade, João Pedro e ao meu irmão Valcleberson Farias, muito obrigado por toda ajuda. Sem vocês este projeto não tomaria corpo.

Por fim, ao meu orientador, Prof. Me. Wilson Eduardo, meu muito obrigado pela disponibilidade, paciência e toda sabedoria compartilhada no período de construção deste trabalho.

*“Não cures da vida!
Sê bravo, sê forte!
Não fujas da morte,
Que a morte há de vir”*

(Antônio Gonçalves Dias)

RESUMO

A depressão e a ansiedade são transtornos mentais comumente encontrados nas sociedades contemporâneas. Os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por terem como objetivo fornecer atendimento e assistência pré-hospitalar, independentemente do locus da ocorrência, de maneira ágil e técnica, são tidos empiricamente como mais susceptíveis a desenvolver sintomas psíquicos. Este estudo tem como objetivo analisar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos na equipe multidisciplinar do SAMU de Cajazeiras-PB, correlacionando-os com fatores sociodemográficos. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo e analítico, no qual foi aplicada à equipe multidisciplinar em questão a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) e um questionário sociodemográfico. A amostra foi escolhida por conveniência e contou com 28 participantes. Como resultados tem-se que 25% dos pesquisados apresentaram sintomas ansiosos e 7,1% apresentaram sintomas depressivos associados a sintomas ansiosos. Observa-se uma predominância de sintomas ansiosos em mulheres, profissionais de enfermagem e auxiliares de regulação, com carga horária maior que 40 horas semanais, renda mensal menor que 05 salários mínimos e tempo de serviço no SAMU maior que 05 anos. A presença de sintomas ansiosos e depressivos associados apresenta correlação com jornadas de trabalho excessivas e consumo de drogas lícitas. Diante dos dados, sugere-se a realização de novos estudos com essa população, com amostras maiores e em localidades distintas, pois somente com mais pesquisas nesse âmbito poder-se-á repensar o processo de trabalho e desenvolver políticas públicas que visem o bem-estar laborativo e recuperação daqueles que se encontram em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Ansiedade. Depressão. Serviços Médicos de Emergência. Comunicação Interdisciplinar.

ABSTRACT

Depression and anxiety are mental disorders commonly found in contemporary societies. Because they aim to provide pre-hospital care and assistance regardless of the locus of occurrence in an agile and technical manner, the professionals of the Mobile Emergency Care Service (SAMU) are considered empirically as more susceptible to developing psychic symptoms. Thus, this study aimed to analyze the prevalence of anxious and depressive symptoms in the multidisciplinary team of SAMU in Cajazeiras-PB, correlating them with sociodemographic factors. It was a descriptive, cross-sectional, quantitative and analytical study, in which the Hospital Anxiety and Depression Scale (EHAD) and a sociodemographic questionnaire were applied to the multidisciplinary team in question. The sample was chosen by convenience and had 28 participants. As a result, 25% of respondents had anxiety symptoms and 7.1% had depressive symptoms associated with anxiety symptoms. There was a predominance of anxious symptoms in women, nursing professionals, and regulatory assistants with a workload greater than 40 hours per week, monthly income less than 05 minimum wages, and length of service at SAMU greater than 05 years. The presence of associated anxious and depressive symptoms was associated with excessive working hours and licit drug use. Given the data, it is suggested to carry out further studies with this population, with larger samples and in different locations, because only with further research in this area it will be possible to rethink the work process and develop public policies aimed at welfare and recovering from those who are in psychological distress.

Keywords: Anxiety. Depression. Emergency Medical Services. Interdisciplinary Communication.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Presença de sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras.	27
Gráfico 02 – Relação entre sexo e sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras.....	28
Gráfico 03 – Relação entre relações afetivas e sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras.....	29
Gráfico 04 – Relação entre função laboral e sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras.....	29
Gráfico 05 – Relação entre tempo de serviço e sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras.....	30
Gráfico 06 – Relação entre carga horária semanal e sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras	31
Gráfico 07 – Relação entre renda total em salários mínimos e sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos profissionais do SAMU de Cajazeiras... ..	26
Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos profissionais do SAMU de Cajazeiras com sintomas depressivos e ansiosos associados.	32

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivo Específico	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	Trabalho Como Fator Adoecedor	14
3.2	Sintomas Depressivos no Ambiente de Trabalho	15
3.3	Sintomas Ansiosos no Ambiente de Trabalho	17
3.4	Atendimento Pré-Hospitalar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil	19
4	MATERIAIS E MÉTODOS	23
4.1	Tipo do Estudo	23
4.2	Local da Pesquisa	23
4.3	População-Alvo	23
4.4	Procedimentos Para Coleta de Dados	24
4.5	Armazenamento e Análise dos Dados	25
4.6	Aspectos Éticos	25
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5.1	Visão Geral da Amostra	26
5.2	Quanto às Variáveis Sociodemográficas e os Sintomas Ansiosos	28
5.3	Quanto aos Pesquisados com Sintomas Depressivos	32
6	CONCLUSÃO	34
	REFERÊNCIAS	35
	APÊNDICES	40
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	41
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO 01	44
	ANEXOS	47
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO 02	48
	ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA	51
	ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	52

1 INTRODUÇÃO

A história do homem é a história dos grupos. Nesses grupos, o trabalho sempre fez-se primordial e presente. No entanto, com o avançar dos séculos e conseqüente mudança nos padrões sociodemográficos e biopsicossociais, o trabalho adquiriu também, em algumas situações, um caráter adoecedor. No cerne da complexa fisiopatologia que tenta explicar o trabalho como fator adoecedor, tem-se o estresse ocupacional, que pode ser desencadeado por uma série de fatores, como a cobrança por produtividade, jornadas de trabalho exaustivas, ambientes de trabalho insalubres, relação constante com situações agudas e decisivas, dentre outras. Nessa óptica, estudos têm apontado que o estresse ocupacional acomete mais comumente profissionais de saúde, trazendo prejuízos tanto à sua saúde física e mental, quanto à assistência prestada por eles (CARVALHO; MALAGRIS, 2007; GAVIN, 2013; GRACINO *et al.*, 2016; SCHMIDT *et al.*, 2011).

Dentre os fatores estressantes que acometem profissionais de saúde, alguns deles, especificamente, são mais frequentes e intensos nos trabalhadores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que foi implantado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº1864/2003, e tem como objetivo fornecer atendimento e assistência pré-hospitalar, independentemente do lócus da ocorrência. O funcionamento do SAMU está ancorado em um serviço de regulação médica, que designa equipes de Suporte Básico de Vida ou de Suporte Avançado de Vida de acordo com a gravidade da ocorrência. As equipes são multidisciplinares e têm de lidar diariamente com situações hostis e de urgência, priorizando a tomada correta e ágil de decisões técnicas (BRASIL, 2003).

Estudos no âmbito da saúde mental dos profissionais da saúde apontam que o desgaste mental decorrente das relações com o ambiente de trabalho é um fator primordial no estabelecimento de transtornos de ansiedade e depressão (GRACINO *et al.*, 2016).

A ansiedade é definida como um sentimento vago e desagradável de apreensão, que pode ser caracterizado por tensão ou desconforto decorrentes de uma antecipação de situações de perigo, de algo estranho ou desconhecido. Ela constitui-se em um estado emocional inerente à condição humana, tem componentes psicológicos e fisiológicos, todavia se torna patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou então quando causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou profissional do sujeito. É um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral (CASTILLO *et al.*, 2000; SEMENOFF *et al.*, 2015).

A depressão é um transtorno mental comumente encontrado na sociedade contemporânea e é definido como um conjunto de sintomas fisiológicos e psicológicos, que podem variar de intensidade e se apresentar de forma contínua ou episódica. Os sintomas depressivos levam a sofrimento e interferem negativamente na qualidade de vida do indivíduo, podendo gerar ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio propriamente dito. Dados da Organização Mundial de Saúde, de 2012, apontam que a depressão possa vir a ser a principal causa de incapacidade mental no mundo em 2030 (LIMA, 2004; OMS, 2012; WILKINSON, 2009; WHO, 2014).

Diante do exposto, questiona-se: qual a prevalência dos sintomas ansiosos e depressivos entre os profissionais que trabalham no SAMU de Cajazeiras-PB? Os sintomas ansiosos e depressivos estariam associados a características sociodemográficas?

Para responder a esta pergunta, aplicou-se *in loco*, aos profissionais da equipe multidisciplinar do SAMU de Cajazeiras-PB, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) e um questionário sociodemográfico. Os dados foram analisados quantitativamente, a fim de obter uma visão mais abrangente e atingir os objetivos do trabalho. Todos os aspectos éticos foram respeitados.

Dentre os fatores estressores que acometem profissionais de saúde, percebe-se empiricamente que a maioria deles está presente na rotina dos servidores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. No entanto, são escassos os estudos que analisam a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos e variáveis sociodemográficas nessa população. Desse modo, este estudo faz-se relevante, pois somente com o conhecimento da real situação pode-se elaborar um plano visando uma melhor saúde psíquica e qualidade de vida aos servidores do SAMU.

Após esta breve introdução, serão delineados os objetivos e a revisão da literatura. Nela haverá uma abordagem sobre as relações de trabalho e o processo de adoecimento. Serão abordadas também a ansiedade e a depressão, considerando sua origem, definição e associação com as relações laborais contemporâneas. Seguidamente, a metodologia será descrita para melhor esclarecer o caminho percorrido para que os objetivos fossem cumpridos. Depois, serão mostrados e discutidos os dados precedidos às considerações finais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos na equipe multidisciplinar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Cajazeiras-PB.

2.2 Objetivo Específico

Relacionar os sintomas ansiosos e depressivos às variáveis sociodemográficas destes funcionários.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Trabalho Como Fator Adoecedor

O modelo neoliberalista de produção, vigente na maior parte dos países do Ocidente, no qual a busca por produtividade e efetividade na maioria das situações é a meta, transformou as relações de trabalho. Tal ambiente, entretanto, tornou-se um solo fértil para o desenvolvimento do estresse laboral. Este, por sua vez, impacta direta e negativamente na vida dos trabalhadores, prejudicando tanto o seu bem estar, quanto a sua saúde física e mental. Diante desse cenário, percebe-se que alguns profissionais, como os que trabalham na assistência à saúde, estão sujeitos a ter maior estresse ocupacional e, conseqüentemente, o trabalho como um fator adoecedor, que pode levar a sofrimento psíquico e diminuição do desempenho em suas atividades laborais (CARVALHO; MALAGRIS, 2007; PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

No âmbito dos agravos à saúde do trabalhador, encontram-se as doenças relacionadas ao trabalho e os acidentes a ele relacionados. Os fatores determinantes desses agravos são complexos e abrangem aspectos de diversos campos da vida cotidiana. São eles: aspectos econômicos, sociais, organizacionais e tecnológicos (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Cooper (1993) postulou que o trabalho possui estressores que podem ser divididos em grupos. São eles: fatores intrínsecos ao trabalho, relações no trabalho, papéis estressores, estressores na carreira, estrutura organizacional e interface trabalho-casa.

Sé (2014), considerando a categorização proposta por Cooper, ajustou e aplicou os estressores aos indivíduos que trabalham no atendimento pré-hospitalar. Sendo assim, no âmbito dos fatores intrínsecos ao trabalho têm-se as condições inadequadas de período de descanso, turnos exaustivos com horas ininterruptas de serviço, exposição a situações de risco e acionamentos extras, como sobreavisos. Quanto às relações no trabalho e estrutura organizacional, destacam-se a forte presença da hierarquia e subordinação. Em relação aos papéis estressores, vale ressaltar o grau de responsabilidade que cada profissional apresenta perante suas ações assistenciais com os pacientes, materiais e equipamentos das viaturas. Em relação aos estressores na carreira, cabe aqui relatar a dificuldade na progressão da carreira. E, por fim, quanto à interface trabalho-casa, a presença da dificuldade de relacionamento com os parentes e na realização de atividades diárias, decorrentes do estresse e esgotamento físico e mental advindos do ambiente de trabalho.

3.2 Sintomas Depressivos no Ambiente de Trabalho

Hipócrates denominava melancolia a presença de sintomas como tristeza, choro fácil, apatia, hipobulia e outros. Somente no início do século XX, o psiquiatra suíço Adolf Meyer propôs o termo depressão em substituição a melancolia e descreveu que perturbações depressivas são decorrentes de alterações maladaptativas ao estresse ambiental (TELLES-CORREIA; BARBOSA, 2009).

Com o passar dos anos, diversos modelos teóricos da depressão foram descritos. Dentre eles, vale ressaltar o Modelo Cognitivo da Depressão proposto por Beck, que é estruturado pela Tríade Cognitiva (visão negativa de si mesmo, das suas interações com o meio ambiente e do futuro), Pensamentos Automáticos (abstração seletiva, hipergeneralização, magnificação, pensamento dicotômico) e Esquemas ou Crenças Centrais (padrões cognitivos estáveis que contribuem para regularidade das interpretações de um conjunto específico de situações) (BECK, 1987).

Com o desenvolvimento da Psiquiatria como ciência, foi necessário um maior refinamento no registro e catalogação dos transtornos mentais. Nesse cenário, em 1953, surgiu a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-1. Nos anos subsequentes foram lançados: DSM-2 (1968), DSM-3 (1980), DSM-4 (1994), DSM-4 revisado (2000). Em 2013, após anos de estudos, revisões e pesquisas de campo feitos por profissionais organizados em diversos grupos de trabalho, foi publicado o DSM-5. Nele são listados os sintomas que devem persistir, por ao menos duas semanas, para que seja estabelecido o diagnóstico de Episódio Depressivo Maior. Os principais sintomas listados são: interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas atividades, humor deprimido na maior parte do dia, perda ou ganho excessivo de peso sem estar em dieta, insônia ou hipersonia, fadiga ou perda de energia, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se, pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida sem plano específico, tentativa de suicídio ou plano para cometê-lo (CREMASCO; BAPTISTA, 2017; SADOCK, *et al.*, 2017).

Em termos gerais, a depressão pode ser definida como um sintoma ou como um transtorno de humor. Sendo transtorno de humor, obedece aos critérios expostos no parágrafo anterior. Já em relação a depressão como sintoma (sintomatologia depressiva), tem-se que ela pode ser encontrada em diversos distúrbios emocionais (momentos de condição socioeconômica desfavorável, resposta a acontecimentos estressantes, transtorno de estresse

pós-traumático, dentre outros) sem necessariamente ser exclusivo de nenhum deles (BAPTISTA *et al.*, 2008; GAVIN, 2013).

A depressão é um transtorno mental que é frequentemente encontrado na população e acomete principalmente indivíduos do sexo feminino. A Organização Mundial de Saúde estima que a depressão seja responsável por 4,3% da carga global de doenças e esteja entre as principais causadoras de incapacidade no mundo. Pode afetar as pessoas em qualquer idade, porém a incidência é mais elevada nas idades médias, com aumento significativo durante adolescência e início da vida adulta. Tem prevalência estimada em 1,9% no sexo masculino e 3,2% no sexo feminino. A depressão lidera as doenças mentais em trabalhadores e tem previsão de que até 2020 seja a segunda doença mais incapacitante para o trabalho, perdendo apenas para as doenças cardíacas (OMS, 2001; WHO, 2013; WHO, 2014).

Indivíduos com depressão têm prejuízos globais na qualidade de vida, incluindo queda na produtividade, aumento do absenteísmo e do uso de substâncias como álcool e tabaco (LECRUBIER, 2000). No *ranking* dos países que apresentam maiores taxas de depressão, o Brasil ocupa o terceiro lugar (18,4% da população já teve ao menos um episódio depressivo durante a vida), perdendo apenas para Estados Unidos (19,2%) e França (21,0%) (BROMET *et al.*, 2011).

A manifestação de sintomas depressivos está ligada a interação de uma série de fatores, tais como os ambientais, culturais, psicológicos, sociológicos, biológicos e genéticos (HECK *et al.*, 2012). Em revisão integrativa de 2015, diversos fatores estavam relacionados a prejuízo da saúde mental e surgimento de depressão em profissionais de saúde. São eles: ambiente de trabalho insalubre, privação de sono, escalas irregulares que ocupam finais de semana, plantões noturnos, sobrecarga de trabalho, estresse, conflitos interpessoais no trabalho, falta de autonomia profissional, medo de processos judiciais e administrativos, eventos traumáticos (acidentes, por exemplo), negligência conjugal, baixa renda, abuso de álcool e outras drogas (SILVA *et al.*, 2015).

Quanto aos determinantes ambientais, culturais e sociológicos, vale aqui ressaltar que dentre a população dos trabalhadores de saúde, o subgrupo mais propenso a problemas de saúde mental, incluindo a depressão, é o de profissionais de enfermagem. Seja por lidar diária e diretamente com dor, tristeza e sofrimento humano ou por estarem inseridos em um ambiente de trabalho na maioria das vezes insalubre e com conflitos, não terem o devido reconhecimento profissional ou ainda por conviverem com problemas familiares decorrentes, dentre outras coisas, da questão financeira, conjugal e interpessoal (BARBOSA *et al.*, 2012; RIOS *et al.*, 2010; SCHMIDT, 2011; SILVA *et al.*, 2015).

3.3 Sintomas Ansiosos no Ambiente de Trabalho

Estados ansiosos são retratados desde os séculos antes de Cristo, porém não eram apresentados como uma patologia, mas sim como um sintoma ligado à neurose. Na *Iliada*, obra clássica de Homero, escrita no século VIII a.C, estados de ansiedade e medo foram descritos como oriundos da visitação de Deuses (NARDI, 2006; PEREGRINO, 1996; SHORTER; HEALY, 1997; VIANA, 2010).

A etimologia da palavra “ansiedade” é oriunda do termo grego “*agkho*”, do qual também deriva o termo angústia. “*Aghko*” significa sufocar, estrangular, oprimir. Tais termos, assim, remetem às sensações causadas por um episódio ansioso (PEREIRA, 1997).

No século XIX, Landré-Beauvais definiu ansiedade como certo mal-estar, inquietude, agitação excessiva (NARDI, 2006); Darwin afirmou que ela estava presente em todas as espécies, como um mecanismo adaptativo para lidar com o perigo e sobrevivência (DARWIN *et al.*, 2002). No início do século XX, Sigmund Freud fez a distinção entre a ansiedade relacionada ao meio ambiente (ansiedade objetiva) e a ansiedade relacionada a uma predisposição genética e/ou a um conflito sexual não resolvido ou reprimido (ansiedade neurótica) (FREUD, 2013).

Atualmente, os modelos da ansiedade partem da seguinte dicotomia: ansiedade orientada para o estímulo (ansiedade como resposta a um estímulo específico) e ansiedade como resposta (ansiedade como resposta emocional em si, não dependendo do estímulo). Dentre os diversos modelos da ansiedade propostos, vale ressaltar o Modelo da Ansiedade de Goldstein (ansiedade como resposta a uma percepção subjetiva sobre uma situação catastrófica), o Modelo da Ansiedade Traço/Estado (ansiedade como estado emocional transitório e como algo mais permanente, como um traço da própria personalidade) e o Modelo transacional do estresse de Lazarus (considera a ansiedade orientada para o estímulo, de modo que a avaliação da ameaça faz-se parte essencial para o desenvolvimento do estresse) (TELLES-CORREIA; BARBOSA, 2009).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quinta edição (DSM-5), lista e classifica os transtornos de ansiedade em: transtorno de ansiedade de separação, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada e fobia específica. Eles constituem um dos grupos mais importantes e comuns de doenças psiquiátricas, sendo que as mulheres apresentam maior prevalência e probabilidade de desenvolvê-los durante a vida. Além disso, vale ressaltar que os transtornos ansiosos têm

prevalência inversamente proporcional ao *status* socioeconômico das populações (SADOCK *et al.*, 2017).

Em termos gerais, a ansiedade pode ser definida como um fenômeno inerente e fundamental ao ser humano, pois ela capacita o indivíduo a reagir, física e psicologicamente, ao perigo, que pode ser real ou imaginário, de componente interno ou externo. Ela constitui-se basicamente em um estado que tem componentes psicológicos e fisiológicos, nos quais se tem a percepção de estar assustado/nervoso e das sensações fisiológicas. No entanto, quando a ansiedade é desproporcionada ao fator estressor que a desencadeia, ou então quando implica em prejuízo no funcionamento profissional ou social do indivíduo, denomina-se ansiedade patológica (CASTILLO *et al.*, 2000; SADOCK *et al.*, 2017; SEMENOFF *et al.*, 2015).

A ansiedade pode estar relacionada a sintomas físicos e psicológicos, como tontura, taquicardia, aumento do estado de vigília, pensamento dominado por ideais de catástrofe, tremores, sensação de bloqueio respiratório, fraqueza, sudorese, vertigem, dor abdominal, náuseas, diarreia, bruxismo, rubor, dores musculares, insônia, angústia, cefaleia, tensão e irritabilidade (FERREIRA *et al.*, 2009; GORENSTEIN; ANDRADE, 1998). A depender do grau desses sintomas, o indivíduo pode ter prejuízo na sua qualidade de vida. Níveis elevados de ansiedade estão relacionados a diminuição da atenção seletiva e memória, implicando negativamente na compreensão e raciocínio (OLIVEIRA, 2006; SADOCK *et al.*, 2017).

O que diferencia a ansiedade normal (reação inerente do organismo que tem como objetivo protegê-lo) da ansiedade patológica é o grau de reação aos estímulos. Se esta for desproporcionada e contínua, há grande possibilidade de ser tornar patológica, pois o indivíduo passa a apresentar alguns dos sintomas físicos e psicológicos listados acima e fica, dessa forma, incapacitado, tanto psicológica, profissional, quanto socialmente (OLIVEIRA, 2009).

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes. Em 2015 a Organização Mundial de Saúde estimou que 3,6% (264 milhões) da população mundial apresentava algum transtorno de ansiedade. No Brasil, tem-se que cerca de 9,3% da população é afetada por esse transtorno, sendo tanto no Brasil quanto no mundo mais comum em mulheres (WHO, 2018).

Há uma relação forte entre o modo de vida contemporâneo e o desenvolvimento de transtornos de ansiedade. O modo de produção neoliberalista, no qual há uma certa voracidade do mercado em busca de produção, consumo e produtividade acaba por inserir os indivíduos em um ciclo de estudo, trabalho e consumo, com cobranças muitas vezes desmedidas. Essa lógica, além de prejudicar as relações interpessoais e de trabalho, tem sido

implicada como fator de risco para o desenvolvimento de estresse laboral, depressão e ansiedade (GAVIN, 2013; GUIC *et al.*, 2002; OSWALDO, 2009).

3.4 Atendimento Pré-Hospitalar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil

O atendimento pré-hospitalar é aquele que busca chegar de forma precoce à vítima, após ocorrido agravo à saúde, independentemente da sua natureza, que venha a levar sofrimento, sequelas ou morte. Tem como objetivos prestar atendimento e transporte adequados, levando a vítima a um serviço de saúde, respeitando os graus de complexidade e hierarquia, de forma rápida, efetiva e organizada (BRASIL, 2002).

Historicamente pode-se afirmar que o atendimento pré-hospitalar teve origem nas grandes guerras. No período napoleônico, séculos XVIII e XIX, os soldados feridos eram removidos dos campos de batalha por veículos de tração animal de modo que pudessem receber atendimento médico nos hospitais de campanha (RAMOS; SANNA, 2005). Em 1792, ainda nas guerras do período napoleônico, Dominique Jean Larrey, cirurgião e chefe militar francês, começou a fornecer os cuidados iniciais em saúde ainda no campo de batalha, visando prevenir complicações (FONTANELLA *et al.*, 1993).

Em 1863, com a instituição da Cruz Vermelha Internacional, os soldados flagelados em campo de batalha passaram a receber cuidados emergenciais, muitas vezes pelos seus próprios companheiros de farda treinados em primeiros socorros, durante o transporte para o ambiente hospitalar (AZEVEDO, 2002). Já no Brasil, data de 1893, uma lei que estabelecia o atendimento médico em via pública na então capital do país, o Rio de Janeiro (MARTINS; PRADO, 2003).

Quanto à instituição de um modelo estruturado de atendimento pré-hospitalar no Brasil, é inegável influência dos modelos francês e americano. Neste, o atendimento pré-hospitalar é feito por profissionais com nível técnico de escolaridade, os paramédicos. Já o modelo francês de atendimento pré-hospitalar é baseado num sistema de regulação médica, que a depender da gravidade e urgência do caso envia os recursos disponíveis para fornecer um atendimento ágil e efetivo à vítima (FONTANELLA *et al.*, 1993; HOLLERAN, 1994).

No Brasil, em 1989, no estado de São Paulo, a Secretaria de Segurança Pública e a Secretaria Estadual de Saúde desenvolveram um programa de resgate. Nele era oferecido atendimento pré-hospitalar com unidades de suporte avançado tripuladas por médicos e enfermeiros e unidades de resgate tripuladas por bombeiros socorristas (MARTINS; PRADO, 2003).

Somente em 29 de setembro 2003, através da Portaria nº1864, o Ministério da Saúde implantou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que se configura como o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003).

O SAMU funciona continuamente como uma central reguladora e conta com equipes multiprofissionais de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida. Tais equipes são constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, condutores das viaturas/ambulâncias, auxiliar de regulação e radio-operador (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

Os médicos podem adquirir basicamente duas funções: a de regulador e a de socorrista. A função técnica do médico regulador pode ser definida como a capacidade de julgar, com base nas informações disponíveis, avaliando o grau presumido de prioridade e urgência de cada caso. A função gestora desse profissional é fazer o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, de modo que mesmo em situações de “vaga zero” o paciente seja regulado de modo ágil, buscando fornecer uma melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes tanto em atendimentos habituais, quanto em situações em que planos de atenção a desastres precisem ser aplicados. Já a sua função como socorrista diz respeito a atuação realizando procedimentos médicos necessários e possíveis no atendimento pré-hospitalar, assim como coordenar o cuidado em cena e atualizar a regulação sobre a ocorrência (BRASIL, 2002).

Os enfermeiros, por sua vez, são os responsáveis por supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe de atendimento pré-hospitalar móvel, assim como prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida; administrar medicamentos prescritos por médicos via telemedicina, realizar partos sem distócia, fazer manobras de extração manual de vítimas e supervisionar as ações dos técnicos e auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2002).

Os técnicos de enfermagem, sob supervisão de um enfermeiro, prestam cuidados de enfermagem a pacientes em estado grave, realizam manobras de extração manual de vítimas e

participam da programação e planejamentos das atividades de assistência de enfermagem (BRASIL, 2002).

Os auxiliares de enfermagem têm a função de auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; administrar medicações prescritas pelo médico via telemedicina; prestar cuidados de enfermagem sob supervisão direta do enfermeiro e realizar manobras de extração manual (BRASIL, 2002).

Os condutores de veículos terrestres de urgência são profissionais de nível básico, com mais de 21 anos e Carteira Nacional de Habilitação com registro profissional de motorista de veículos de transporte de pacientes. Eles têm de ter a capacidade de trabalhar em equipe, manter contato radiofônico com a central de regulação médica e seguir as orientações; conhecer o veículo e realizar a manutenção do mesmo; auxiliar a equipe no suporte básico de vida, imobilizações e transporte de vítimas; conhecer a malha viária local e todos os estabelecimentos de saúde vinculados ao sistema assistencial local (BRASIL, 2002).

O auxiliar de regulação é um profissional de nível básico, maior de 18 anos, que tem sua ação supervisionada direta e permanentemente pelo médico regulador, e tem como atribuição atender as ligações da população, anotando os dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante e natureza da ocorrência); prestar informações gerais ao solicitante, estabelecer contato radiofônico com as ambulâncias e telefônico com hospitais (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

O rádio-operador também é um profissional de nível básico, maior de 18 anos, capacitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar controle operacional da frota de veículos de emergência. Deve ter a capacidade de trabalhar em equipe, conhecer a malha viária e manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional dos veículos (BRASIL, 2002).

Quanto aos meios de transporte terrestres de pacientes no atendimento pré-hospitalar, tem-se principalmente a ambulância de suporte avançado e a ambulância de transporte básico. Esta é tripulada por dois profissionais: motorista e técnico ou auxiliar de enfermagem. É destinada ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido ou não classificado, com potencial de necessitar de intervenção médica no local ou durante o transporte até o serviço de destino. Pode ser utilizada também para o transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido (BRASIL, 2002).

Já ambulância de suporte avançado é tripulada por três profissionais, sendo eles: motorista, enfermeiro e médico. É destinada ao atendimento pré-hospitalar e transporte de

pacientes com alto risco. Pode também ser utilizada para o transporte inter-hospitalar de pacientes que necessitam de cuidados médicos intensivos (BRASIL, 2002).

Em suma, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano, e tem como objetivo atender às urgências, independentemente da sua natureza ou local, no menor tempo possível. O seu funcionamento é baseado no processo de recepção, análise e priorização do atendimento, que ocorre através de uma Central de Regulação Médica, exigindo assim alto grau de conhecimento, agilidade e assertividade para colher as informações primordiais acerca do caso, dar as orientações iniciais ao requisitante e selecionar corretamente a equipe para ocorrência (ADRIANO *et al.*, 2017; BRASIL, 2003).

Os profissionais que trabalham no ambiente pré-hospitalar estão sujeitos a vários estressores. Podem ser elencadas aqui as condições inadequadas de descanso, os turnos exaustivos com horas de trabalho ininterruptas, os acionamentos extras como sobreavisos, a exposição a situações de risco, o grau de responsabilidade perante as suas ações assistenciais, a hierarquia, a subordinação, a dificuldade de progressão na carreira e os percalços nos relacionamentos interpessoais (COOPER, 1993; SÉ, 2014).

O modelo de atendimento pré-hospitalar, realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, pautado na total assistência, agilidade e efetividade, mostrou que, em relação ao desgaste mental em enfermeiros, há um importante desequilíbrio no ciclo sono-vigília, receio de acidentes de trabalho, insatisfação com os aspectos físicos e estruturais do ambiente de trabalho, além do medo do inesperado (MARTINS *et al.*, 2011). No entanto, todos da equipe multidisciplinar expostos a situações de perdas abruptas e contextos clínico-traumáticos variados, tais como atropelamentos, desabamentos, traumas pediátricos, emergências psiquiátricas, afogamentos e acidentes com múltiplas vítimas, estão suscetíveis a desenvolver desgaste mental, estresse laboral e até transtornos psiquiátricos como o depressivo (SILVA *et al.*, 2015).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

A realização da pesquisa seguiu a metodologia exposta a seguir, delimitada a partir das referências teóricas da área de Epidemiologia, e fundamentada em estudos semelhantes realizados no Brasil e no mundo.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo, analítico, fundamentado em questionários a serem aplicados no público-alvo.

Estudos descritivos consistem na distribuição da frequência das doenças e agravos à saúde, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço e aos indivíduos, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico (POLIT; BECK, 2004; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

Já a pesquisa transversal é conceituada como o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico (BORDALO, 2006).

Estudos quantitativos fazem uso do processo de quantificação, tanto no sentido da coleta de informações, quanto para avaliação estatística, com o objetivo de garantir a precisão dos dados coletados, implicando, assim, em uma diminuição das distorções nos resultados da pesquisa (DALFOVO *et al.*, 2008).

Estudos analíticos, por sua vez, são aqueles delineados para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Base Regional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Cajazeiras-PB. Tal município está situado no alto sertão paraibano, na região Nordeste do país. Dista 468 quilômetros da capital do estado, João Pessoa. Ocupa uma área de aproximadamente 566 km², e sua população está estimada em 61993 habitantes caracterizando-se como o sétimo município mais populoso da Paraíba (IBGE, 2019).

4.3 População-Alvo

A população do estudo (n=30) foi composta por todos os funcionários do SAMU que participam diretamente do processo de cuidado: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, condutores, auxiliares de regulação e rádio-operadores. A amostra (n=28) foi escolhida por conveniência, tendo sido excluídos aqueles que se negaram a participar do estudo ou que tinham menos de 06 meses de prática na instituição.

4.4 Procedimentos Para Coleta de Dados

Após o recebimento do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), iniciaram-se as visitas para coletas de dados. Elas aconteceram no período de julho a setembro de 2019, na Base Regional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Cajazeiras-PB.

Nesse período, foram realizadas 14 visitas programadas de acordo com a escala de plantões das equipes, de modo que pudéssemos abordar todos da equipe multidisciplinar ali registrada, 30 profissionais segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, para aplicação dos questionários (CNES, 2019).

Foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) e um questionário sobre fatores sociodemográficos. São eles: sexo, idade, estado civil, profissão, tempo de instituição, uso de drogas lícitas, ilícitas ou substâncias psicoativas (fármacos), carga horária semanal (de todos os vínculos) e remuneração (de todos os vínculos).

A EHAD foi escolhida para avaliar os sintomas de ansiedade e depressão devido à sua facilidade de manuseio e aplicação, além do fato dela se basear somente nos sintomas psíquicos, não permitindo, assim, que alterações somáticas possam influenciar no resultado (TELLES-CORREIA; BARBOSA, 2009). Além disso, ela se constitui de um questionário com apenas 14 itens (07 destinados à avaliação dos sintomas ansiosos e 07 aos sintomas depressivos) e apresenta sensibilidade (70,8% a 80,6%) e especificidade (69,6% a 90,9%) significativas quando em comparação com a Escala de Ansiedade de Beck e a Escala de Depressão de Beck, ambas padrão-ouro, porém bem mais extensas que a EHAD (MARCOLINO *et al.*, 2007).

Após a aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, foi feito o escore, pontuando de 0 a 3 cada item. Adotando os pontos de corte propostos por Zigmond e Snaith em 1983, o escore pode variar de 0 a 21 em cada subescala. Escores de 0 a 8 na EHAD-Ansiedade indicam que o indivíduo está sem sinais clínicos para ansiedade; escores maiores

que 8 indicam sintomas ansiosos. Escores de 0 a 8 na EHAD-Depressão indicam ausência de sintomas depressivos; escores maiores que 8 indicam sintomas depressivos (MARCOLINO *et al.*, 2007; ZIGMOND; SNAITH, 1983).

4.5 Armazenamento e Análise dos Dados

Os dados foram tabulados em forma de planilha no Excel e exportados para análise no programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 20.0. Realizaram-se análises descritivas de frequência simples para as variáveis categóricas e as numéricas foram representadas pela média. Realizaram-se, também, teste de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*) para avaliar a distribuição da amostra e testes não paramétricos (*Mann Whitney U Test*, *Samples Kruskal-Wallis Test*) a fim de avaliar a significância estatística dos resultados obtidos.

4.6 Aspectos Éticos

A condução da pesquisa obedeceu aos princípios éticos estabelecidos na Resolução 466/12. Realizou-se coleta de dados a partir da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa, e da obtenção da assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes. Estes contêm, claramente, o objetivo da pesquisa, os riscos, a confidencialidade, a finalidade, os procedimentos a serem realizados e os benefícios deste estudo. Após o aceite, obteve-se a assinatura do TCLE em duas vias, ficando uma delas com o participante e a outra com o pesquisador.

Aos participantes do estudo garantiu-se a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum tipo de prejuízo. Garantiu-se, também, que o material coletado nas entrevistas será utilizado exclusivamente para este estudo, e que será guardado sob a responsabilidade do pesquisador.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, apesar da dificuldade de acesso no SAMU, do total de 30 funcionários, 29 participaram da pesquisa. Contudo, só 28 foram considerados como amostra, pois um dos profissionais tinha um critério de exclusão positivo (menos de seis meses de incorporação). A amostra não é homogênea e os dados não apresentam significância estatística.

A seguir, os resultados e discussão estão circunscritos em tópicos.

5.1 Visão Geral da Amostra

Na tabela abaixo pode ser observado o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa (tabela 01).

Tabela 01 - Perfil sociodemográfico dos profissionais do SAMU de Cajazeiras (n=28).

Perfil sociodemográfico da amostra		Nº	%
Média de idade	34,28 anos		
Sexo	Masculino	17	61%
	Feminino	11	39%
Estado civil	Casado	14	50%
	Solteiro	8	28%
	União estável	4	14%
	Divorciado	2	7%
	Viúvo	0	0%
Função	Médico	5	18%
	Enfermeiro	9	32%
	Técnico de enfermagem	4	14%
	Auxiliar de regulação	5	18%
	Condutor	4	14%
	Rádio-operador	1	4%
Tempo de serviço	06 meses - 02 anos	4	14%
	02 anos - 05 anos	7	25%
	05 anos - 10 anos	16	57%
	> 10 anos	1	4%
Carga horária	< 20h	1	4%
	20 - 40 h	19	67%
	> 40h	8	28%
Renda	< 02 salários	12	43%
	02 -05 salários	10	36%
	05 - 10 salários	2	7%

	10 - 15 salários	0	0%
	> 15 salários	4	14%
Drogas lícitas	Sim	12	43%
	Não	16	57%
Drogas ilícitas	Sim	0	0%
	Não	28	100%
Fármacos psicoativos	Sim	1	5%
	Não	27	95%

Fonte: Mota (2019).

Os resultados do presente estudo, de acordo com a escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, mostraram que 25% (07) dos profissionais do SAMU de Cajazeiras apresentaram sintomas ansiosos (gráfico 01). Esse número significativo de indivíduos com sintomas ansiosos denota a relevância das doenças psíquicas no ambiente de trabalho. Tendo em vista que o estresse laboral pode transformar o trabalho em uma atividade adoecedora, os dados desta pesquisa corroboram com o postulado por estudos que mostram que os profissionais diretamente ligados a atividades assistenciais e consequentemente mais expostos ao sofrimento de terceiros e à responsabilidade perante o cuidado são mais estressados e suscetíveis a desenvolver sintomatologia psíquica (CARVALHO; MALAGRIS, 2007; CAVALHEIRO *et al.*, 2008; MARTINS *et al.*, 2011; SANTOS, 2018).

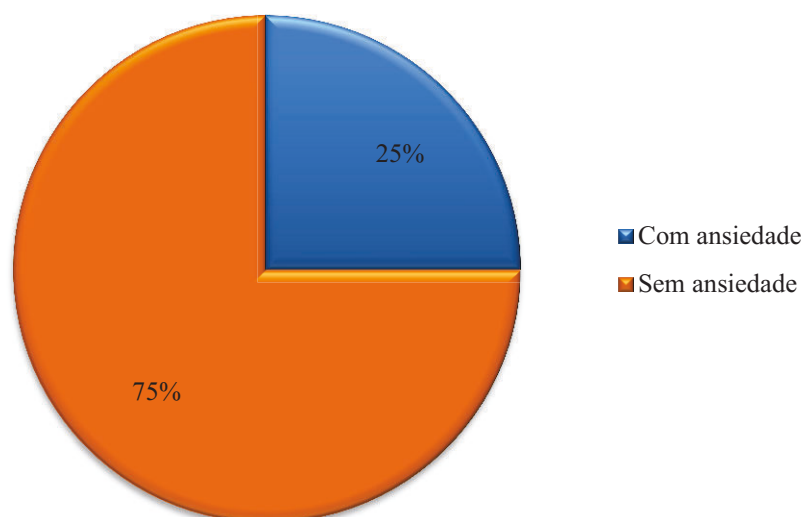


Gráfico 01 - Presença de sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras.
Fonte: Mota (2019).

5.2 Quanto às Variáveis Sociodemográficas e os Sintomas Ansiosos

Dentro da amostra de 28 participantes, 17 eram homens e 11 mulheres. Como se pode observar no gráfico 02, dos 17 homens, somente 02 (12%) apresentaram sintomas ansiosos. Já em relação às mulheres, das 11 contidas na amostra, 05 (45%) apresentaram tais sintomas.

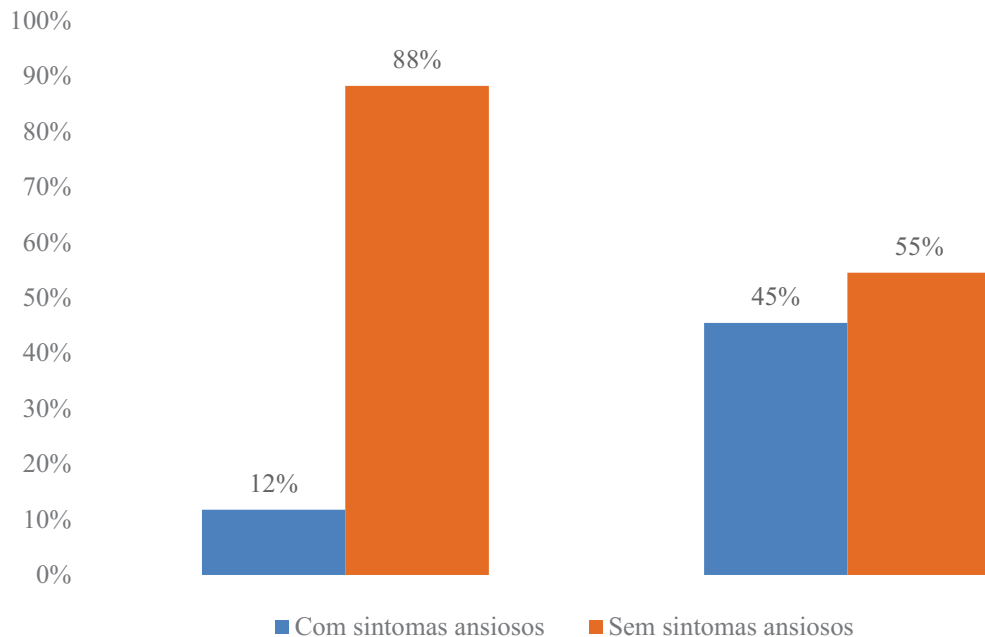


Gráfico 02 - Relação entre sexo e sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras.
Fonte: Mota (2019).

A predominância das mulheres sobre os homens, neste estudo, no que tange a presença de sintomatologia ansiosa, segue a tendência mundial que aponta o grupo das mulheres como o de maior prevalência e probabilidade de desenvolvê-la durante a vida (SADOCK *et al.*, 2017). Além disso, estudos apontam que a presença de tais sintomas pode estar relacionada a diversos fatores estressores presentes na vida de indivíduos do sexo feminino, dentre os quais vale ressaltar a dupla ou até tripla jornada de trabalho, na qual elas têm de conciliar o seu trabalho prestando assistência à saúde, na maioria dos casos em regime de plantão, com as atividades do lar e os relacionamentos interpessoais e familiares (ADRIANO *et al.*, 2017; GAVIN, 2013).

Em relação às relações afetivas, 18 eram casados ou viviam em união estável e 10 eram solteiros ou divorciados. No gráfico 03 nota-se que dos 18 pesquisados que tinham relações afetivas, 04 (22%) apresentaram sintomas ansiosos. E entre os 10 pesquisados que não tinham relações afetivas, 03 (30%) apresentaram sintomas ansiosos.

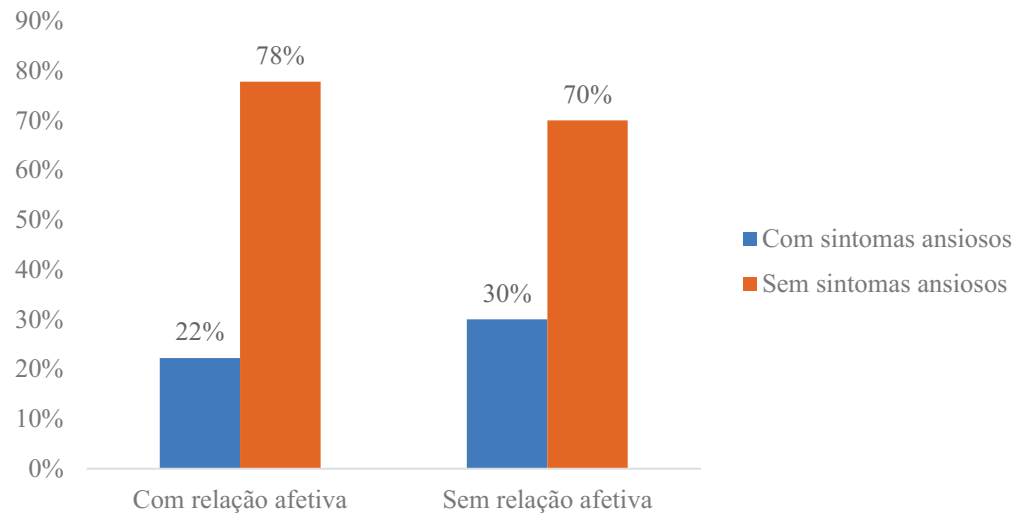


Gráfico 03 - Relação entre relações afetivas e sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras. Fonte: Mota (2019).

Neste estudo, observa-se uma discreta predominância de sintomas ansiosos em indivíduos que não tinham relações afetivas. Tal tendência, no entanto, não foi encontrada em estudo que avaliou distúrbios psíquicos menores e variáveis sociodemográficas, como a abordada neste tópico (KIRCHHOF *et al.*, 2009).

Já quanto à função exercida no SAMU e a prevalência de sintomas ansiosos, no gráfico 04, observa-se que dos 05 médicos, 01 (20%) apresentou tais sintomas; dos 09 enfermeiros, 03 (33%) apresentaram sintomas ansiosos; dos 04 técnicos de enfermagem, 01 (25%) apresentou esses sintomas; por fim, dos 05 auxiliares de regulação, 02 (40%) apresentaram sintomas ansiosos.

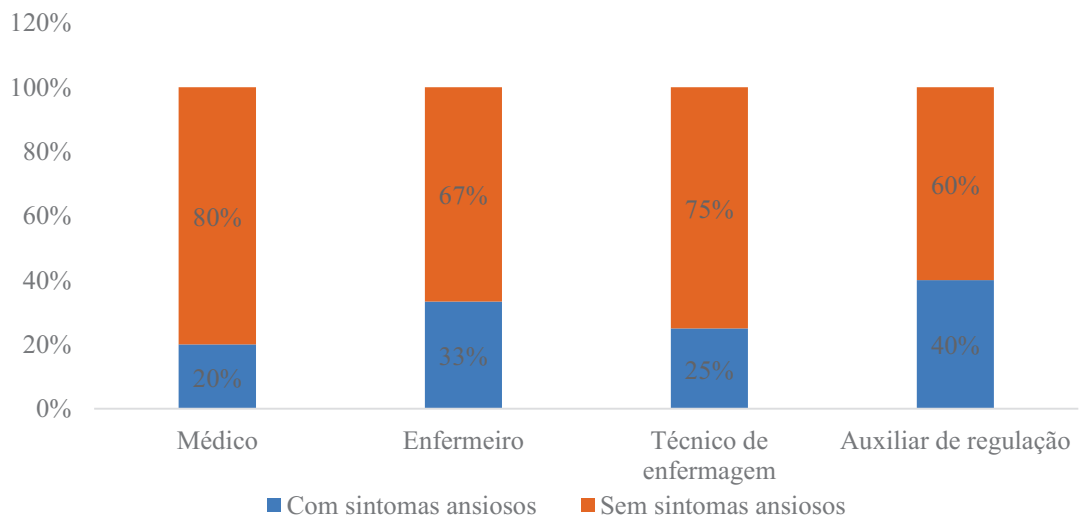


Gráfico 04 - Relação entre função laboral e sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras. Fonte: Mota (2019).

A elevada prevalência de profissionais de enfermagem em relação à presença de sintomas ansiosos corrobora com estudos que analisam o grau de estresse laboral nesses profissionais e consequente desenvolvimento de adoecimento psíquico. Nesse sentido, fatores como estresse, ambiente de trabalho hostil, conflitos interpessoais no ambiente de trabalho, falta de autonomia profissional, plantões noturnos (inclusive em finais de semana e feriados), sobrecarga de trabalho, baixa remuneração e conflitos familiares contribuem para o adoecimento desses profissionais (GAVIN, 2013; SILVA *et al.*, 2015).

Em relação à alta prevalência de sintomas ansiosos nos auxiliares de regulação, pode-se tentar estabelecer uma relação com as condições laborais desgastantes no serviço de regulação. Nele, o auxiliar de regulação é diretamente subordinado ao médico regulador, tem a função atender todos os chamados telefônicos e realizar uma escuta qualificada, de modo que sejam identificados o solicitante, o local do evento e o motivo do chamado, além de repassar as informações de forma eficiente e objetiva ao médico regulador. No entanto, a falta de privacidade e autonomia, o efetivo insuficiente de profissionais para o volume de ligações diárias e a desinformação da população que persiste realizando um alto número de trotes telefônicos podem contribuir para a baixa qualidade de vida e consequentemente adoecimento psíquico desses profissionais (BRASIL, 2006; PAIVA; AVELAR, 2011).

Na seara do tempo de serviço, tem-se, a partir da análise do gráfico 05, que dos 11 profissionais que estão na corporação há menos de 05 anos, somente 02 (18%) apresentaram sintomas ansiosos; porém, quando se avalia aqueles 17 funcionários que estão no SAMU há mais 05 anos, observa-se que 05 (29%) apresentaram tais sintomas.

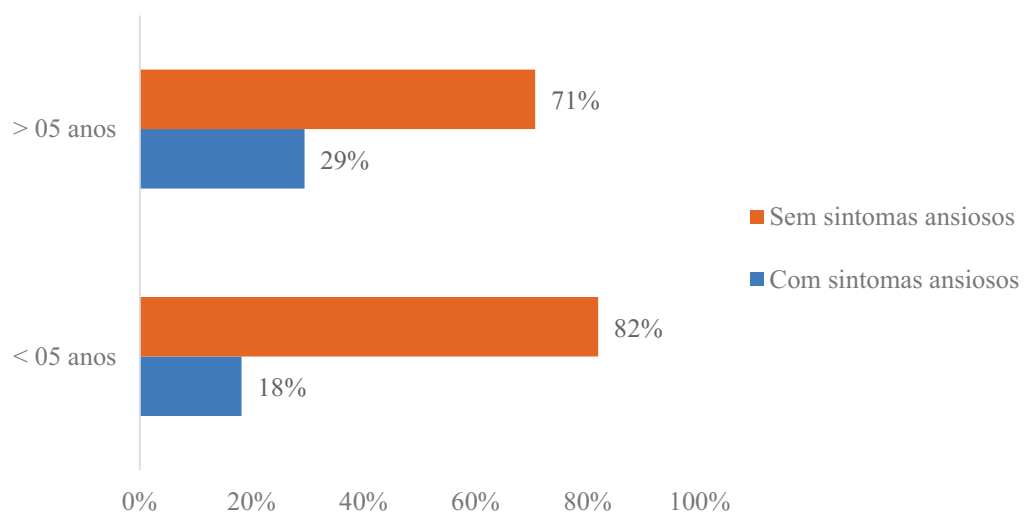


Gráfico 05 - Relação entre tempo de serviço e sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras. Fonte: Mota (2019).

Estudos apontam que quanto menor o tempo de serviço, os indivíduos tendem a resistir mais firmemente aos agentes estressores e conseqüentemente não desenvolverem sofrimento psíquico. A situação oposta, encontrada neste estudo, pode ser sugerida como plausível, visto que 29% dos profissionais com tempo de serviço maior que 05 anos apresentaram sintomas ansiosos (ADRIANO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2015).

Em relação à carga horária semanal de todos os vínculos empregatícios, observa-se, no gráfico 06, que daqueles 19 profissionais que trabalhavam entre 20 e 40 horas, 04 (21%) apresentaram sintomas ansiosos. Já entre os 08 que trabalhavam mais de 40 horas semanais, 03 (38%) apresentaram tais sintomas. Nenhum profissional com carga horária menor que 20 horas semanais apresentou sintomas ansiosos.

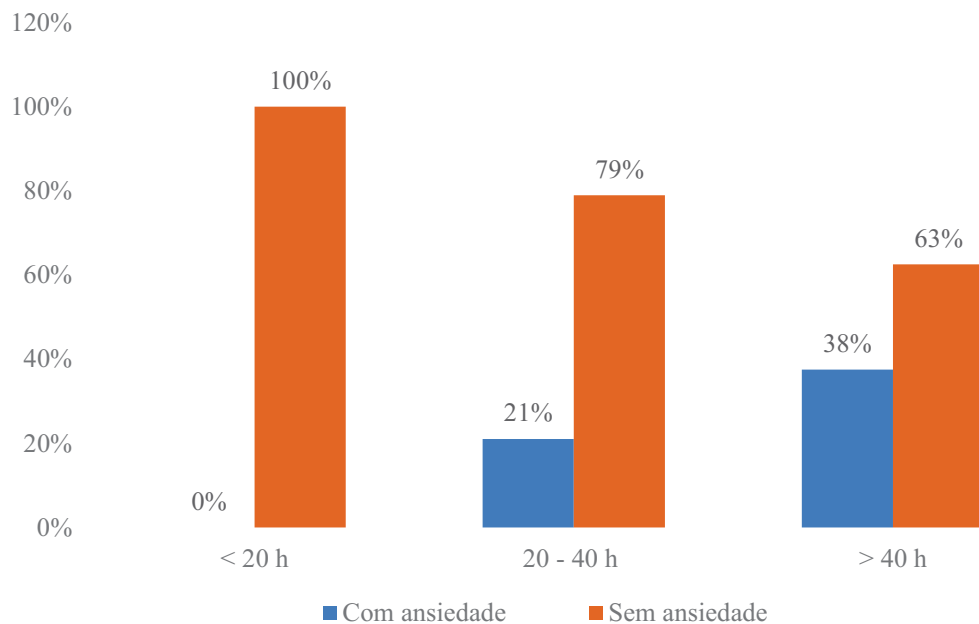


Gráfico 06 - Relação entre carga horária semanal e sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras. Fonte: Mota (2019).

Percebe-se a partir desses dados a tendência dos profissionais com carga horária maior que 40 horas semanais desenvolverem sintomas ansiosos. Estudos demonstraram que o regime de trabalho em escalas de plantão e a carga horária excessiva estão diretamente relacionados ao desenvolvimento de estresse laboral e sofrimento psíquico (ADRIANO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2015).

Quanto à remuneração mensal decorrente de todos os vínculos empregatícios, no gráfico 07, tem-se que entre os 22 profissionais que ganhavam menos que 05 salários mínimos, 06 (27%) apresentaram sintomas ansiosos; entre os 06 que ganhavam mais que 05 salários mínimos, somente 01 (16%) apresentou tais sintomas.

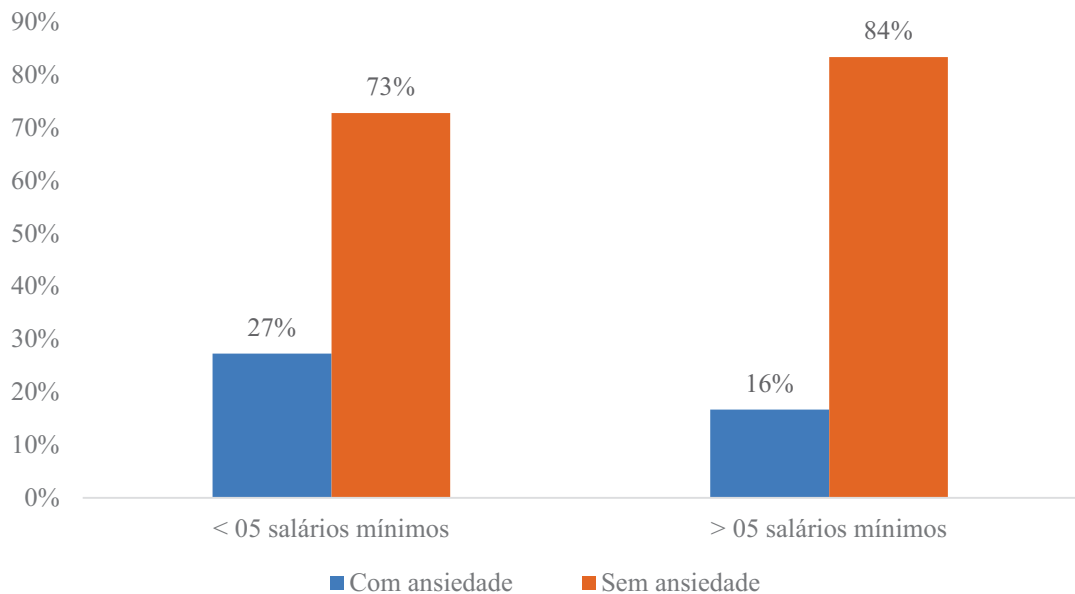


Gráfico 07 - Relação entre renda total em salários mínimos e sintomas ansiosos nos profissionais do SAMU de Cajazeiras. Fonte: Mota (2019).

Essa tendência no desenvolvimento de sintomas ansiosos nos indivíduos com baixos salários pode sugerir que o fator financeiro seja relevante no processo de adoecimento, principalmente no âmbito da saúde mental. Estudo com outra classe profissional encontrou relação semelhante, apesar de também não ter relevância estatística, na qual a baixa remuneração esteve associada a maior incidência de distúrbios psíquicos (REIS *et al.*, 2005; SCHMIDT *et al.*, 2011).

Quanto ao uso de drogas lícitas, dos 12 pesquisados, somente 02 (16%) apresentaram sintomas ansiosos. Nenhum usuário de fármacos psicoativos apresentou sintomas ansiosos. Não houve usuários de drogas ilícitas neste estudo.

5.3 Quanto aos Pesquisados com Sintomas Depressivos

Dos 28 participantes, somente 02 apresentaram de sintomas depressivos, sendo que estavam associados a sintomas ansiosos. Nenhum participante apresentou sintomas depressivos isolados.

Tabela 02 - Perfil sociodemográfico dos profissionais do SAMU de Cajazeiras com sintomas depressivos e ansiosos associados (n=2).

Perfil sociodemográfico dos pesquisados com sintomas depressivos e ansiosos associados		Nº	%
Média de Idade	31,50 anos		
Sexo	Masculino	2	100%

	Feminino	0	0%
Estado civil	Solteiro	1	50%
	União estável	1	50%
Função	Técnico de enfermagem	1	50%
	Auxiliar de regulação	1	50%
Tempo de serviço	< 05 anos	0	0%
	> 05 anos	2	100%
Carga horária	< 40h	0	0%
	> 40h	2	100%
Renda	< 05 salários	2	100%
	> 05 salários	0	0%
Drogas lícitas	Sim	2	100%
	Não	0	0%
Drogas Ilícitas	Sim	0	0%
	Não	2	100%
Fármacos Psicoativos	Sim	0	0%
	Não	2	100%

Fonte: Mota (2019).

Tal cenário sociodemográfico é consonante com o apresentado em vários estudos, o que pode sugerir que contribuem para a manifestação dessa sintomatologia a extensa carga horária semanal, a baixa renda e o longo tempo de serviço no SAMU (ADRIANO *et al.*, 2017; SANTOS, 2018; SÉ, 2014).

6 CONCLUSÃO

O presente estudo foi pensado a fim de traçar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos nos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Cajazeiras e relacioná-los com variáveis sociodemográficas. Tais objetivos, apesar das dificuldades na coleta de dados, foram alcançados.

Por mais que as variáveis avaliadas neste estudo não tenham significância estatística, houve um número expressivo de sintomas ansiosos nos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar do SAMU.

Observa-se uma tendência de sintomas ansiosos em mulheres, profissionais de enfermagem e auxiliares de regulação, com carga horária maior que 40 horas semanais, renda mensal menor que 05 salários mínimos e tempo de serviço no SAMU maior que 05 anos. Tem-se a correlação entre a presença de sintomas ansiosos e depressivos associados com jornadas de trabalho excessivas e consumo de drogas lícitas.

Sugere-se a realização de novos estudos com essa população, com amostras maiores e em localidades distintas, a fim de verificar se os achados contidos neste estudo foram idiossincráticos desta amostra ou podem ser extrapolados para outras equipes do SAMU.

Por fim, vale ressaltar que a relevância da realização de pesquisas nesta seara reside no fato de proporcionar aumento e divulgação do conhecimento sobre a temática. Conseqüentemente, favorecendo o desenvolvimento de subsídios para se repensar o processo de trabalho, as políticas públicas que visem o bem estar laborativo e a recuperação daqueles que se encontram em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

- ADRIANO, M. S. P. F. *et al.* Estresse ocupacional em profissionais da saúde que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Cajazeiras-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 29-34, 2017.
- AZEVEDO, T. M. V. E. **Atendimento pré-hospitalar na Prefeitura do Município de São Paulo: análise do processo de capacitação de equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde**. 2002. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- BAPTISTA, M. N. *et al.* Validade entre a escala de depressão (EDEP), o BDI e o inventário de percepção de suporte familiar (IPSF). **Psico-USP**, v. 13, n. 2, p. 211-220, 2008.
- BARBOSA, K. K. S. *et al.* Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 3, p. 515-522, 2012.
- BECK, A. T. *et al.* **Cognitive therapy of depression**. New York: The Guilford Press, 1987. Disponível em: encurtador.com.br/ivB59. Acesso em: 29 set. 2019.
- BORDALO, A. A. Estudo transversal/longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 4, p. 5-5, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2048/GM de 05 de novembro de 2002**. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 02 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em: 01 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf. Acesso em: 01 out. 2019.
- BROMET, E. *et al.* Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, v. 9, n. 1, p. 90, 2011.
- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **SAMU Regional de Cajazeiras**. 2019. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/2503706610390>. Acesso em: 16 out. 2019.
- CARVALHO, L.; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 7, n. 3, p. 570-582, 2007.

- CASTILLO, A. R. G. L. *et al.* Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 20-23, 2000.
- CAVALHEIRO, A. N. *et al.* Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 29-25, 2008.
- COOPER, C. L. Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. **Identifying workplace stress: costs, benefits and the way forward**. Brussels: European Conference on Stress at Work, p. 9-10, 1993.
- CREMASCO, G. D. S.; BAPTISTA, M. N. Depressão, motivos para viver e o significado do suicídio em graduandos do curso de psicologia. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 22-37, 2017.
- DALFOVO, M. S. *et al.* Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista interdisciplinar científica aplicada**, v. 2, n. 3, p. 1-13, 2008.
- DARWIN, C. *et al.* **The expression of the emotions in man and animals**. 3 ed. USA: Oxford University, 2002.
- FERREIRA, V. S. C. *et al.* Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.4, p. 898-906, 2009.
- FONTANELLA, J. M. *et al.* **Les matériels et les techniques de réanimation pré-hospitalière – Les Unités Mobiles Hospitalière des Samu**. Paris: SFEM, 1993.
- FREUD, S. **The problem of anxiety**. USA: Martino Fine Books, 2013.
- GAVIN, S. R. **Depressão, estresse e ansiedade: um enfoque sobre a saúde mental do trabalhador**. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-14012014-163411/pt-br.php>. Acesso em 01 out. 2019.
- GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 245-50, 1998.
- GRACINO, M. E. *et al.* A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 244-263, 2016.
- GUIC, E. *et al.* Estrés laboral y salud en una muestra de ejecutivos chilenos. **Revista Médica de Chile**, v. 130, n. 10, p. 1101-1112, 2002.
- HECK, R. M. *et al.* Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 26-33, 2012.
- HOLLERAN, R. S. **Role of nursing in prehospital care**. Sant Louis: Prehospital nursing, cap.1, p. 3-21, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População estimada em 2019**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/panorama>. Acesso em: 15 out. 2019.

KIRCHHOF, A. L. C. *et al.* Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 215-223, 2009.

LECRUBIER, Y. Depressive illness and disability. **European Neuropsychopharmacology**, v. 10, n. 4, p. 439-443, Netherlands, 2000.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipo de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 11-20, 2004.

MARCOLINO, J. A. M. *et al.* Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, n. 1, p. 52-62, 2007.

MARTINS, C. C. F. *et al.* O desgaste relacionado ao trabalho na ótica dos enfermeiros de atendimento pré-hospitalar. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 3, n. 2, p. 2024-2032, 2011.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 1, p. 71-75, 2003.

NARDI, A. E. Some notes on a historical perspective of panic disorder. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 2, p. 154-160, 2006.

OLIVEIRA, D. S. **Relações entre perfis cognitivos de personalidade e estratégias de coping em adultos**. 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/17086>. Acesso em: 04 out. 2019.

OLIVEIRA, E. A. Delimitando o conceito de stress. **Ensaio e Ciência**, v.1, n.1, p.11-18, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1. Acesso em: 06 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Depressão: uma crise global**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2012. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf. Acesso em: 28 set. 2019.

- OSWALDO, Y. C. **Vulnerabilidade ao estresse no trabalho, coping, depressão e qualidade de vida: evidências de validade.** 2009. 145 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade São Francisco, Itatiba, 2009. Disponível em: <http://www.usf.edu.br/galeria/getImage/427/6938492717704843.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.
- PAIVA, K. C. M.; AVELAR, V. L. L. M. Qualidade de vida no trabalho em uma central de regulação médica de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Organizações & Sociedade**, v. 18, n. 57, p. 303-321, 2011.
- PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.
- PEREGRINO, A. Ansiedade Normal e Patológica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45, n. 3, p. 129-134, 1996.
- PEREIRA, M. E. C. Mudanças nos conceitos de ansiedade. *In*: HETEM, L. A. B.; GRAEFF, F. G. (Editores). **Ansiedade e Transtornos de Ansiedade**. Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional, 1997.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Nursing research: Principles and methods.** 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. Disponível em: encurtador.com.br/nvPR9. Acesso em: 29 set. 2019.
- RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 58, v. 3, p. 355-360, 2005.
- REIS, E. J. F. B. *et al.* Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n. 5, v. 21, p. 1480-1490, 2005.
- RIOS K. A. *et al.* Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 413-420, 2010.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Desenhos de pesquisa em Epidemiologia. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. p. 141-148, 1999.
- SADOCK, B. J. *et al.* **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 11. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2017.
- SANTOS, J. L. D. **Sintomas depressivos em profissionais do Serviço de Atendimento móvel de Urgência (SAMU) de Sergipe.** 2018. 55f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2018. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/7591/2/Jos%C3%A9_Leandro_Santos.pdf. Acesso em: 25 set. 2019.
- SCHMIDT, D. R. C. *et al.* Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 487-493, 2011.

SÉ, A. C. S. **Ambiente pré-hospitalar e a síndrome de *burnout* em enfermeiros do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro**. 2014. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2014/dissertacao-aline-coutinho-sento-se>. Acesso em: 29 set. 2019.

SEMENOFF, T. A. D. V. *et al.* Estudo da ansiedade e da condição socioeconômica de acadêmicos do curso de graduação em Odontologia. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 24, n. 71, p. 219-222, 2015.

SHORTER, E.; HEALY, D. A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. **Journal of Psychopharmacology**, v. 11, n. 3, p. 287, 1997.

SILVA, D. S. D. *et al.* Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 1023-1031, 2015.

TELLES-CORREIA, D.; BARBOSA, A. Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação. **Acta Médica Portuguesa**, v. 22, n. 1, p. 89-98, 2009.

VIANA, M. B. **Mudanças nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX: Da "angstneurose" ao DSM-IV**. 2010. 206 f. Tese (Doutorado em Filosofia) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/4780>. Acesso em: 28 set. 2019.

WILKINSON, P. Conceptualization about internalizing problems in children and adolescents. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 373-381, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Comprehensive mental health action plan 2013-2020**. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 27 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 26 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental Health Atlas 2017**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 26 set. 2019.

ZIGMOND A. S.; SNAITH R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n. 2, p. 361-370, 1983.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Você está sendo convidado a participar como voluntário (a) no estudo: “Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Cajazeiras-PB”, coordenado pelo professor Wilson Eduardo Cavalcante Chagas e vinculado à Unidade Acadêmica das Ciências da Vida do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande.

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Este estudo tem por objetivo principal analisar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos na equipe multidisciplinar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Cajazeiras-PB; e se faz necessário devido a necessidade de documentar a ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos entre a equipe multidisciplinar do SAMU de Cajazeiras, a fim de implementar futuramente estratégias visando a promoção de saúde mental neste meio.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguintes procedimentos: sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário estruturado e validado. Os riscos envolvidos com sua participação são: os possíveis riscos advindos com o presente estudo se caracterizam por riscos não-físicos, tais como constrangimento ou qualquer desconforto, causados por respostas ou questionamentos, sendo estes minimizados pela voluntariedade de participação e pela garantia do anonimato. Os pesquisadores garantem sigilo absoluto dos dados. Caso a pesquisa apresente algum desconforto durante a coleta de dados, o participante será encaminhado para o orientador do estudo, o professor médico e psiquiatra, Wilson Eduardo Cavalcante Chagas. Os benefícios relacionados com a sua participação são que, a partir dos dados coletados, poderão ser desenvolvidos projetos e atividades no SAMU de Cajazeiras-PB que possam minimizar os sintomas de ansiedade e depressão da equipe multidisciplinar.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de maneira que não permita a identificação de nenhum voluntário.

Se você tiver algum gasto decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Você ficará com uma via rubricada e assinada deste termo e qualquer dúvida a respeito desta pesquisa, poderá ser requisitada a Alberto Oliveira da Costa Mota ou a Wilson Eduardo Cavalcante Chagas ou ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos-CEP/CFP/UFCG cujos dados para contato estão especificados abaixo.

Dados para contato com o pesquisador

Nome: Alberto Oliveira da Costa Mota

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares – Cajazeiras/PB

Telefone: (79) 999100615

Email: albertocmota@hotmail.com

Dados para contato com o responsável pela pesquisa

Nome: Wilson Eduardo Cavalcante Chagas

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares – Cajazeiras/PB

Telefone: (85) 996894252

Email: wilson.eduardo@ufcg.edu.br

Dados do CEP

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande- CEP/CFP/UFCG, situado a rua Sergio Moreira de Figueiredo, s/n, Bairro: Casas Populares, Cajazeiras - PB; CEP: 58.900-000.

Email: cep@cfp.ufcg.edu.br

Declaro que estou ciente dos objetivos e da importância desta pesquisa, bem como a forma como esta será conduzida, incluindo os riscos e benefícios relacionados com minha participação, e concordo em participar voluntariamente deste estudo.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2019.

Assinatura ou impressão datiloscópica do
voluntário ou responsável legal

Alberto Oliveira da Costa Mota

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO 01

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

Responsáveis: Alberto Oliveira da Costa Mota (pesquisador) e Prof. Me. Wilson Eduardo Cavalcante Chagas (orientador)

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)
EM CAJAZEIRAS-PB**

Esclarecimentos sobre o presente instrumento de coleta de dados.

Neste documento estão contidos dois questionários (o primeiro relacionado a características sociodemográficas e o segundo é constituído pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão), que estão sendo respondidos pela equipe multidisciplinar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU de Cajazeiras, com base na vivência e opinião de cada um. Cada questão, elaborada de forma clara e direta, é autoexplicativa. Preliminarmente, você deverá ler e, concordando, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Reitera-se o caráter sigiloso da pesquisa, sendo adotados os cuidados para que, em nenhum caso, os dados aqui coletados sejam utilizados para outro fim que não o do presente trabalho. Os questionários estão numerados para efeito de controle de sua aplicação, mas serão distribuídos aleatoriamente à equipe multidisciplinar do SAMU que não deverá assiná-los, tampouco escrever ou colocar algum outro sinal de identificação nos mesmos. Ao serem recolhidos, os questionários serão misturados e guardados, em um único envelope, para posterior análise e tabulação. Expressamos aqui, antecipadamente, os nossos agradecimentos!

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- 1) Sexo:
 - a. Masculino
 - b. Feminino

- 2) Idade:

- 3) Estado Civil:
 - a. Solteiro(a)
 - b. Casado(a)
 - c. Viúvo(a)
 - d. União estável
 - e. Divorciado(a)

- 4) Profissão:
 - a. Médico(a)
 - b. Enfermeiro(a)
 - c. Técnico ou auxiliar de enfermagem (assistencial)
 - d. Condutor(a)
 - e. Auxiliar de regulação
 - f. Rádio-operador

- 5) Tempo de instituição (que trabalha no SAMU):
 - a. Menos que 6 meses
 - b. Entre 6 meses e 2 anos
 - c. Entre 2 anos e 5 anos
 - d. Entre 5 anos e 10 anos
 - e. Mais de 10 anos

- 6) Carga horária semanal (montante de todos os vínculos):
 - a. Menor que 20h semanais
 - b. Entre 20 e 40h semanais
 - c. Maior que 40h semanais

- 7) Remuneração (montante de todos os vínculos):
- a. Menor que 2 salários-mínimos
 - b. Entre 2 e 5 salários-mínimos
 - c. Entre 5 e 10 salários-mínimos
 - d. Entre 10 e 15 salários-mínimos
 - e. Mais de 15 salários-mínimos
- 8) Uso de drogas lícitas (como álcool, tabaco, por exemplo):
- a. Sim
 - b. Não
- 9) Uso de drogas ilícitas:
- a. Sim
 - b. Não
- 10) Uso de substâncias/fármacos psicoativos (como antidepressivos, ansiolíticos, por exemplo):
- a. Sim
 - b. Não

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO 02**ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (EHAD)**

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria

- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU - 192

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Simone Cartacho Macedo Macambira, Coordenadora Geral do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Regional Cajazeiras-PB, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Cajazeiras-PB”, nesta instituição, que será realizada no período de 03/06/2019 a 05/08/2019, tendo como pesquisador responsável o Prof. Msc. Wilson Eduardo Cavalcante Chagas e orientando Alberto Oliveira da Costa.

Cajazeiras, 21/03/2019

Simone Cartacho Macedo Macambira

NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

Pesquisador: Wilson Eduardo Cavalcante Chagas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11159219.0.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.304.152

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo, analítico, fundamentado em questionários a serem aplicados no público-alvo. A pesquisa será realizada na Base Regional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Cajazeiras-PB. A amostra será escolhida por conveniência, na qual serão incluídos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores do serviço supracitado. Serão excluídos aqueles que se neguem a participar do estudo ou que tenham menos de 06 meses de prática no SAMU.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos na equipe multidisciplinar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Cajazeiras-PB.

Objetivo Secundário:

Identificar sintomas ansiosos e depressivos entre os profissionais do SAMU, relacionando-os às variáveis sociodemográficas destes funcionários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão bem descritos pelo pesquisador, conforme resolução 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@ccp.ufcg.edu.br

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
(Continuação)

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 3.304.152

DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) EM CAJAZEIRAS-PB é importante por contribuir para análise da saúde dos trabalhadores expostos ações emergenciais. Os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Para melhor acesso aos documentos necessários para avaliação ética, anexar todos no espaço específico, quando da submissão do projeto na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1321299.pdf	04/04/2019 16:33:40		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PARA_SUBMISSAO_PDF.pdf	04/04/2019 16:08:48	ALBERTO OLIVEIRA DA COSTA MOTA	Acelto
Outros	TERMO_RESULTADOS.PDF	04/04/2019 15:51:52	ALBERTO OLIVEIRA DA COSTA MOTA	Acelto
Declaração de Pesquisadores	TERMO_PESQUISADORES.PDF	04/04/2019 15:50:45	ALBERTO OLIVEIRA DA COSTA MOTA	Acelto
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	04/04/2019 15:47:53	ALBERTO OLIVEIRA DA COSTA MOTA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/04/2019 21:33:55	ALBERTO OLIVEIRA DA COSTA MOTA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075

CEP: 58.900-000

E-mail: ccep@ccp.ufcg.edu.br

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
(Continuação)

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 3.304.152

Não

CAJAZEIRAS, 06 de Maio de 2019

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: ccp@cjp.ufcg.edu.br