

DISTÚRBO PSÍQUICO MENOR EM MÉDICOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS.

Aira Benevides Fagundes¹; Karoline Neris Cedraz²; Carlito Lopes Nascimento Sobrinho³

1. Bolsista FAPESB, Graduando em Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: aira.b.fagundes@gmail.com
2. Bolsista PIBIC/Cnpq, Graduando em Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: karolinecedraz@gmail.com
3. Orientador, Professor Pleno do Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: mon.ica@terra.com.br

PALAVRAS-CHAVE: Prevalência, DPM, Médicos Intensivistas

INTRODUÇÃO

Entende-se por Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uma unidade hospitalar voltada para pacientes que necessitam de cuidados intensivos com a participação de uma equipe especializada e multiprofissional. Diversos estudos apontam que a UTI é o ambiente mais estressante do hospital (AMIB, 2004, NASCIMENTO SOBRINHO, CL, et al., 2010). O trabalho diário do profissional de saúde na UTI exige conhecimento técnico qualificado, habilidades, atenção, raciocínio rápido e controle emocional para lidar com as adversidades que surgem a cada instante, além de atualização científica contínua, frente ao desenvolvimento que a especialidade vem apresentando ao longo dos últimos anos. É preciso ainda ter muita tranquilidade e preparo psicológico para o apoio aos familiares em momentos de angústia e frustração, que depositam nesses profissionais.

O sofrimento psíquico da equipe hospitalar pode ser identificado pelas jornadas prolongadas e pelo ritmo acelerado de trabalho, a quase inexistência de pausas para descanso ao longo do dia, a intensa responsabilidade por cada tarefa a ser executada, com a pressão de ter “uma vida nas mãos” (BARROS, ET AL., 2008).

Dessa forma, estamos diante, portanto, de uma situação paradoxal, onde a última esperança para a preservação da vida do “ser humano” é depositada em profissionais desgastados, do ponto de vista físico e mental para o exercício profissional, onde o fracasso é irreparável.

Distúrbio Psíquico Menor (DPM) é uma expressão criada por Goldberg & Huxley (1993) para designar sintomas tais como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo, mas não configuram categoria nosológica da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como dos Manuais de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana (COUTINHO ET AL., 1999). Entretanto, os distúrbios psíquicos menores constituem problema de saúde pública e apresentam impactos econômicos relevantes em função das demandas geradas aos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho (COUTINHO ET AL., 1999).

No Brasil, vários autores têm revelado alta prevalência desses distúrbios em diversos grupos de trabalhadores (ARAÚJO ET AL., 2003; COSTA ET AL., 2002; COSTA E LUDERMIR, 2005; LIMA, 2004; LUDERMIR, 2000) o que pode comprometer as atividades prestadas pelos mesmos, especialmente aquelas relacionadas à saúde, podendo gerar consequências negativas tanto no plano individual como no coletivo. Dessa forma a identificação precoce de DPM, pode orientar intervenções individuais e coletivas (LIMA, 1999; OMS, 2002).

Objetivo Geral: estimar a prevalência de Distúrbio Psíquicos Menor em médicos trabalhadores de UTI cadastrados a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) que participaram do Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva (CBMI). Objetivos Específicos: Descrever o perfil sociodemográfico desses trabalhadores. Descrever hábitos de vida relacionados à saúde (uso de bebida alcoólica, tabaco, realização de exames preventivos, prática de atividade física) desses trabalhadores.

MÉTODO

Foi realizado um estudo epidemiológico de corte transversal, exploratório.

A população estudada foi de Médicos trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva (intensivistas) cadastrados a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) que participaram do XVIII CBMI realizado no Rio de Janeiro, em 2013 e que consentiram em participar do estudo, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os trabalhadores que participaram do estudo foram identificados por meio dos dados cadastrais existentes na AMIB.

A coleta de dados foi realizada no período de 06 a 09 de novembro, durante o XVIII CBMI, realizado na cidade do Rio de Janeiro, em novembro de 2013, por meio da distribuição de questionário auto-aplicável, acompanhado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os questionários foram acompanhados de carta de apresentação e justificativa do trabalho, referendados pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

Foi utilizado um questionário padronizado, respondido pelos próprios profissionais, não sendo necessário que o mesmo se identificasse. O questionário apresentou de seis blocos de questões: 1º bloco: identificação geral do entrevistado, destinado a caracterizar os indivíduos integrantes da amostra segundo sexo, idade, especialização, tempo de trabalho profissional, carga horária total trabalhada/semana, turnos de trabalho etc; 2º bloco: características do ambiente de trabalho percebidas pelos profissionais como nocivas à sua saúde - *JobContentQuestionnaire* (JCQ); 3º bloco: referente a qualidade de vida *WHOQOL-Bref*; 4º bloco: queixas de doenças, para avaliar a situação global de saúde dos indivíduos, buscando identificar queixas e sintomas de alguns agravos à saúde, tais como, distúrbios do sono, distúrbios auditivos e visuais, alergias, infecções recorrentes, distúrbios gastrintestinais, dentre outros problemas de saúde mais comuns; 5º bloco: Avaliação de Distúrbio Psíquico Menor por meio do SRQ-20 (*Self Report Questionnaire*) e; 6º bloco: questões sobre doenças e acidentes de trabalho, problemas de saúde recentes e hábitos de vida e um instrumento de triagem de alcoolismo, (CAGE).

O SRQ-20 foi validado por Mari e Willians em 1986 para a utilização no Brasil, com a finalidade de estudar a morbidade psiquiátrica em instituições de saúde. A versão mais utilizada em estudos de base populacional é composta de 20 questões: 04 sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais. As respostas são do tipo “sim” ou “não” atribuindo-se, respectivamente, valores de “1” e “0”. O ponto de corte sugerido por estes autores para DPM é o de 07 respostas positivas. O trabalhador que apresentou escore ≥ 07 respostas positivas foi considerado positivo e o que apresentou escore < 07 respostas positivas foi considerado negativo.

Com a devolução dos instrumentos foram construídos dois bancos de dados no EpiData 3.1 para confrontar as informações e identificar possíveis erros de digitação. Após a

verificação de erros e incongruências foi utilizado para a análise dos dados o programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS®) 9.0 for Windows*, da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística, do Departamento de Saúde, da Universidade Estadual de Feira de Santana (SSAEE/DSAU/UEFS).

RESULTADOS E/OU DISCUSSÃO

Devido extensão do questionário, houve dificuldade em elaborar o banco de dados no Epidata ocorrendo atraso nos prazos estabelecidos para continuação do projeto. No momento a pesquisa encontra-se em fase de análise de dados com alguns resultados já obtidos.

Nem todos os médicos convidados a participar do estudo responderam o questionário, sendo este fato caracterizado como recusa. Foram estudados 167 médicos intensivistas. Analisando-se a situação sociodemográfica, observou-se que 56,3% são do sexo masculino. Com relação à idade 48,8% apresentavam menos de 39 anos. A respeito da situação conjugal classificaram-se os casados e quem possuía união estável como apresentando parceiro e os solteiros e viúvos como sem parceiros, assim observou-se que 67,7% possuíam parceiro. Quando foram perguntados sobre a presença de filhos 54,5% informaram ter filhos (Tabela 1).

Tabela 1: CARACTERÍSTICAS SOCIOEMOGRÁFICAS DOS MÉDICOS INTENSIVISTAS PARTICIPANTES DO CBMI, RIO DE JANEIRO, RJ, 2013		
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E FUNCIONAIS	N	%
SEXO	167	100
Feminino	73	43,7
Masculino	94	56,3
IDADE	166*	100
< 39 Anos	81	48,8
≥ 39 Anos	85	51,2
POSSUIR PARCEIRO	167	100
Sim	113	67,7
Não	54	32,3
TER FILHOS	167	100
Sim	91	54,5
Não	76	45,5
PÓS GRADUAÇÃO	27*	100
Sim	12	44,4
Não	15	55,6
TER FEITO RESIDÊNCIA	160*	100
Sim	126	78,8
Não	34	21,2
TER TÍTULO ESPECIALISTA	164*	100
Sim	99	60,4
Não	65	39,6

*Respostas válidas, excluídas as ignoradas

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa está em andamento, portanto muito precisa caminhar para obtenção dos resultados almejados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira). Humanização em cuidados intensivos. São Paulo, Ed. Revinter, 2004.

Araújo, TM et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Rev Saúde

Pública 2003; 37(4):424-33.

Barros, DS, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de *burnout*. Rev Bras Ter Intensiva. 2008; 20(3):235-240.

Costa, JSD et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. Rev Bras Epidemiol 2002; 5(2):164-73.

Costa, AG, Ludermir, AB. TMC e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21(1):73-9.

Coutinho, ESF; Almeida-Filho, N; Mari, JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultado de um estudo transversal em três áreas urbanas do Brasil. Rev Psiquiatr Clín 1999; 26: 246-56.

Lima, MS; Soares, BGO; Mari, JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: um estudo populacional. Rev Psiquiatr Calem

1999; 26(5):225-35.

Ludermir, AB; Melo-Filho, DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a TMC. Rev Saúde Pública 2002; 36(2):213-21.

Mari, JJ; Willians, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. Br J Psychiatry, n. 148, p. 23-26, 1986.

OMS. Relatório sobre a saúde no mundo: nova concepção, nova esperança Lisboa, 2002.