

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Departamento de Medicina Social

JESSICA ANDREA BRAVO SANTANA

**RELAÇÃO ENTRE O TURNO DE TRABALHO E A PREVALÊNCIA DE
TRANSTORNO DEPRESSIVO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE PRONTO
SOCORRO DE UM HOSPITAL MUNICIPAL**

Monografia de Conclusão de Curso de
Especialização em Medicina do trabalho do
Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa
Casa de São Paulo

Orientador: Dr. João Silvestre da Silva Júnior

São Paulo

2013

FICHA CATALOGRÁFICA:

*Para os meus amados pais e filha Aline, que sempre serão a minha fortaleza,
e sem eles nada teria sido possível.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por permitir a conclusão de mais um desafio.

Ao meu pai que foi e sempre será um exemplo para a minha formação como pessoa e para a minha formação acadêmica.

À minha mãe Soledad e filha Aline que sempre estiveram ao meu lado, com paciência, amor, com muito incentivo. Ao Elton pela presença e colaboração.

À Direção do Hospital, Gerência de RHC, Dr. Mario, Dr. Denilson e Enf. Eduardo, que entenderam a importância da realização da pesquisa e autorizaram a execução da mesma. Agradeço pela atenção e apoio.

Ao Dr. João Silvestre da Silva Junior pela orientação.

Ao Prof. Dr. Luiz Carlos Morrone, e demais professores que tanto contribuíram para o meu crescimento em termos de conhecimento técnico e como pessoa ao longo deste tempo como "aluna de medicina do trabalho da Santa Casa".

À Sra. Josephina que sempre foi muito amiga e disposta a ajudar.

À equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem do pronto socorro, sujeitos desta pesquisa, que se mostraram interessados e dispostos a colaborar com o estudo.

RESUMO

Santana, Jessica Andrea Bravo. **Relação entre o turno de trabalho e a Prevalência de Transtorno Depressivo na Equipe de Enfermagem de Pronto Socorro de um Hospital Municipal**. 2013. Monografia de Conclusão de Curso de Especialização em Medicina do trabalho - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2013.

Trata-se de um estudo analítico retrospectivo sobre a prevalência de transtorno depressivo na equipe composta entre auxiliares e técnicos de enfermagem de pronto socorro de um hospital municipal. Neste estudo **objetivou-se** avaliar a repercussão da organização do trabalho com jornadas em turnos sobre a saúde mental dos trabalhadores; estudar a situação de trabalho com relação aos riscos ocupacionais; verificar a frequência de quadro compatível com transtornos depressivos entre profissionais de enfermagem; analisar se há relação dos transtornos depressivos e o turno de trabalho. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada com 104 funcionários da população total de 125 funcionários entre auxiliares e técnicos de enfermagem do Pronto Socorro. Foram coletados os dados no período de 16/11/2012 à 27/11/2012, sendo aplicados três instrumentos durante a entrevista: a) Identificação de informações clínicas e contextualização sócio demográfica, b) Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), c) Inventário de Depressão de Beck (IBD). As variáveis analisadas foram divididas em três grupos: sócio demográficas, ocupacionais e variáveis de saúde. As analisamos com dois grupos específicos, a primeira sendo grupo de pessoas com resultado de IBD até 9 (sem depressão) e o grupo com resultados de IBD de 10 a 63 (algum grau de depressão). Os **resultados** mostraram que as características nesta população com quadro depressivo são de jovens até 35 anos de idade, trabalhadores do turno da tarde, com experiência na área de enfermagem de 6 a 15 anos na função e, maior entre os casados com um a dois filhos. Aplicamos o questionário SRQ-20, sendo que 15 mulheres apresentaram pontuação acima do corte (de 8 a 20 pontos) e destas, 12 mulheres tinham pontuação de IBD entre 10 a 63, portanto 80% de depressão no grupo de mulheres com variável SRQ-20 acima do corte. No sexo masculino, quatro homens tinham pontuação de SRQ-20 acima do corte (6 a 20 pontos), e ao comparar com a pontuação de IBD, apenas dois tinham pontuação entre 10 a 63, portanto 50% do grupo, com depressão em algum grau com variável de SRQ-20, acima do corte. **Conclui-se** que a prevalência de transtorno depressivo entre os profissionais de enfermagem permaneceu acima da média da população geral (ao redor de 10%), neste estudo com uma porcentagem de 20,19%, não havendo diferença significativa entre os auxiliares e técnicos de enfermagem. A maior porcentagem de trabalhadores com quadro depressivo está obesa e a presença de depressão é maior entre os que possuem alguma doença crônica em comparação aos hígidos e entre os tabagistas ao comparar com os não tabagistas. O perfil dos trabalhadores analisados: 74% do sexo feminino, 39% encontra-se no sobrepeso ou obesidade, recém-formados, sendo a primeira experiência neste hospital. Ao analisar se há relação dos transtornos depressivos e o turno de trabalho, observa-se que apesar de muitos estudos apontarem os distúrbios físicos e mentais associados ao trabalho em turno noturno e a cronobiologia, neste estudo não houve associação de transtorno depressivo e o turno de trabalho noturno, sendo o maior índice de depressão entre estes trabalhadores estão no período da tarde.

Palavras chave: depressão, enfermagem, pronto socorro, turno de trabalho.

LISTA DE TABELAS

Tabela1 - Distribuição dos participantes, de acordo com as variáveis sócio demográficas, técnicos e auxiliares de enfermagem do pronto socorro de hospital municipal de São Paulo, novembro/2012.....	41
Tabela 2 - Distribuição dos participantes, de acordo com as variáveis ocupacionais, técnicos e auxiliares de enfermagem do pronto socorro em hospital municipal de São Paulo, novembro/2012.....	44
Tabela 3 - Distribuição dos participantes, de acordo com as variáveis de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem do pronto socorro em hospital municipal de São Paulo, novembro/2012.....	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos trabalhadores contratados de acordo com os setores de trabalho no Pronto Socorro.....	29
Quadro 2 – Condições gerais do vestiário.....	31
Quadro 3 – Condições gerais do refeitório.....	31
Quadro4 – Condições gerais da cozinha.....	31
Quadro 5 – Distribuição dos acidentes de trabalho durante o ano de 2012 da instituição avaliada.....	34
Quadro 6 – Condições gerais do estabelecimento	37

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Questionário Sóciodemográfico.....	57
Anexo B – Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português.....	58 - 59
Anexo C – Self Reporting Questionnaire (SRQ-20).....	60

SUMÁRIO:

RESUMO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE ANEXOS

1.	INTRODUÇÃO	10-18
1.1	O trabalho de enfermagem.....	13-14
1.2.	O transtorno depressivo.....	14-16
1.3	Transtorno depressivo e o trabalho em turnos/noturno.....	16-18
2	OBJETIVOS	19
2.1.	Geral.....	19
2.2.	Específicos.....	19
3.	MATERIAIS E MÉTODOS	20-23
3.1	Local e População de Estudo.....	20
3.2	Ferramentas de avaliação ambiental.....	20
3.3	Ferramentas de avaliação dos trabalhadores	20-23
3.3.1.-O	Self Reporting Questionnaire (SRQ)	21-22
3.3.2.-O	Inventário de Depressão de Beck (BDI)	22-23
3.4	Análise e interpretação dos resultados.....	23
4.	RESULTADOS	24-47
4.1.	Análise ambiental dos postos de trabalho.....	25-25
4.2	Ficha de reconhecimento de riscos no local de trabalho.....	25-39
4.2.1 -	Informações gerais.....	28-30
4.2.2 -	Facilidades sanitárias	30-31
4.2.3 -	Facilidades de bem estar.....	31-33
4.2.4 -	Serviço de higiene e segurança.....	33-35
4.2.5 -	Facilidades médicas	35
4.2.6 -	Medicina do trabalho	35-37
4.2.7 -	Observações gerais sobre o estabelecimento	37
4.2.8 -	Resíduos industriais	37
4.2.9.-	Fluxograma do processo.....	38-39
4.3-	Análise dos questionários específicos	39-47
5.	CONCLUSÃO	48-50
6.	PROPOSTAS DE MELHORIAS PARA OS POSTOS DE TRABALHOS EM ESTUDO	51-52
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53-56

1. INTRODUÇÃO

O Hospital, de maneira geral, é reconhecido como um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham. Os estudos anteriores apontam-no como local privilegiado para o adoecimento. Além dos riscos de acidentes e doenças de origem física aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos, o sofrimento psíquico é também bastante comum e parece estar em crescimento, diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos àqueles trabalhadores, tanto na esfera do trabalho quanto fora dela. As difíceis condições de trabalho e de vida podem estar relacionadas com a ocorrência de transtornos mentais como a ansiedade e a depressão, frequentes entre os auxiliares e técnicos de enfermagem.

A enfermagem está ligada, desde suas origens, à noção de caridade e devotamento, sendo seus primeiros executores pessoas ligados à igreja católica, ou leigos praticando à caridade. Esse fato imprimiu marcas que perduram até hoje e se explicitam na concepção de enfermagem de alunos e enfermeiros.

Com o passar do tempo, o hospital deixou de ser um lugar para onde as pessoas eram levadas para esperar a morte e se transformou em espaço de cura.

A ideologia que perpassa a profissão desde sua origem significa abnegação, obediência, dedicação. O conflito para esses trabalhadores fica evidente dado que a motivação caracterizada por sentimentos idealizados da profissão conflita com a realidade determinada pelo mercado de trabalho capitalista (ELIAS e NAVARRO, 2006).

Na tentativa de melhorar os rendimentos, os profissionais, em especial de enfermagem, se submetem a diferentes turnos de trabalho, aumentando a

sua jornada de trabalho e, levando a diminuição do seu período de descanso e lazer, fazendo com que a jornada noturna seja uma opção de trabalho.

A jornada noturna altera os ritmos biológicos e sociais de forma que o organismo deve se adaptar às condições oferecidas pelo trabalho. O trabalhador passa a ter privação e perturbações de seu sono que podem gerar estresses físicos e mentais. A vida social e familiar desse trabalhador também se altera, diminuindo o tempo de interação com seus familiares, aumentando a probabilidade de conflitos entre os membros da família (PEREIRA et al, 2010).

O trabalho noturno pode causar um impacto negativo à saúde dos profissionais, podendo ocasionar distúrbios do ritmo circadiano, interferências no desempenho do trabalho, dificuldades no relacionamento familiar e social, deterioração da saúde, que pode manifestar-se nos distúrbios do sono e hábitos alimentares, e em longo prazo, em desordens mais severas que acometem o sistema gastrointestinal, e provavelmente, o sistema cardiovascular, além de causar fadiga, ansiedade e depressão. (MEDEIROS, S.M., et al, 2009).

A tolerância ao trabalho em turnos também é influenciada, na opinião de Moreno, Fischer, Rotemberg (2003), pela personalidade do indivíduo em termos relacionais. Os trabalhadores que gostam do trabalho em turno noturno incluem diversas pessoas com hábitos solitários. Convém ressaltar que as vantagens econômicas e o lazer diurno podem superar as desvantagens de um estilo de vida anormal, quando comparado às demais pessoas. Nessa mesma linha, parece ser mais fácil lidar com o trabalho noturno quando a realização de um *hobby* ou a preferência por outras atividades não dependem de contatos sociais. Já entre os que se ressentem do desencontro social em relação a toda a comunidade, cabe mencionar a prática de trabalhadores em turno noturno de estabelecer vínculos de amizade com os próprios

colegas de turma (os que estão trabalhando sempre nos mesmos horários que ele) para que possam realizar atividades sociais em seus dias de folga.

A enfermagem é uma atividade basicamente humana, desempenhada por enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, sendo sua ação direcionada à assistência à pessoa, à família ou à comunidade.

Formado por pessoas do sexo feminino, na sua maioria, o trabalho de enfermagem é ininterrupto durante as 24 horas do dia e um grande número de profissionais exerce suas atividades em turnos diurnos e noturnos (MEDEIROS et al, 2009 in : PEREIRA et al, 2010).

A sobrecarga de trabalho, com jornadas duplas ou triplas pode conduzir a mulher ao *stress* emocional, considerando que sua inserção no mercado de trabalho não a desvinculou das tarefas domésticas e da educação dos filhos, resultando num acúmulo de atribuições (PARFARO, R.C.; MARTINO, M.M.F., 2004).

A jornada de trabalho diária de enfermagem, de 12 horas em um pronto socorro, é bastante cansativa, com um consumo de energias físicas e mental do pessoal que exerce suas atividades laborais nesse setor. No sentido de proporcionar um descanso mínimo aos trabalhadores que trabalham em turnos, a instituição empregadora deve oferecer local adequado para esse fim.

Estudo realizado com o objetivo de comparar os padrões de sono de profissionais de enfermagem dos turnos diurno e noturno em um hospital mostrou que, os que exerciam suas atividades laborais durante a noite apresentaram como característica, dormir em dois períodos, o que é denominado sono fracionado.

As estratégias individuais de adaptação dos profissionais de enfermagem relacionadas aos hábitos de sono são essenciais à realização do trabalho em turnos (MEDEIROS, S.M., et al., 2009).

Segundo Rios, Barbosa e Belasco (2010), a prevalência de depressão apresentada por técnicos e auxiliares de enfermagem, mostrou-se semelhante à encontrada na população geral: 3 a 11%. Neste estudo, os técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalhavam no período noturno apresentavam maior prevalência de depressão.

1.1. O trabalho de enfermagem

Conforme o Conselho Mundial de Enfermeiros (CIE), *Enfermagem* compreende o cuidado autônomo e colaborativo ao indivíduo de todas as idades, famílias, grupos e comunidade, doente ou sadio, em todos os setores de atendimento. Enfermagem inclui a promoção da saúde, prevenção da doença, e o cuidado ao indivíduo doente, incapacitado e morrendo. “Advogar, promover ambiente seguro, pesquisa, participar na elaboração de políticas de saúde e em sistemas de gerenciamento de saúde e ensino, são também papéis-chaves dos enfermeiros”.

As unidades de emergência são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas onde existe um trabalho de equipe especializada e podem ser divididas em: pronto atendimento, pronto socorro e emergência.

O Pronto Atendimento é definido como a unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato (BRASIL, 1985).

O Pronto Socorro é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde

necessitam de atendimento imediato, funcionando nas 24 horas do dia com apenas leitos de observação (BRASIL, 1985).

Emergência é a unidade destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato, funcionando nas 24 horas com leitos de observação e que mantenha vínculo com unidade hospitalar para procedimentos de maior complexidade, como cirurgias e exames de alta complexidade (BRASIL, 1985).

1.2. O transtorno depressivo

O termo *depressão*, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s).

Enquanto ***sintoma***, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas (SANTOS, I.P., 2008).

Referente à ***síndrome***, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite) (SANTOS, I.P., 2008).

Finalmente, enquanto ***doença***, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado (SANTOS, I.P., 2008).

Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: Transtorno depressivo maior, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia (CID-10; LAFER et al, 2000 in: SANTOS, I.P., 2008).

A *Classificação Internacional das Doenças*, da Organização Mundial da Saúde, assim apresenta os transtornos do humor, em suas linhas gerais:

- F32 - Episódio depressivo (usado para episódio depressivo *único*).

O episódio depressivo pode ser, quanto à intensidade, classificado como: *leve*, *moderado* ou *grave*. Os episódios leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de *sintomas somáticos*.

Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de *sintomas psicóticos*.

- F33 - Transtorno depressivo recorrente (tem as mesmas subdivisões descritas para o episódio depressivo).

As diferenças entre os transtornos de humor, anteriormente reconhecidas na clínica foram verificadas e são oficialmente reconhecidas pela quarta edição de Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - IV, 1994).

No DSM – IV aparecem os transtornos de humor adicionais que incluem síndromes relacionadas à depressão como: transtorno depressivo menor, transtorno depressivo breve recorrente e transtorno disfórico pré-menstrual e transtorno bipolar II.

De acordo com a revisão da literatura, a prevalência de depressão na população em geral gira em torno de 10% (KAPLAN; SADOCK. 2003). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que cerca de 450 milhões de pessoas

sofram de transtornos mentais ou comportamentais, representando 12% da carga mundial de doenças, sendo que apenas uma ínfima minoria dessas pessoas recebe tratamento adequado, quando muito, o mais básico (OPAS/OMS, 2001).

Seligmann-Silva (1995) descreve que as síndromes depressivas aparecem com frequência relacionada ao trabalho, muitas vezes sendo atípicas manifestando-se numa forma mais sutil e apresentando como principal sintoma o desânimo.

1.3. Transtorno depressivo e o trabalho em turnos/noturno

Segundo o artigo 73, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), considera-se **trabalho noturno** aquele que executado entre as 22 horas de um dia e às 5 horas do dia seguinte. A hora do trabalho noturno será computada 52 minutos e 30 segundos. Salvo nos casos de revezamento semanal ou quinzenal, o trabalho noturno terá remuneração superior à do diurno e, para esse efeito, sua remuneração terá um acréscimo de 20%, pelo menos, sobre a hora diurna.

A alteração no padrão do sono, consequência comum do trabalho noturno, isoladamente não apresenta sintoma de depressão, mas caracteriza um importante papel na sua patogênese (KAPLAN; SADOCK, 2003). Na opinião de Aguilera (2006), o trabalho em turnos pode ocasionar uma série de problemas na saúde do trabalhador que incluem disfunções físicas (perturbações do sono, distúrbios gastrointestinais e cardiovasculares) e psíquicas (irritabilidade, estresse, alterações do humor). Observou-se que mesmo após um período curto de exposição ao trabalho em turno, é possível identificar sinais de prejuízo à saúde do trabalhador. Já no final do primeiro mês, podem surgir manifestações como insônia, alterações no humor, problemas emocionais, sociais e familiares. Decorridos cinco anos neste sistema de

trabalho, evidencia-se alterações crônicas relacionadas ao desequilíbrio do padrão do sono, absenteísmo e aumento da ocorrência de separações e divórcios (PINTO, 2009).

O *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH) e o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC - 2009) apontam que estes efeitos em longo prazo podem ser observados após 2-3 anos de trabalho em turno, sendo alguns deles os sintomas psiconeuróticos, abuso de substâncias estimulantes ou hipnóticas e sintomas depressivos. Somam-se a estes efeitos o estresse, a má qualidade de vida e os fatores predisponentes no desenvolvimento de doenças, colaborando com o agravamento na saúde do trabalhador. (PINTO, 2009).

No Manual para Classificação Internacional de Doenças – 10 (CID-10), o trabalho em turno é apontado como um fator de risco de origem ocupacional, sendo que a seção Z56.6 trata da má adaptação à organização do horário de trabalho – em turno e noturno – e a seção F51.2, do desenvolvimento de transtornos do ciclo sono-vigília devido a fatores não-orgânicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Por outro lado, temos outras questões que interferem na ocorrência de sintomas de depressão, como, por exemplo, a qualidade de vida. O trabalho em turnos pode alterar este equilíbrio, uma vez que interferem nas condições físicas e psicológicas do indivíduo, como mudanças no padrão de sono e nas relações sociais, piora das condições de saúde, etc. Por isso, ações institucionais que visem uma melhora da qualidade de vida de seus empregados são de suma importância.

A depressão pode ser definida como um prolongamento dos sentimentos negativos e capacidade prejudicada de concentração ou do funcionamento normal (KAPLAN; SADOCK, 2003).

Esta patologia, no que se refere à saúde ocupacional, traz consigo uma série de prejuízos que incluem o profissional, a instituição e o paciente. Segundo Menetti e Marziale (2007), os profissionais de enfermagem encontram-se expostos às psicopatologias devido ao tipo de trabalho executado, por conviver diariamente com o sofrimento, a dor e a morte, sendo obrigados a elaborar estas circunstâncias em paralelo com os próprios problemas emocionais.

Esta pesquisa apresenta-se com a necessidade e a importância do reconhecimento e adequado diagnóstico das doenças psiquiátricas e psicossomáticas relacionadas ao trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral:

Avaliar a repercussão da organização do trabalho com jornadas em turnos sobre a saúde mental dos trabalhadores.

2.2. Específicos:

Verificar a frequência de quadro compatível com transtornos depressivos entre profissionais de enfermagem.

Analisar se há relação dos transtornos depressivos e o turno de trabalho.

Estudar a situação de trabalho com relação aos riscos ocupacionais.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo analítico retrospectivo. .

3.1 Local e População de Estudo

A população é formada por auxiliares e técnicos de enfermagem do pronto socorro de um hospital municipal de São Paulo. O total de auxiliares e técnicos de enfermagem no Pronto Socorro é de 128 trabalhadores, sendo divididos em 4 grupos: turno da manhã, turno da tarde; e turno noturno A e turno noturno B.

3.2 Ferramentas de avaliação ambiental

A avaliação ambiental foi feita utilizando a Ficha de Reconhecimento Preliminar de Riscos. Foram utilizados os dados do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) da instituição, após a autorização para o uso.

Imagens foram obtidas através de câmara fotográfica digital com boa resolução de imagem, após autorização prévia da empresa.

3.3 Ferramentas de avaliação dos trabalhadores

Para a realização do exame médico clínico-ocupacional foi realizada a prática convencional desta atividade, com exame clínico geral e específico ocupacional. Adicionada a uma entrevista aplicando o *Self-Reporting Questionnaire (SRQ – 20)* e *Inventário Beck de Depressão (IBD)*:

3.3.1.- O Self-Reporting Questionnaire (SRQ).

O SRQ é composto originalmente por 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos de transtornos não psicóticos, quatro para rastreamento de transtornos psicóticos, uma para rastreamento de convulsões do tipo tônico-clônica e cinco questões para rastreamento de transtorno por uso de álcool.

O SRQ-20, versão em que são utilizadas as 20 questões para rastreamento de transtornos não psicóticos, vem sendo utilizado em vários países de culturas diferentes para rastreamento de transtornos não psicóticos. (GONÇALVES, 2008). É um instrumento de rastreamento, para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, em termos de facilidade de uso e custo reduzido. Este teste foi recomendado pela Organização Mundial da Saúde, permitindo-nos verificar a presença de distúrbios e transtornos mentais comuns, que se caracterizam por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. O mesmo é composto por 20 questões dicotômicas (sim/não), sendo quatro questões sobre sintomas físicos e 16 questões sobre distúrbios psicoemocionais. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Este instrumento foi validado no Brasil por Mari JJ, que relata que o melhor ponto de corte para o sexo masculino, em seu estudo, realizado em três centros de saúde da Cidade de São Paulo foi de até 5 como negativo e a partir de 6 sendo positivo, com uma sensibilidade de 89% e uma especificidade de 81%. Para o sexo feminino, o ponto de corte determinado foi de até 7 como negativo e a partir de 8 como positivo, com uma sensibilidade de 89% e uma especificidade de 77% (Mari J.J.,1986).

Por tratar-se de um instrumento para rastreamento, e não diagnóstico, a determinação do ponto de corte para detecção de casos, com

respectivas sensibilidade e especificidade, precisa ser feita por meio da comparação com o padrão-ouro, isto é, entrevista psiquiátrica padronizada.

3.3.2.-O Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory" - BDI)

É provavelmente a medida de auto avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, 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, diminuição de libido. Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI. De acordo com Beck et al (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para amostras de pacientes com transtorno afetivo o "Center for Cognitive Therapy" (Beck et al., 1988) recomenda os seguintes pontos de corte: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão, de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão, de moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave.

Os dados foram coletados mediante uma abordagem individual, com consentimento prévio do entrevistado, explicação do motivo e proposta do estudo e depois de sanadas as eventuais dúvidas ao respeito, foram entregues os questionários, com explicação de como preencher. Esta abordagem foi feita durante o plantão do trabalhador, evitando procedimentos e situações que poderiam interferir na

rotina do colaborador. Após preenchimento, foram colhidos, também de forma individual os questionários.

Os participantes assinaram um termo de consentimento, no qual declararam estarem informados a respeito dos propósitos da pesquisa, e concordando em participar espontaneamente da mesma, uma vez garantidos o sigilo das informações coletadas e o anonimato dos entrevistados.

3.4 Análise e interpretação dos dados

Serão considerados para posterior análise (CASO), os colaboradores cujo resultado do questionário de IBD for igual ou maior a 10, representando assim “algum grau” de depressão. Após esta seleção será associados para comparação o resultado do questionário SRQ-20.

4. RESULTADOS

O Pronto Socorro em questão, pertence a um Hospital Municipal Secundário, para atendimento da população moradora da região de M'Boi Mirim – Jardim Ângela – Zona Sul de São Paulo/SP, com cerca de 600 mil moradores, com uma média de 15000 atendimentos por mês. Assim, sendo a principal porta de entrada de pacientes, para atendimento de nível de complexidade secundária, possui as especialidades de Urgência e Emergência - Pronto Socorro, onde os esforços da equipe multidisciplinar estão concentrados, além de atendimentos nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ortopedia, Pediatria, Psiquiatria e Obstetrícia.

Portanto o Pronto Socorro é uma das áreas mais importantes do Hospital, com o objetivo de atender de forma imediata casos graves e urgentes, sendo dividido para atendimento em: Sala de choque, Sala de Emergência, Sala de Observação Adulto e Infantil, Sala de Medicação Adulto e Infantil, Sala de Suturas, Sala de gesso, seis Consultórios Médicos (entre Clínicos gerais, Cirurgiões gerais, Ortopedistas e Pediatras).

O paciente que requer e solicita atendimento neste Pronto Socorro, passa por uma triagem inicial realizada por quatro enfermeiros especializados. Após esta triagem, recebe a identificação: verde, amarelo ou vermelho, de acordo com a gravidade, sendo a cor vermelha para os pacientes com maior gravidade. Em casos que o paciente esteja em situação de urgência e/ou emergência, também poderá ser encaminhada diretamente para a Sala de Choque.

A equipe de enfermagem para atendimento dentro da estrutura do Pronto Socorro é única, sob a Coordenação do Coordenador Assistencial de Pronto Socorro, Supervisores e Enfermeiros Seniores, sendo dividida entre os diversos setores

e fazendo rodízios mensais, assim, os colaboradores, passam por todos os setores dentro do Pronto Socorro.

4.1. ANÁLISE AMBIENTAL DOS POSTOS DE TRABALHO.

Há três turnos de trabalho: período da MANHÃ, com plantões de 6 horas diárias (7hs às 13hs) e um descanso por semana (6x1); período da TARDE, com plantões de 6 horas diárias (13hs às 19hs) e um descanso por semana (6x1) e o período da NOITE (turno noturno), com plantões 12x36, ou seja, plantão de 12 horas seguido por descanso de 36 horas. Ou seja, todos seguem a carga horária de trabalho, equivalentes há 36 horas semanais.

Em cada plantão, ficam escalados em média de vinte a vinte e dois funcionários. Estes são divididos nos setores que pertencem ao pronto socorro. A escala segue este padrão: 4 na observação adulto feminina, 4 na observação adulto masculina, 2 na observação infantil, 3 na medicação adulto, 1 na medicação infantil, 1 na sala de sutura, 3 na sala de emergência e 2 na sala de choque. A sala de gesso, tem 2 técnicos de gesso por plantão. São frequentes as faltas dos funcionários no plantão, quando isto ocorre, há um redimensionamento da equipe, sempre dando preferencia aos setores de observação adultos, por exigir maior demanda de assistência por parte dos funcionários.

As atividades dos auxiliares e técnicos de enfermagem são:

- Atuar em situações de emergência, conforme protocolos institucionais e mediante orientações recebidas; Atuar na equipe de enfermagem e multidisciplinar na assistência direta ao paciente em práticas de baixa e média complexidade, e quando necessário, de alta complexidade, sob a orientação e supervisão do enfermeiro auxiliando os pacientes em suas necessidades básicas.

- Realizar as atividades de cuidado junto aos pacientes, de acordo com as rotinas, protocolos e prescrição/orientações médicas e do enfermeiro.
- Assistir o enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades da assistência de enfermagem.
- Registrar em documentos específicos/prontuários a assistência prestada aos pacientes e familiares.
- Cumprir as políticas, protocolos, rotinas e procedimentos da área de atuação e institucionais.

Os colaboradores realizam estas funções com uma característica em particular: trata-se de pacientes com agravos à saúde que requerem atendimento imediato. Portanto são identificáveis os riscos ergonômicos, devido aos longos períodos na posição ortostática, além de posturas inadequadas em momentos de procedimentos específicos; riscos biológicos, procedente dos fluídos corpóreos humanos (fezes, mucosidades, líquido, sangue entre outros) contaminados por vírus, bactérias, fungos etc.; riscos químicos, ao contato com clorexidina, álcool, degermantes; além do risco de acidentes, sendo o principal, risco de quedas.

Por sua vez, avaliando detalhadamente o trabalhador nestas condições, fica evidente que a saúde mental é alvo de constantes transgressões, que podem evoluir para transtornos psíquicos, devido à cobrança por parte da chefia e por parte do cliente (paciente/acompanhantes), grande responsabilidade, alta demanda de trabalho, cobranças sociais, dentre outras, que resultam em cansaço físico e mental.

A localização do Hospital, por ser muito populosa e carente de assistência médica, o hospital ser considerado como referência em atendimento de alta qualidade, devido a grande quantidade de encaminhamentos de AMA (Assistência Médica Ambulatorial), UBS (Unidades Básicas de Saúde) e demanda por parte dos

moradores da região, o conjunto destes fatores associados, fazem com que a instituição fique sobrecarregada. O setor de Observação Adulto (masculina e feminina) com a estrutura inicial de 16 leitos em cada uma termina com uma estrutura improvisada de 30 leitos em cada observação. A observação infantil, com 20 leitos iniciais, em períodos sazonais acaba instalando uma estrutura para 30 a 40 leitos. A sala de choque tem capacidade para 4 leitos e a sala de emergência para 8 leitos. Por ser uma região com grande índice de violência, há momentos em que a sala de choque fica sobrecarregada com poli traumatizados, feridos com arma de fogo, vítimas de violência em geral, pacientes com doenças descompensadas, conseqüentemente a sala de emergência fica com leitos improvisados, onde os próprios funcionários comentaram que chegaram a atender 16 leitos.

A estrutura hospitalar e dimensionamento de funcionários foram planejados obedecendo às portarias de dimensionamento de funcionários de acordo com o sistema de classificação de pacientes (SCP) determinados pelo COFEN. A recomendação para seu uso e determinação da competência do enfermeiro veio somente em 1996 (COFEN 189/1996) e atualizada em 2004 (COFEN 2-93/2004). Foi estabelecido que o cálculo de pessoal de enfermagem devesse ter como base a aplicação de SCP como um dos indicadores para estabelecer o perfil de cada paciente nas unidades hospitalares, as horas mínimas de ausência e a distribuição dos profissionais para cada tipo de cuidado (URBANETTO, 2012).

Atendendo a uma demanda inicial, acabam sendo superados devido à necessidade da população, a limitação de recursos físicos, recursos humanos e recursos financeiros, por se tratar de instituição pública. Como consequência direta, a equipe assistencial deste setor fica sobrecarregada, sem dimensionamento adequado

entre numero de pacientes, de acordo com o nível de dependência e numero adequado de funcionários para o setor, e disposição física adequada.

Os usuários e os acompanhantes que procuram o hospital para o pronto atendimento ficam emocionalmente envolvidos, preocupados com a saúde dos entes queridos. Não é raro casos de agressão verbal e ocasionalmente tentativa ou até mesmo agressões por parte dos usuários e/ou acompanhantes contra os funcionários, alegando “demora no atendimento”. Fica evidente a preocupação dos funcionários com relação à violência.

O Decreto 3048/99 do INSS, na forma do § 3º do art. 337, são indicados intervalos de CID-10 em que se reconhece Nexo Técnico Epidemiológico, entre a entidade mórbida e as classes de CNAE indicadas, nelas incluídas todas as subclasses cujos quatro dígitos iniciais sejam comuns. Portanto o CNAE de atividade hospitalar está relacionado a quadros de transtornos depressivos, desta maneira, relação do trabalho como causa de transtornos depressivos, é reconhecida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), como Nexo Técnico Epidemiológico. (BRASIL, 2012).

4.2 FICHA DE RECONHECIMENTO DE RISCOS NO LOCAL DE TRABALHO

Observações coletadas em 16/11/2012.

4.2.1 - Informações gerais

Hospital Municipal, localizado na zonal sul de São Paulo.

Código e Descrição da Atividade Econômica Principal: 86.10-1-01.

Ramo de atividade: Assistência Médica de alta, média e baixa complexidade, atividades de atenção hospitalar e ambulatorial. Em atividade desde 2008.

Apresenta grau de risco 3, com um total de trabalhadores diretos, registrados sob regime de CLT, de 1508 (junho/2012).

Para o levantamento dos dados colhidos, houve livre contato com os técnicos de segurança, engenheiro de segurança do trabalho e do Coordenador da Medicina do Trabalho.

Número de trabalhadores: : Em todo o hospital: 1508 (CLT – junho/2012).

No Pronto Socorro:

Atividades	Homens	Mulheres	Menores	Total
Administrativas	10	32	0	42
Produção	70	141	0	211
Total	80	173	0	253

Quadro 1 – Distribuição dos trabalhadores contratados de acordo com os setores de trabalho no Pronto Socorro.

A jornada de trabalho varia de acordo com os setores e com a função do trabalhador, pois o hospital tem atendimento de 24 horas ao dia, portanto sempre há colaboradores da área da saúde, administrativos, serviços, de manutenção e de segurança de plantão:

Pessoal administrativo das 2ª a 6ª das 07hs às 17 horas, porém nos setores assistenciais sempre está de plantão pelo menos um auxiliar administrativo, com plantão de oito horas diárias e folgas 6x1. Horários para refeições e outras pausas: 1 hora.

Pessoal de enfermagem Turnos: 7hs-13hs; 13hs-19hs; 7hs-19hs; 19hs-7hs. Os plantonistas de 12 horas tem horário para refeição e pausa de 1 hora. O plantonista de 6 horas tem direito a uma pausa para o “café”, o horário é dividido pelos plantonistas do dia, com duração de 20 minutos aproximadamente, desde que não ocorra nenhuma intercorrência no setor, que impossibilite esta “pausa”.

Pessoal de serviços dividido em três horários, desta maneira sempre há plantonista da manhã, tarde e noite. Também trabalham com plantão de oito horas diárias e folgas de 1 a duas vezes na semana, a depender da escala. Com 1 hora de pausa para o almoço.

Sempre, em todo o hospital, as equipes fazem a escala para o “café” e para o horário das refeições (café da manhã, almoço e jantar), desta maneira, sempre há trabalhadores no setor.

A carga horária semanal dos setores é de: 44 horas semanais para os dos setores administrativos (diretoria, recursos humanos, faturamento, compras, financeiro, SAME, coordenadores hospitalares, gestores de área); de 44 horas semanais para os setores de serviços (Serviço de nutrição e dietética, Serviço de higienização, Serviço de Manutenção, Segurança Patrimonial); para o setor de enfermagem, a maioria é de 36 horas semanais, exceto cargos de coordenação que realizam a carga horária de 40 a 44 horas semanal.

O repouso semanal: folgas 6x1 quando a carga horária é de 6 horas diárias (7hs-13hs e 13hs-19hs) e folgas de 12x36, quando a carga horária é de 12 horas/dia (7hs-19hs e 19hs-7hs).

Pode-se observar que é muito frequente realizar horas extras, de acordo com a demanda e necessidade do plantão.

4.2.2 - Facilidades sanitárias (no Pronto Socorro)

O Abastecimento de água é público com água tratada (SABESP). Com relação à água para consumo (água para beber) é fornecida com cinco filtros e disposição de copos descartáveis, sempre disponíveis.

Também há 74 pias, disponibilizadas na copa de funcionários, nos banheiros, nas pias para procedimento, outras para higienização das mãos e para higienização de materiais.

	Boa	Adequada	Deficiente
Limpeza	X		
Iluminação	X		
Inst. Elétricas	X		
Ventilação		X	

Quadro 2 – Condições gerais do vestiário.

Os vestiários são separados por sexo feminino e masculino, com a disposição de chuveiros, localizados no embasamento, disponíveis para todos os funcionários da instituição.

No setor do pronto Socorro, há banheiros unissex com vaso sanitário e pia, com boa higienização e boa iluminação.

A empresa disponibiliza armários individuais simples, para os funcionários que necessitam o uso de roupa privativa, uniforme ou ferramentas de trabalho de uso pessoal.

Os dejetos são descartados por esgoto encanado.

4.2.3 – Facilidades de bem estar

Alimentação:

	Boa	Adequada	Deficiente
Limpeza	X		
Iluminação	X		
Inst. Elétricas	X		
Ventilação		X	

Quadro 3 – Condições gerais do refeitório

A instituição dispõe de refeitório próprio que comporta simultaneamente um número de 160 pessoas, sendo que a alimentação é fornecida pelo hospital, com participação parcial por parte do colaborador, que será descontado no holerite que varia de 0,20 centavos até 1,30 por refeição (de acordo com o piso salarial), para os funcionários com jornada de trabalho igual ou maior de 8 horas diárias. Os trabalhadores com turno de 6 horas diárias, também tem o direito a usufruir, porém, estes terão um desconto na folha de pagamento de seis reais por refeição. Desta maneira, o número de trabalhadores que o utilizam o refeitório são aproximadamente 1000 trabalhadores, que são os que trabalham mais de 8 horas diárias.

Para os colaboradores que quiserem trazer sua própria refeição, há uma copa principal, com disponibilização de geladeira, micro-ondas e duas mesas, com capacidade para oito pessoas simultaneamente.

Na região externa, próximo à entrada do refeitório, há 3 pias, exclusivas para a higienização das mãos.

O preparo de alimentos é realizado no próprio Hospital, pelo Serviço de Nutrição e Dietética da instituição, sob a Coordenação de nutricionistas.

	Boa	Adequada	Deficiente
Limpeza	X		
Iluminação		X	
Inst. Elétricas		X	
Ventilação		X	

Quadro4 – Condições gerais da cozinha

Há o controle de saúde, específico para os trabalhadores do setor de nutrição e dietética (manipulação e preparo de alimentos), realizado

semestralmente, pela medicina do trabalho, com realização de exames complementares (coprocultura, três amostras de PPF, Hemograma e sorologia para Hepatite A).

A instituição não possui creche, porém fornece “auxílio creche” no valor de 127 reais para as mães com filhos com até seis anos de idade.

Há uma área destinada para o “conforto de funcionários”, sendo uma sala com dois sofás e televisão.

4.2.4- Serviço de Higiene e Segurança

A segurança do trabalhador é zelada pelo SESMT, que é composta por um Coordenador do SESMT – médico do trabalho, um segundo médico do trabalho, um Engenheiro de segurança do trabalho, quatro Técnicos de segurança do trabalho, uma Enfermeira do trabalho, uma Auxiliar de enfermagem do trabalho, além de dois Bombeiros- 1 bombeiro de plantão por dia (12x36), no horário das 7hs às 19 horas. Além de dispor de uma equipe de combate a incêndio (brigadistas de emergência), com um número de 340 brigadistas, divididos por setores e turnos.

Extintores de incêndio: 228, com a carga dentro do prazo de validade. Há acessos a todos os extintores livres.

De acordo com a NR-5, é obrigatória a presença de CIPA, composta por 15 titulares e 15 suplentes.

A instituição segue um programa ativo de segurança, com inspeções de segurança nos setores bimestrais, diálogos de segurança com temas específicos de cada setor, discussão de mapas de risco, dentre outros.

Estatísticas de acidentes do trabalho em 2012, em toda a instituição:

- a. Acidentes biológicos: 53, destes, sendo 30 por acidentes com material perfuro cortante, portanto se enquadrando como típico também.
- b. Acidentes típicos: 47, sendo 30 por acidentes com material perfuro-cortantes, e oito por quedas da própria altura, contusões contra manivelas de macas queda de objetos sobre os pés.
- c. Acidentes de trajeto: 19, sendo três ao utilizar transporte público, três por utilizar veículo próprio,
- d. Doença ocupacional: foi diagnosticado um caso de tendinopatia de Quervain, em trabalhadora da área de higienização, de 24 anos de idade, com diagnóstico após três meses de trabalho nesta instituição. Foi aberto CAT para este caso por ter nexos epidemiológico causal.

<i>2012</i>	<i>BIOLOGICO</i>	<i>TÍPICO</i>	<i>TRAJETO</i>	<i>DÇ. OCUPAC.</i>	<i>TOTAL</i>
JAN	5	3	1	0	9
FEV	5	4	3	0	12
MAR	6	3	3	0	12
ABR	3	11	1	0	15
MAI	4	7	2	0	13
JUN	6	4	3	0	13
JUL	7	3	1	0	11
AGO	4	3	2	0	9
SET	2	3	2	0	7
OUT	3	1	0	1	5
NOV	4	3	0	0	7
DEZ	4	2	1	0	7
TOTAL	53	47	19	1	120
	BIOLOGICO	TIPICO	TRAJETO	D. O.	TOTAL
	44,20%	39,20%	15,80%	0,80%	100,00%

Quadro 5 – Distribuição dos acidentes de trabalho durante o ano de 2012 da instituição avaliada

Doenças profissionais encontradas em 2012: caso de LER/DORT (1 caso) e doenças psiquiátricas, diagnosticadas ao longo destes 4 anos da instituição, porém nenhum com associação específica ao trabalho.

4.2.5 - Facilidades médicas

Assistência médica é realizada a través do convênio médico DIX-AMICO e AMIL, sendo extensiva aos familiares, com a participação parcial do colaborador.

O material para primeiros socorros estão dispostos no setor do pronto socorro. O atendimento a emergências é realizado no próprio pronto socorro da instituição, e em caso de necessidade, posteriormente encaminhado para o hospital do convenio.

Atendimentos a consultas médicas também são realizados no Ambulatório de Medicina do Trabalho, com prévio agendamento.

4.2.6 - Medicina do trabalho

A equipe é composta por dois médicos, uma enfermeira do trabalho, uma auxiliar de enfermagem do trabalho e uma auxiliar administrativo. São feitos exames médicos ocupacionais, por dois médicos do trabalho, no Ambulatório de Medicina do Trabalho: Admissionais, Periódicos, Demissionais, Mudança de função e Retorno ao trabalho.

Durante o exame admissional, as sorologias de Anti Hbs e Hbs Ag, além da vacinação em dia com 3 doses para Hepatite B, 3doses de Dupla Adulto ou reforço e uma dose de tríplice viral de reforço após os 20 anos de idade, são exigidos para todos os colaboradores da instituição. Ainda, se o candidato não tem história de

doença com relação a varicela, são encaminhados para vacinação com duas doses no CRIE-HC FMUSP.

São incluídos exames complementares, e de acordo à função:

- a. Para a equipe do SND (Serviço de Nutrição e Dietética), os exames periódicos são realizados semestralmente, e são solicitados os seguintes exames: hemograma completo; Sorologia para Hepatite A; três amostras de Parasitológico de fezes e Coprocultura,
- b. Para os colaboradores do setor da radiologia (técnicos de enfermagem e técnicos de raios-X), são realizados exames periódicos semestrais além da realização de hemograma completo e dosimetria de radiação ionizante com análise mensal.
- c. A instituição dispõe de quatro telefonistas, divididas em turnos, durante 24 horas ao dia, e para elas, é solicitado a realização de audiometria anualmente, com o intuito preventivo por não ser exigido por lei.
- d. Audiometria também são realizados anualmente para todos os auxiliares de manutenção da instituição, apesar da grande maioria do tempo não estarem expostos a ruídos acima de 80 dB(A), há ocasiões em que os mesmos precisam entrar na casa onde esta localizado o gerador de energia, casa de máquinas e casa de gases medicinais, locais onde o ruído ultrapassa os 85dB(A) . Para os eletricitas, são solicitados audiometria e um

eletrocardiograma durante a admissão, para descartar arritmias importantes e limitantes para a sua função.

Em casos de resultados não satisfatórios em exames complementares, é realizado o seguimento deste colaborador.

4.2.7 - Observações gerais sobre o estabelecimento

Ao andar pelo hospital, observo bom estado de conservação e limpeza no geral.

Os uniformes e roupas privativas são fornecidos pela instituição.

Item	Bom	Regular	Ruim
Estado do edifício	X		
Ventilação		X	
Iluminação	X		
Manutenção e limpeza	X		
Pisos e escadas	Limpos		
Máquinas	Protegidas		
Fios elétricos	Cobertos		

Quadro 6 – Condições gerais do estabelecimento

4.2.8 - Resíduos industriais

Resíduos sólidos, de natureza: comum, reciclável, biológico e de perfuro-cortantes.

Tratamento/disposição: são separados de acordo com a natureza (comum, recicláveis, biológico/infectante e perfuro-cortante) posteriormente armazenados para posteriormente serem recolhidos por instituições competentes.

Resíduos líquidos. Natureza: esgoto comum.

Tratamento/disposição: esgoto encanado.

4.2.9.- Fluxograma do processo

Nesta instituição, o acesso para o atendimento é pelo pronto socorro. Para isto, os pacientes podem ser encaminhados por AMA (Assistência Médica Ambulatorial), UBS (Unidades Básicas de Saúde) ou por livre demanda do paciente. Sendo encaminhado por outra unidade de saúde, os mesmos são encaminhados via ambulância, diretamente a sala de emergência, até se estabilizar o quadro e avaliação da necessidade de permanência nesta sala.

O paciente quando procura atendimento por livre demanda, abre uma ficha de atendimento na recepção e passa por uma triagem inicial realizada por quatro enfermeiros especializados, podendo ser pediátrico ou adulto. Após esta triagem, recebe a identificação: verde, amarelo ou vermelho, de acordo com a gravidade, sendo a cor vermelha para os pacientes com maior gravidade. Em casos que o paciente esteja em situação de urgência e/ou emergência, também poderá ser encaminhada diretamente para a Sala de Choque.

Ocorre este primeiro atendimento em uma sala ambulatorial do pronto socorro, podendo o mesmo ser encaminhado para a sala de medicação, para o setor de imagem, para a coleta de exames laboratoriais, e em caso grave para a sala de choque.

Se for realizado o diagnóstico e tratamento adequado do mesmo, o paciente poderá receber alta para casa continuando o tratamento domiciliar ambulatorial, em caso de necessidade. Se for necessária e mais complexa a investigação e/ou tratamento, o paciente permanecerá na sala de observação, baixo os cuidados de outros médicos e equipe de enfermagem. Para esta demanda, o hospital dispõe de duas salas de observação adulto, com 16 leitos em cada uma, e uma sala de observação infantil, com vinte leitos.

Quando há a necessidade de intervenção cirúrgica, ou tratamento em regime de internação, o paciente será internado de acordo com a especialidade médica: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ortopedia, Pediatria, Psiquiatria e Obstetrícia.

Após a realização deste atendimento em regime de internação hospitalar, o paciente recebe alta hospitalar com ou sem a necessidade de continuar o tratamento ambulatorial. A continuidade de acompanhamento ambulatorial é direcionada a UBS da região.

Para casos de necessidade de atendimento “*home care*”, o hospital tem disponibilidade de uma equipe multiprofissional para cuidados domiciliares, uma equipe diferente à equipe de atendimento do Pronto Socorro.

4.3- ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS ESPECÍFICOS.

A população total entre auxiliares e técnicos de enfermagem no Pronto Socorro, no período analisado, era de 125 colaboradores, registrados em regime de CLT. Entre esta população, 5 não realizaram o estudo por não entregar os questionários em tempo hábil, 5 estavam de férias durante o mês de novembro/2012, 3 estavam com afastamento pelo INSS, e 7 colaboradores foram desligados neste período, sem a reposição da vaga até aquele momento. Somente um colaborador se recusou explicitamente em participar do estudo. No período em que foram coletados os dados (16/11/2012 ao dia 27/11/2012), foi atingido o 83% desta população, o que mostra boa aderência destes colaboradores, com relação a este estudo.

As variáveis analisadas foram divididas em três grupos: variáveis sócias demográficas, variáveis ocupacionais e variáveis de saúde. As analisamos com dois grupos específicos, a primeira sendo grupo de pessoas com resultado de IBD até

9 (sem depressão) e o grupo com resultados de IBD de 10 a 63 (algum grau de depressão).

Avaliando as variáveis sócias demográficas, resumidas na tabela 1, foi observado que 74% dos questionários pertenciam ao sexo feminino e neste grupo específico, 23,38% apresentou prevalência de depressão.

Analisando de acordo com a faixa etária, 52% da população encontram-se entre os 26 e 35 anos de idade, e aproximadamente 22% apresentam algum grau de depressão na faixa etária de até 35 anos (tabela 1).

58% tem o segundo grau completo de escolaridade contra uma minoria de 3% que possui curso superior completo (tabela1), o que pode justificar a prevalência de 66,67% de depressão neste último grupo, possivelmente associada à frustração de não estar exercendo a profissão estudada.

Sobre o estado civil, 51% referem estarem casados/com união estável com índice de depressão de 24,53% neste grupo (tabela 1), podendo ser associado à tarefas e funções extra laborais, como a rotina familiar e portanto maior demanda de tempo e funções, em comparação ao índice de 15,79% de depressão entre os solteiros.

Neste setor, 67% dos funcionários têm filhos (55% de 1 a 2 filhos), 63% mantendo uma renda per capita de até dois salários mínimos (até 1400 reais), visualizados na tabela 1, não havendo relação direta entre a renda per capita e o índice de depressão neste grupo.

Com relação a filhos, 32% referem não ter filhos, 32% relatam ter um filho, contra 5% que disseram ter quatro filhos. Estes dados assemelham-se ao perfil da população brasileira da região sudeste, de acordo com o IBGE 2010, relatando uma média de 1,7 filhos.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes, de acordo com as variáveis sociodemográficas, técnicos e auxiliares de enfermagem do pronto socorro de hospital municipal de São Paulo, novembro/2012.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Nº	%	% de depressão
Gênero			
Masculino	27	26%	11,11%
Feminino	77	74%	23,38%
Faixa Etária			
Até 25 anos	22	21%	22,73%
26 a 35 anos	54	52%	22,22%
36 a 45 anos	16	15%	12,50%
46 a 55 anos	12	12%	16,67%
Escolaridade			
2o grau incompleto	8	8%	12,50%
2o grau completo	62	59%	19,35%
Superior incompleto	31	30%	19,35%
Superior completo	3	3%	66,67%
Estado Civil			
Solteiro	38	37%	15,79%
Casado/União Estável	53	51%	24,53%
Separado/Divorciado	12	11%	16,67%
Viúvo(a)	1	1%	0%
Renda PER CAPITA			
até 700 reais	31	30%	22,58%
701 a 1400 reais	34	33%	23,53%
1401 a 2100 reais	16	15%	6,25%
2101 a 2800 reais	5	5%	20%
>2800 reais	2	2%	50%
NR	16	0%	18,75%
Nº de Filhos			
Nenhum	34	32%	17,65%
Um	33	32%	21,21%
Dois	24	23%	25%
Três	7	7%	14,29%
Quatro	5	5%	0%
NR	1	1%	100%

Dentro das variáveis ocupacionais, tabela 2, vale ressaltar que na instituição analisada, a diferença entre os auxiliares e técnicos de enfermagem é basicamente salarial, e no grupo analisado, 51% são técnicos de enfermagem, mas a porcentagem de depressão no grupo de auxiliares é pouco maior em comparação ao grupo dos técnicos de enfermagem, sendo 21,28% e 19,30% respectivamente, porém sem significância estatística.

Sobre turno de trabalho, os trabalhadores têm os turnos bem definidos, onde 25% trabalham no período da manhã (7hs – 13hs), 29% no período da tarde (13hs – 19hs) e 46% no turno noturno (19hs – 07hs), porcentagem caracterizada por existirem dois grupos, plantonistas do dia "impar" e os plantonistas do dia "par" (tabela 2). Comparando a porcentagem de depressão entre estes grupos, apresentamos uma maior porcentagem entre os trabalhadores do turno da tarde sendo de 30%, o período da manhã com 11,54% e período da noite com 18,75%.

Com relação a plantões extras, 54% relatam não fazerem plantões fora da escala pré-estabelecida, 14% fazem de 1 a 2 plantões extras por mês, 17% fazem de 3 a 4 plantões e a minoria de 2% faz 5 a 6 plantões extras por mês. Observa-se que os maiores números de depressão, se encontram nos grupos que fazem mais plantões: 50% para aqueles que fazem de 5 a 6 plantões ao mês, e de 22% para os que fazem de 3 a 4 plantões ao mês; se comparado com aqueles que não realizam plantões extras, a porcentagem é de 17,86%, estes número, portanto podem estar associados ao maior desgaste físico e mental (tabela 2).

A maioria dos analisados, 74%, relata não ter outro vínculo empregatício e isto, por consequência, reflete no resultado de que 58% destes trabalhadores relatam trabalharem até 36 horas semanais, contra 6% que dizem trabalharem mais de 72 horas semanais (tabela 2). Mas o índice de depressão nestes

casos, não possui associação específica, pois entre os que não têm outro vínculo empregatício e os que trabalham até 36 horas por semana, existe um maior índice de depressão: sendo 24,68% entre os que não têm outro vínculo empregatício e 26,23% para os que trabalham até 36 horas por semana, em comparação com zero% entre os que trabalham acima de 72 horas e de 8,33% para os colaboradores com carga horária semanal entre 45 a 72 horas semanais, sendo paradoxo este resultado, no mínimo, podemos concluir que neste caso, não seria a carga horária de trabalho semanal o principal predisponente de desencadeamento de depressão, ou mesmo que, a depressão esta associada a fatores além da carga horária destes trabalhadores.

A grande maioria destes trabalhadores tem pouco tempo na função de enfermagem: 15% esta trabalhando nesta função a menos de um ano, 44% trabalham de 1 a 5 anos nesta função, 16% tem a experiência de 6 a 10 anos de carreira e sendo apenas 5% com a experiência na área de enfermagem há mais de 21 anos (tabela 2). Ao comparar estes grupos com relação a presença de depressão, observa-se uma maior porcentagem de depressão entre o grupo que exerce a função de 6 a 10 anos: 35,29%, a diferença com relação ao grupo com pouca experiência, na função de até 1 ano, 6,25%.

Apesar de o hospital ser “novo”, com quase 5 anos em atividade, a maioria destes trabalhadores também trabalham na função há pouco tempo: 39% trabalham na instituição a menos de 1 ano, 20% trabalham de 1 a 2 anos, e apenas 9% trabalham desde o início, a mais de 4 anos (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes, de acordo com as variáveis ocupacionais, técnicos e auxiliares de enfermagem do pronto socorro em hospital municipal de São Paulo, novembro/2012.:

VARIÁVEIS OCUPACIONAIS	Nº	%	% de depressão
Função			
Auxiliar de enfermagem	47	45%	21,28%
Técnico de enfermagem	57	55%	19,30%
Turno			
Manhã	26	25%	11,54%
Tarde	30	29%	30%
Noite	48	46%	18,75%
Plantão extra por mês			
Nenhum	56	54%	17,86%
1 a 2	14	14%	14,29%
3 a 4	18	17%	22,22%
5 a 6	2	2%	50%
NR	14	13%	28,57%
Tempo de trabalho na enfermagem			
< 1 ano	16	15%	6,25%
1 a 5 anos	46	44%	19,57%
6 a 10 anos	17	16%	35,29%
11 a 15 anos	11	11%	27,27%
16 a 20 anos	8	8%	12,50%
> 21 anos	5	5%	20%
NR	1	1%	0%
Tempo de trabalho na instituição			
< 1 ano	41	39%	14,63%
1,1 a 2 anos	21	20%	19,05%
2,1 a 3 anos	9	9%	44,44%
3,1 a 4 anos	23	22%	21,74%
> 4anos	9	9%	22,22%
NR	1	1%	0%
Outro vínculo empregatício			
Sim	27	26%	7,41%
Não	77	74%	24,68%
Horas de trabalho por semana			
até 36 horas/semana	61	58%	26,23%
37 a 44 horas/semana	5	5%	20%
45 a 72 horas/semana	24	23%	8,33%
> 72 horas/semana	6	6%	0%
NR	8	8%	25%

Por ultimo, temos as variáveis relacionadas à saúde, resumido na tabela 3, e com relação à saúde do trabalhador, um dado interessante é que a maioria (53%) encontra-se dentro do peso ideal, 23% da população encontra-se no sobrepeso e 15% já estão na obesidade. Ao analisar de acordo com a presença de transtorno depressivo, observa-se que não há presença de depressão entre o grupo com IMC até 19, porcentagem de 18,18% entre os funcionários com IMC até 24.9 e maior porcentagem entre aqueles que se encontram na obesidade: 33,33% com IMC de 30 a 34,9, e de 25% para os de IMC maior igual a 35. O que pode estar associado a uma pior alimentação e associado a quadros ansioso-depressivos.

Ao perguntar por doenças crônicas, 15% relatam ter pelo menos uma doença crônica, destes, 31,25% apresentam algum grau de transtorno depressivo (tabela 3).

Sobre antecedentes de tratamento psiquiátrico, 5% relatam já terem feito tratamento, principalmente para depressão (4) e ansiedade (1), e atualmente, neste grupo há um índice de 40% de transtorno depressivo em algum grau (tabela3).

Sobre hábitos e vícios, observa-se que a maioria dos trabalhadores analisados dorme pouco: 10% até quatro horas de sono diárias, 33% de 4,1 a 6 horas diárias, 39% de 6,1 a 8 horas diárias, contra uma minoria de 8% que dormem de 8,1 a 10 horas de sono diárias, porém a presença de depressão nestes casos mantém uma relação inversamente proporcional, pois o maior índice de depressão (33,33%) está no grupo que dorme período maior de 10 horas, 21,95% entre aqueles que dormem entre 6,1 a 8 horas/dia (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes, de acordo com as variáveis de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem do pronto socorro em hospital municipal de São Paulo, novembro/2012.

VARIÁVEIS DE SAÚDE	Nº	%	% de depressão
IMC			
<19	4	4%	0%
19-24,9	55	53%	18,18%
25-29,9	24	23%	16,67%
30-34,9	12	11%	33,33%
>35	4	4%	25%
NR	5	5%	40%
Doenças Crônicas			
Sim	16	15%	31,25%
Não	88	85%	18,18%
Tratamento Psiquiátrico prévio			
Sim	5	5%	40%
Não	99	95%	19,19%
Medicações de uso contínuo			
Sim	26	25%	26,92%
Não	78	75%	17,95%
Horas de sono diárias			
Até 4 horas	11	10%	18,18%
4,1 a 6 horas	34	33%	20,59%
6,1 a 8 horas	41	39%	21,95%
8,1 a 10 horas	8	8%	12,50%
> 10 horas	3	3%	33,33%
NR	7	7%	14,29%
Tabagismo			
Sim	11	11%	27,27%
Não	93	89%	19,35%
Etilismo			
Sim	3	3%	0,00%
Não	101	97%	20,79%
Score SRQ-20			
Feminino			
0 a 7 pontos	59	77%	6,78%
8 a 20 pontos	15	19%	80%
NR	3	4%	66,67%
Masculino			
0 a 5 pontos	23	85%	4,35%
6 a 20 pontos	4	15%	50%
NR	0	0%	0%

Vinte e cinco por cento dos funcionários, fazem uso de medicações de uso contínuo, incluindo as mulheres que relatam usarem anticoncepcionais orais (tabela 3).

Perguntando sobre tabagismo, 11% relatam ser tabagista, a porcentagem de depressão neste grupo é de 27,27%, em comparação de 19,35% para os não tabagistas. Observamos que nesta população, 3% contam serem etilistas, sendo que apenas um trabalhador assumiu fazer uso abusivo do álcool (tabela3).

Para comparar com outra variável, aplicamos paralelamente o questionário SRQ-20, sendo que 15 mulheres apresentaram pontuação acima do corte (de 8 a 20 pontos) e destas, 12 mulheres tinham pontuação de IBD entre 10 a 63, portanto 80% de depressão no grupo de mulheres com variável SRQ-20 acima do corte. No sexo masculino, quatro homens tinham pontuação de SRQ-20 acima do corte (6 a 20 pontos), e ao comparar com a pontuação de IBD, apenas dois tinham pontuação entre 10 a 63, portanto 50% do grupo, com depressão em algum grau com variável de SRQ-20, acima do corte (tabela3).

5. CONCLUSÕES

A frequência de quadro compatível com transtorno depressivo entre os profissionais de enfermagem permaneceu acima da média da população geral que gira ao redor de 10% (KAPLAN; SADOCK, 2003; OPAS/OMS, 2001), neste estudo, com uma porcentagem de 20,19%, não havendo diferença significativa entre os auxiliares e técnicos de enfermagem. Verifica-se que a maior porcentagem de colaboradores com quadro depressivo está obesa e a presença de depressão é maior entre os que possuem no mínimo uma doença crônica em comparação aos hígidos e entre os tabagistas ao comparar com os não tabagistas. Parte considerável da população estudada (39%) encontra-se no sobrepeso ou obesidade, associado ao sedentarismo.

Ao analisar se há relação dos transtornos depressivos e o turno de trabalho, observa-se que apesar de muitos estudos apontarem os distúrbios físicos e mentais associados ao trabalho em turno noturno e a cronobiologia (PEREIRA et al, 2010; MEDEIROS, S.M., et al, 2009) , neste estudo não houve associação de transtorno depressivo e o turno de trabalho noturno, sendo o maior índice de depressão neste estudo, entre os trabalhadores do período da tarde (período das 13horas às 19hs). Pode-se observar que ao escolher o turno de trabalho, a maioria tem preferência entre o período da manhã e o da noite, com a justificativa que no período da tarde há uma maior dificuldade de manter atividades paralelas, como a de estudar e de ter outro trabalho paralelo, sendo estes argumentos, as possíveis causas de maior presença de transtornos depressivos entre estes colaboradores.

Ao estudar a situação de trabalho com relação aos riscos ocupacionais, fica evidente que a maior exposição entre estes trabalhadores são os riscos ergonômicos e os riscos biológicos. Com relação aos riscos biológicos, há uma conscientização na instituição, para a prevenção de acidentes e uso correto de EPI, podendo assim na maioria das vezes, neutralizar estes riscos biológicos. Sobre os riscos ergonômicos, fica clara a falta de um dimensionamento adequado de profissionais para o setor devido a grande oscilação da demanda do serviço, posturas e agilidade física que demandam os procedimentos destes colaboradores, pressões que afetam diretamente o equilíbrio psíquico do trabalhador, uma vez que não há como dissociar a saúde física da psicológica.

O perfil dos colaboradores analisados: a maioria, 74% é composta pelo sexo feminino; 39% encontra-se no sobrepeso ou obesidade; a maior parte, 59% de recém-formados com a primeira experiência neste hospital e que permanecem na instituição por pouco tempo, pois apenas 8% dos trabalhadores está há cinco anos, época da inauguração do hospital.

Especificamente entre estes profissionais, conseguimos detectar momentos em que o trabalho conduz ao sofrimento psíquico e momentos em que o trabalho conduz à plena realização profissional e até pessoal. O serviço de saúde deve priorizar medidas promocionais, preventivas na saúde e qualidade de vida de seus trabalhadores.

Apesar de ser um hospital novo, com boa infraestrutura, observa-se ao longo das inspeções do setor, a presença de materiais deteriorados devido ao uso, com a necessidade de manutenção (cadeiras de rodas, macas, carrinhos de transporte).

As características nesta população com quadro depressivo são de jovens até 35 anos de idade, trabalhadores do turno da tarde, com experiência na área de enfermagem de 6 a 15 anos na função e, maior entre os casados com um a dois filhos.

6. PROPOSTAS DE MELHORIAS PARA OS POSTOS DE TRABALHOS EM ESTUDO.

À luz do conhecimento atual não há uma única conduta a ser tomada que previna ou resolva os impactos negativos à saúde do trabalhador da área de enfermagem, por serem de origem multifatorial. Programar estratégias de prevenção e educação, no intuito de reduzir a exposição dos trabalhadores ou minimizar seus efeitos danosos:

- ✓ Manter avaliações ocupacionais periódicas anuais para os trabalhadores, com intuito prevencionista: triagem para transtornos depressivos, para doenças crônicas/ metabólicas e qualidade de vida, pois se observa que a maior porcentagem de colaboradores com quadro depressivo está obesa e a presença de depressão é maior entre os que possuem doenças crônicas e por saber que 39% encontram-se no sobrepeso ou obesidade.

- ✓ Estimular à prática regular de atividades física leve a moderada intensidade sob orientação e supervisão de educador físico, para melhorar a qualidade de vida e no intuito prevencionista ao controle da obesidade e doenças metabólicas.

- ✓ Redimensionamento das equipes destinadas para o atendimento do Pronto Socorro, para melhor distribuição de pacientes, para prevenir e diminuir a sobrecarga destes funcionários, pois foi identificada uma grande oscilação da demanda de trabalho, ocasionalmente previsíveis em dias e horários específicos.

- ✓ Para melhoria da organização do trabalho, deve-se propiciar diálogo entre trabalhadores da enfermagem e representantes do serviço (SESMT e gestores locais, por exemplo), pois os trabalhadores que vivenciam o dia a dia

possuem olhar mais crítico, e assim enriquecer as equipes técnicas com sugestões e implantações de melhorias.

✓ Recomenda-se calendário anual para a manutenção preventiva de materiais e recursos (cadeira de rodas, macas, carrinhos de transporte de material e leitos de pacientes), pois foi identificado que o serviço de manutenção da instituição atende somente de acordo com a demanda, mediante solicitações de conserto e assim muitas vezes os trabalhadores se adequam com improvisações até a realização do reparo, por falta de uma visão prevencionista.

✓ Promover o crescimento profissional e pessoal, fortalecendo o sistema de seleção interna para novos enfermeiros juniores na instituição, como reconhecimento e motivação, já que grande parte dos colaboradores está realizando curso superior na enfermagem, e foi observado que os trabalhadores permanecem pouco tempo na instituição.

A saúde do auxiliar e técnico de enfermagem é um bem inalienável que merece atenção por parte dos gestores de serviços de saúde, sejam públicos ou privados. O ônus de se descuidar do bem estar de nossos trabalhadores da base, recairá sobre os demais profissionais de saúde e isto refletirá sobre a qualidade da assistência aos usuários.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) AGUILERA, M.A.F. Impacto do trabalho em turnos na qualidade de vida de profissionais de enfermagem. 2006. 45f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Escola de enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

2) Apostila de ergonomia do Curso de Especialização em Medicina do Trabalho da Santa Casa de São Paulo; Prof. Dr. Wasni Esqueisaro Junior, 2011.

3) BRASIL. Ministério da Saúde. Terminologia básica em saúde. 2ª Ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da saúde, 1985. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>

4) BRASIL. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>

5) BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=108306>.

6) BRASIL, Portal Brasil. Decreto nº3048, de 06 de maio de 1999, DOU de 12/05/1999 Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível no site: <http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/Decretos/Ant2001/1999/decreto3048/>

7) BULHÕES, I. Riscos do trabalho de enfermagem. Rio de Janeiro: SPC,1994.

8) CAMARGO, D. Psiquiatria Ocupacional, 1ª Edição, 2009.

9) *CENTERS FOR DISEASE CONTROL NA PREVENTION*. The National Institute for Occupational Safety and Health. Atlanta, 2009. Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh>

10) CID 10 – Classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde (10a edição). Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças, em português. São Paulo: EDUSP, volume 1, 1994.

11) Consolidação das Leis do Trabalho - Decreto-lei 5452/43. Artigo 73. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao>

12) DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico - Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, maio 1999; vol.21 s.1.

13) ELIAS MA, NAVARRO VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev. Latino-am Enfermagem 2006 julho-agosto; 14(4): 517-25.

14) *ENCICLOPEDIA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO*, OIT, 1998.

15) GONÇALVES D.M. et al. Avaliação de desempenho do Self Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):380-390, fev, 2008.

16) GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica* 1998, 25(5), 245-250. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255b.htm>. Último acesso em [25/10/2012](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255b.htm).

- 17) JJ MARI, P WILLIAMS. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. Br J Psychiatry 1986; 148:23-6.
- 18) KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.J. Tratado de Psiquiatria. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- 19) MACHADO, A.A. Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais da saúde. Rev. Saúde Pública 1992; 26 (1): 54 – 6.
- 20) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM – IV – TR, 4o ed. Porto Alegre – RS: Artes médicas, 2000.
- 21) MEDEIROS, S.M., et al. Possibilidades e limites da recuperação do sono de trabalhadores noturnos de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v.12, n.7. Set.2009.
- 22) MENETTI, M.L.; MARZIALE, M.H.P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. Estudos de Psicologia, São Paulo, v.12, n.1, p.79-85, 2007.
- 23) MINISTÉRIO DO TRABALHO. Norma regulamentadora 17. São Paulo, 1992.
- 24) OPAS/OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra,2001. Disponível em: www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- 25) PARFARO, R.C.; MARTINO, M.M.F. Estudo de estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. Ver. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v38, n.2. Jun.2004.

26) PEREIRA ET AL, 2010. Trabalho noturno: a privação do sono da equipe de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento. *Ciência et Praxis* V.3. N.6.(2010) 19-25.

27) PINTO, L.R.V. Prevalência de depressão nos trabalhadores em turnos da equipe de enfermagem em um Hospital Universitário de Porto Alegre. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

28) RIOS, K.A.; BARBOSA, D.A.; BELASCO, A.G.S. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. Mai-jun 2010 [acesso em: 10/10/2012];18 (3); 09 telas.

29) ROSA, R.R.; COLLIGAN, J.M. El trabajo por turnos en lenguaje sencillo, DHHS (NIOSH) Núm. de Publicación 97-145 (Sp2002).

30) SANTOS, I.P. Avaliação da presença de depressão entre usuarios de plantão noturno em unidade de emergencia. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

31) Segurança e Medicina do trabalho, Editora Saraiva, 7a Edição Atualizada, 2011.

32) SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: Mendes, R. (Ed.) *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 287-310.

33) The Royal Society for the Prevention of Accidents. *Fatigue*. Birmingham: Rospa,2001.

34) URBANETTO J.S. et al. Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes. *Rev. bras. enferm.* Vol.65 no.6 Brasília Nov./Dec. 2012.

ANEXO A

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO:

1-)Sexo:_____ 2-)Idade:_____ 3-)Peso:_____ 4-)Altura:_____

5-)Função: Auxiliar de enfermagem(____) Técnico de enfermagem(____)

6-)Turno de trabalho: Manhã-6x1:(____) Tarde-6x1:(____) Noite-12x36:(____)

7-)Faz plantão extra? Não(____)Sim(____) Quantos por mês?_____

8-)Tempo de trabalho na enfermagem (anos):_____

9-)Tempo de trabalho na instituição(anos):_____

10-)Você trabalha em outro local? Não(____)Sim(____) Tempo na instituição:_____

11-)Quantas horas trabalha por semana?_____ (todos os vínculos empregatícios)

12-)Escolaridade: 1º grau incompleto (____) 1º grau completo (____)
2º grau incompleto (____) 2º grau completo (____)
Superior incompleto(____) Superior completo(____)

13-)Estado Civil: Solteiro(____) Casado/União estável(____)
Separado/divorciado(____) Viúvo(____)

14-)Tem filhos? Não(____)Sim(____) Número de Filhos:_____

15-)Renda Per Capita : Renda familiar (total em reais - R\$)_____

Nº pessoas que dependem desta renda:_____

16-)Possui doenças crônicas? Não(____)Sim(____) Quais?_____

17-)Fez algum tratamento psiquiátrico?Não(____)Sim(____) Quais?_____

18-)Medicações de uso contínuo: Não(____)Sim(____) Quais?_____

19-)Quantas horas você dorme por dia?_____ horas de sono.

20-)Tabagismo? Não(____)Sim(____)

21-)Etilismo? Não(____)Sim(____) O uso é abusivo? Não(____) Sim(____)

ANEXO B

Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português

[Clarice Gorestein 1 e Laura Andrade 2](#)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado às vezes.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 2 Meu apetite está muito pior agora.
 3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

1. Profa. Dra. Departamento de Farmacologia, Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, LIM-23, Laboratório de Investigação Médica, Psiquiatria. Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
 2. Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

ANEXO C

225

Luciane Cesira Cavagioni

SELF REPORT QUESTIONNAIRE- SRQ-20 (ANEXO V)

O (A) Srº (A) teve algum destes problemas, nos últimos 30 dias.

		não	sim
1	TEM DORES DE CABEÇA FREQUENTEMENTE?	0	1
2	TEM FALTA DE APETITE?	0	1
3	DORME MAL?	0	1
4	ASSUSTA-SE COM FACILIDADE?	0	1
5	TEM TREMORES NAS MÃOS?	0	1
6	SENTE-SE NERVOSO(A), TENSO(A) OU PREOCUPADO?	0	1
7	TEM MÁ DIGESTÃO?	0	1
8	TEM DIFICULDADE DE PENSAR COM CLAREZA?	0	1
9	TEM SE SENTIDO TRISTE ULTIMAMENTE?	0	1
10	TEM CHORADO MAIS QUE O COSTUME?	0	1
11	ENCONTRA DIFICULDADE PARA REALIZAR COM SATISFAÇÃO SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS?	0	1
12	TEM DIFICULDADES DE TOMAR DECISÕES?	0	1
13	TEM DIFICULDADE NO SERVIÇO (SEU TRABALHO É PENOSO, LHE CAUSA SOFRIMENTO)?	0	1
14	É INCAPAZ DE DESEMPENHAR UM PAPEL ÚTIL NA SUA VIDA?	0	1
15	TEM PERDIDO INTERESSE PELAS COISAS?	0	1
16	VOCÊ SE SENTE UMA PESSOA INÚTIL, SEM PRÉSTIMO?	0	1
17	TEM TIDO A IDÉIA DE ACABAR COM A VIDA?	0	1
18	SENTE-SE CANSADO (A) O TEMPO TODO?	0	1
19	TEM SENSações DESAGRADÁVEIS NO ESTOMAGO?	0	1
20	VOCÊ SE CANSA COM FACILIDADE?	0	1