

AFASTAMENTO DO TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR ETIOLOGIAS PSICOLÓGICAS

Work leave among nursing professionals due to psychological etiologies

Baja laboral de profesionales de enfermería por etiologías psicológicas

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi analisar a incidência e o tempo dos afastamentos ligados especificamente às causas psicológicas entre profissionais de enfermagem. Além disso, procurou identificar fatores de risco para os afastamentos e sugerir ações que possam mitigar os problemas encontrados. **Métodos:** Foi feito um estudo ecológico, retrospectivo, no maior hospital público de Curitiba- PR, com dados de 3.692 profissionais de enfermagem (2.294 auxiliares de enfermagem, 590 técnicos de enfermagem e 808 enfermeiros), de janeiro de 2007 a setembro de 2010. Realizou-se uma pesquisa exploratória de revisão para formar o arcabouço teórico deste estudo. Foram identificadas as incidências anuais de cada tipo de afastamento por causas psicológicas, entre os profissionais de enfermagem. **Resultados:** Verificou-se que a principal causa de afastamentos foram os episódios depressivos (F32), com 784 afastamentos. Quanto ao tempo de afastamento, a causa que por mais tempo afastou os enfermeiros (média de 40,62 dias) foi o transtorno afetivo bipolar (F31). Os auxiliares e os técnicos em enfermagem se afastaram devido ao transtorno depressivo recorrente (F33), em média, por 40,47 e 54,33 dias, respectivamente. **Conclusão:** Houve uma alta incidência dos episódios depressivos e o tempo médio de afastamento devido a causas psicológicas foi superior a 30 dias, o que aponta a necessidade de investimentos na prevenção e no cuidado à saúde dos profissionais de enfermagem.

Descritores: Saúde Mental; Doenças do Trabalho; Absenteísmo.

ABSTRACT

Objective: To analyze the incidence and the length of periods off work specifically linked to psychological causes among nursing professionals. Furthermore, the study tried to identify risk factors for the work leaves and suggest actions that can mitigate the problems encountered. **Methods:** This was a retrospective, ecological study, in the largest public hospital of Curitiba-PR, with data from 3,692 nurses (2,294 auxiliary nurses, 590 nursing technicians and 808 nurses) from January 2007 to September 2010. An exploratory review was performed to form the theoretical basis of this study. The annual incidences for each type of work leave due to psychological causes were identified, among the nursing professionals. **Results:** It was found that the main cause of absenteeism were depressive episodes (F32), with 784 leaves. As for the length of time, the cause for longer periods off among nurses (40.62 days on average) was the bipolar affective disorder (F31). Nursing assistants and technicians were away from work due to recurrent depressive disorder (F33) on average for 40.47 days and 54.33 days, respectively. **Conclusion:** There was a high incidence of depressive episodes and the mean duration of absenteeism due to psychological causes was over 30 days, pointing to the need of investments in prevention and in healthcare for nursing professionals.

Descriptors: Mental Health; Occupational Diseases; Absenteeism.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del estudio fue analizar la incidencia y el tiempo de baja laboral de los profesionales de enfermería relacionados específicamente a causas psicológicas. Además de eso, se buscó identificar factores de riesgo para las bajas y sugerir acciones que puedan suavizar los problemas encontrados. **Métodos:** Fue realizado un estudio ecológico

Robson Douglas de Oliveira⁽¹⁾
Eduardo Borba Neves⁽²⁾
Cleverson Higa Kaio⁽³⁾
Leandra Ulbrich⁽²⁾

1) Centro Universitário Campos de Andrade
- UNIANDRADE - Curitiba (PR) - Brasil

2) Universidade Tecnológica Federal do
Paraná - UTFPR - Curitiba (PR) - Brasil

3) Hospital Geral de Curitiba (Exército
Brasileiro) - Curitiba (PR) - Brasil

Recebido em: 25/01/2013
Revisado em: 26/08/2013
Aceite em: 11/12/2013

y retrospectivo en el hospital público más grande de Curitiba- PR, con datos de 3.692 profesionales de enfermería (2.294 auxiliares de enfermería, 590 técnicos de enfermería y 808 enfermeros), de enero de 2007 a septiembre de 2010. Se realizó una investigación exploratoria de revisión para formar el modelo teórico de este estudio. Las incidencias anuales de cada tipo de baja por causas psicológicas fueron identificadas entre los profesionales de enfermería. **Resultados:** Se verificó que la principal causa de bajas fueron los episodios de depresión (F32) con 784 bajas. Respecto al tiempo de baja, la causa que más afectó a los enfermeros (media de 40,62 días) fue el trastorno afectivo bipolar (F31). Los auxiliares y los técnicos de enfermería tuvieron el alta por trastorno depresivo recurrente (F33), en media de 40,47 y 54,33 días, respectivamente. **Conclusión:** Hubo una incidencia elevada de episodios depresivos y el tiempo medio de baja por causas psicológicas fue de más de 30 días, lo que sugiere la necesidad de inversiones para la prevención y el cuidado de la salud de profesionales de enfermería.

Descriptor: Salud Mental; Enfermedades Profesionales; Absentismo.

INTRODUÇÃO

O ambiente de trabalho em saúde, particularmente em hospitais, vem sendo considerado insalubre por agrupar diversos fatores que contribuem para o adoecimento do profissional que nele desenvolve seu processo de trabalho. Dentre eles, destacam-se: a complexidade dos agravos; exigência e cuidado eminente; procedimentos e técnicas; e ambiente estressante⁽¹⁾.

Outro fator considerado importante são os efeitos da reestruturação produtiva, que também se instalou na prestação de serviços, incluindo os de saúde, com o estabelecimento de metas, exigência por produtividade e resolubilidade. As novas demandas nos serviços de enfermagem podem ser visualizadas nas compensações de carga horária, diminuição de pessoal, cobrança de metas pelos superiores etc. Essas são algumas das situações que podem acarretar as chamadas doenças do trabalho e os afastamentos⁽²⁾. Além disso, pode-se acrescentar outros fatores, como a fragmentação de tarefas e a rígida estrutura hierárquica e de cumprimento de rotinas⁽³⁾.

Desde a década de 1930, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS), vem estudando o processo de trabalho do profissional de enfermagem. Em 1976, durante a 61ª Conferência da OIT, foi apresentado um importante documento que tratava das condições de vida, trabalho e emprego desses profissionais, identificando uma precarização no trabalho⁽⁴⁾.

O ambiente hospitalar visa apenas o cumprimento de tarefas, as quais acabam por expor os trabalhadores a

diversos riscos ocupacionais e elenca algumas situações que apresentam um maior risco, como: os aglomerados de pacientes portadores de diversas enfermidades; piores condições de trabalho, com fragmentação e normatização na execução de técnicas; trabalho em turnos alternados; exigências de conhecimentos técnicos científicos atualizados; atividades burocráticas cada vez maiores, entre outras tarefas exigidas⁽⁵⁾.

Assim, essa realidade de trabalho acaba por impactar nas condições psicológicas dos trabalhadores, podendo resultar na Síndrome de Burnout, explicada como uma situação que deixou de ser funcional devido à exaustão energética, podendo ser expressa por sentimentos de fracasso e exaustão, causados por um excessivo desgaste de energia e recursos, acometendo, geralmente, os profissionais que trabalham em contato direto com pessoas⁽⁶⁾.

Contudo, ainda se visualiza no Brasil que os trabalhadores de enfermagem, através de uma concepção idealizada da profissão, submetem-se aos riscos ocupacionais, sofrem acidentes do trabalho e adoecem, não atribuindo esses problemas às condições insalubres e aos riscos oriundos do trabalho⁽¹⁾.

Na última década, vários estudos têm focado a relação entre transtornos mentais e o trabalho, devido à sua alta prevalência. As estimativas da OMS referem que os chamados transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, de 5% a 10%. No Brasil, os dados disponíveis do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), referentes apenas aos trabalhadores com registro formal, demonstram que os transtornos mentais ocupam a 3ª posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário, como auxílio doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadoria por invalidez^(7,8).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi analisar a incidência e o tempo dos afastamentos ligados especificamente às causas psicológicas entre profissionais de enfermagem. Além disso, procurou identificar fatores de risco para os afastamentos e sugerir ações que possam mitigar os problemas encontrados.

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa ecológica, retrospectiva, por meio da análise de dados quantitativos relativos aos afastamentos de 3.692 profissionais de enfermagem (2.294 auxiliares de enfermagem, 590 técnicos de enfermagem e 808 enfermeiros), ocasionados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) entre F30 e F45.

Para isso, foi encaminhada uma carta convite explicativa convidando à participação no estudo, direcionada ao diretor responsável pelo Departamento de Recursos Humanos (DRH) e Serviço de Engenharia e Segurança de Medicina do

Trabalho (SESMT) do hospital selecionado, assegurando-se todos os aspectos éticos.

Foram incluídos no estudo todos os profissionais que permaneceram entre janeiro 2007 e setembro de 2010 trabalhando no hospital. Os dados dos afastamentos da equipe de enfermagem se referem a: número de afastamentos por doenças psicológicas, causa dos afastamentos e duração do afastamento (tempo mínimo, máximo e médio). Foram excluídos os dados de afastamentos que não fossem devido a causas psicológicas (CID entre F30 e F45).

Para o tratamento dos dados, utilizou-se primeiramente a estatística descritiva com medidas de posição (número de afastamentos, cálculo de percentuais e médias) e de dispersão (variabilidade quanto ao tempo de afastamento)

⁽⁹⁾. Por fim, foi utilizado o teste de associação qui-quadrado para verificar se existia significância estatística entre os parâmetros apontados na análise descritiva e dos dados⁽¹⁰⁾.

O estudo seguiu os aspectos éticos recomendados pela Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, bem como os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), e teve seu projeto aprovado pelo Protocolo nº 380/10 do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Campos de Andrade, Curitiba, Paraná.

RESULTADOS

Verificando-se as causas dos afastamentos, pode-se constatar que as três principais causas de afastamentos

Tabela I - Causa dos afastamentos de profissionais de enfermagem por doenças psicológicas num hospital geral da cidade de Curitiba, entre janeiro de 2007 e setembro de 2010.

CID	Descrição	Profissional	2007	2008	2009	2010	Total (%)
F30	Episódio Maníaco	Auxiliar	2	-	-	-	2 (0,09)
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	-	-	-	-	-
F31	Transtorno afetivo bipolar	Auxiliar	54	41	56	33	184 (8,02)
		Técnico	4	18	12	26	60 (10,17)
		Enfermeiro	44	19	17	7	87 (10,77)
F32	Episódios depressivos	Auxiliar	258	145	102	83	588 (25,63)
		Técnico	27	38	19	6	90 (15,25)
		Enfermeiro	50	30	10	16	106 (13,12)
F33	Transtorno depressivo recorrente	Auxiliar	28	35	38	22	123 (5,36)
		Técnico	2	4	12	2	20 (3,39)
		Enfermeiro	20	5	6	1	32 (3,96)
F34	Transtornos de humor [afetivos] persistentes	Auxiliar	10	8	3	1	22 (0,96)
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	-	-	-	-	-
F38	Transtorno afetivo bipolar	Auxiliar	-	-	-	-	-
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	2	-	-	1	3 (0,37)
F39	Episódios depressivos	Auxiliar	1	3	-	-	4 (0,17)
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	-	-	-	-	-
F40	Transtornos fóbico-ansiosos	Auxiliar	1	1	-	-	2 (0,09)
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	2	-	-	-	2 (0,25)
F41	Outros transtornos ansiosos	Auxiliar	-	23	15	1	68 (2,96)
		Técnico	-	4	6	1	11 (1,86)
		Enfermeiro	-	5	6	-	11 (1,36)
F42	Transtorno obsessivo- compulsivo	Auxiliar	-	2	-	1	3 (0,13)
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	-	-	-	-	-
F43	Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação	Auxiliar	-	45	22	37	104 (4,53)
		Técnico	-	6	4	4	14 (2,37)
		Enfermeiro	-	9	1	1	11 (1,36)
F45	Transtornos somatoformes	Auxiliar	-	5	45	3	53 (2,31)
		Técnico	-	1	-	2	3 (0,51)
		Enfermeiro	-	-	-	-	-

Tabela II - Tempo médio de afastamento dos profissionais de enfermagem por doenças psicológicas num hospital geral da cidade de Curitiba, entre janeiro de 2007 e setembro de 2010.

CID	Descrição	Profissional	2007	2008	2009	2010	Total
F30	Episódio Maníaco	Auxiliar	5,00	-	-	-	5,00
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	-	-	-	-	-
F31	Transtorno afetivo bipolar	Auxiliar	28,62	49,65	42,37	34,24	53,0
		Técnico	60,50	56,72	61,75	33,03	53,0
		Enfermeiro	42,72	43,21	30,70	45,85	40,62
F32	Episódios depressivos	Auxiliar	29,59	31,17	33,20	29,85	30,95
		Técnico	35,29	33,00	29,52	20,33	29,54
		Enfermeiro	49,96	30,93	19,60	24,0	31,12
F33	Transtorno depressivo recorrente	Auxiliar	44,21	37,74	39,42	40,5	40,47
		Técnico	18,50	62,50	46,83	89,5	54,33
		Enfermeiro	19,80	33,00	10,16	1,00	15,99
F34	Transtornos de humor [afetivos] persistentes	Auxiliar	29,10	29,12	16,33	30,0	26,14
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	-	-	-	-	-
F38	Transtorno afetivo bipolar	Auxiliar	-	-	-	-	-
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	14,00	-	-	1,00	7,50
F39	Episódios depressivos	Auxiliar	30,00	30,00	-	-	30,00
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	-	-	-	-	-
F40	Transtornos fóbico-ansiosos	Auxiliar	1,00	1,00	-	-	1,00
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	8,00	-	-	-	8,00
F41	Outros transtornos ansiosos	Auxiliar	-	17,34	23,80	22,53	21,22
		Técnico	-	26,00	18,00	3,00	15,66
		Enfermeiro	-	6,80	2,16	-	4,48
F42	Transtorno obsessivo-compulsivo	Auxiliar	-	18,00	-	30,00	24,00
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	-	-	-	-	-
F43	Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação	Auxiliar	-	19,06	24,13	24,94	22,71
		Técnico	-	22,50	17,75	6,25	15,50
		Enfermeiro	-	35,88	20,00	6,00	20,63
F45	Transtornos somatoformes	Auxiliar	-	31,20	20,40	3,33	18,31
		Técnico	-	45,00	-	2,50	15,83
		Enfermeiro	-	-	-	-	-

Tabela III - Tempo mínimo e máximo de afastamentos dos profissionais de enfermagem por doenças psicológicas num hospital geral da cidade de Curitiba, entre janeiro de 2007 e setembro de 2010.

CID	Descrição	Profissional	2007	2008	2009	2010	Total
F30	Episódio Maníaco	Auxiliar	0 e 5	-	-	-	0 e 5
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	-	-	-	-	-
F31	Transtorno afetivo bipolar	Auxiliar	1 e 20	1 e 365	1 e 365	1 e 90	1 e 365
		Técnico	30 e 90	1 e 9	1 e 320	1 e 90	1 e 320
		Enfermeiro	1 e 90	1 e 90	1 e 128	4 e 95	1 e 128
F32	Episódios depressivos	Auxiliar	1 e 90	1 e 244	1 e 120	1 e 90	1 e 244
		Técnico	3 e 90	1 e 112	1 e 90	10 e 37	1 e 112
		Enfermeiro	6 e 90	1 e 104	4 e 38	1 e 60	1 e 104
F33	Transtorno depressivo recorrente	Auxiliar	2 e 90	1 e 208	2 e 120	1 e 60	1 e 208
		Técnico	7 e 30	30 e 100	1 e 185	60 e 119	1 e 185
		Enfermeiro	2 e 60	15 e 60	2 e 15	0 e 1	0 e 60
F34	Transtornos de humor [afetivos] persistentes	Auxiliar	10 e 60	1 e 60	1 e 43	0 e 30	1 e 60
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	-	-	-	-	-
F38	Transtorno afetivo bipolar	Auxiliar	-	-	-	-	-
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	0 e 14	-	-	0 e 1	0 e 14
F39	Episódios depressivos	Auxiliar	0 e 30	0 e 60	-	-	0 e 60
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	-	-	-	-	-
F40	Transtornos fóbico-ansiosos	Auxiliar	0 e 1	0 e 2	-	-	1 e 2
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	0 e 8	-	-	-	0 e 8
F41	Outros transtornos ansiosos	Auxiliar	-	1 e 62	5 e 90	1 e 60	1 e 90
		Técnico	-	4 e 60	1 e 40	0 a 3	0 a 60
		Enfermeiro	-	1 e 14	1 e 5	-	1 e 14
F42	Transtorno obsessivo- compulsivo	Auxiliar	-	6 e 30	-	0 e 30	0 e 30
		Técnico	-	-	-	-	-
		Enfermeiro	-	-	-	-	-
F43	Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação	Auxiliar	-	1 e 90	1 e 90	1 e 100	1 e 100
		Técnico	-	1 e 60	1 e 30	1 e 21	1 e 60
		Enfermeiro	-	1 e 90	0 e 20	0 e 6	1 e 90
F45	Transtornos somatoformes	Auxiliar	-	6 e 60	1 e 60	1 e 5	1 e 60
		Técnico	-	0 e 45	-	2 e 5	0 2 45
		Enfermeiro	-	-	-	-	-

foram devido aos episódios depressivos (F32), com 784 afastamentos; ao transtorno afetivo bipolar (F31), com 331 profissionais afastados; e ao transtorno depressivo recorrente (F33), responsável por 175 afastamentos (Tabela I). Entretanto não existem diferenças estatísticas entre as principais causas desses afastamentos quando se compara os diferentes profissionais de enfermagem (enfermeiro e técnico - $p=0,934$; enfermeiro e auxiliar - $p=0,298$; auxiliar e técnico - $p=0,568$).

O transtorno afetivo bipolar (F31) foi a etiologia que por mais tempo afastou os enfermeiros das suas funções (40,62 dias), enquanto o transtorno depressivo recorrente

(F33) foi a condição que por mais tempo afastou os auxiliares e técnicos em enfermagem (40,47 dias e 54,33 dias, respectivamente) (Tabela II). Ao se comparar o tempo de afastamento dos enfermeiros com os auxiliares e técnicos de enfermagem foram observadas diferenças significativas ($p<0,001$; $p=0,039$, respectivamente).

Quanto à gravidade dos afastamentos, o transtorno afetivo bipolar (F31) teve o máximo de 365 dias de afastamento; nos episódios depressivos (F32), os afastamentos duraram até 244 dias; o transtorno depressivo recorrente (F33), 208 dias; e as reações ao *stress* grave e transtornos de adaptação (F43) representaram afastamentos de até 100 dias (Tabela III).

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, abordou-se a saúde mental dos profissionais de serviços de enfermagem com incidência de caso de afastamento. Embora cada profissional da enfermagem conserve características próprias, podem-se perceber diversas causas comuns para justificar os afastamentos, uma vez que esses profissionais buscam compreender e realizar a sua trajetória do trabalho, estando sujeitos a sofrer pequenos distúrbios, partindo da tristeza até quadros de depressão, dentre outras patologias⁽¹¹⁾.

Na pesquisa realizada, as três principais causas de afastamentos foram devido aos episódios depressivos (F32), transtorno afetivo bipolar (F31) e transtorno depressivo recorrente (F33).

O transtorno afetivo bipolar é um transtorno de humor até pouco tempo conhecido por psicose maníaco-depressiva, deixando de ter essa denominação porque os sintomas psicóticos não são tão frequentes, mas persistindo os episódios maníacos, sendo a mania sua marca registrada⁽¹²⁾.

O primeiro estudo epidemiológico, realizado na década de 1980, chamado *epidemiological catchment area study* (ECA), foi realizado em cinco cidades americanas, com 18 mil indivíduos. As prevalências ao longo da vida obtidas para transtorno bipolar e depressivo maior foram de 1,3% e 4,9%, respectivamente⁽¹³⁾.

Outro estudo, denominado *national comorbidity survey* (NCS), realizado na década de 1990, mostrou prevalência ao longo da vida para depressão maior de 17,7% e uma prevalência momentânea (30 dias) de 4,9%. Essa discrepância em relação ao estudo anterior se deve à maior sensibilidade da entrevista diagnóstica utilizada na NCS, a *composite international diagnostic interview*⁽¹⁴⁾.

No Brasil, as prevalências ao longo da vida, obtidas em levantamento epidemiológico na cidade de São Paulo, foram de 1,0% para transtorno bipolar e 16,8% para episódio depressivo⁽¹⁵⁾.

O transtorno depressivo maior é uma condição comum, sua incidência é de 10% entre pacientes em atenção primária e de 15% entre os hospitalizados⁽¹⁶⁾. No presente estudo, os episódios depressivos de auxiliares, técnicos e enfermeiros apresentaram números expressivos, superiores à prevalência da população geral.

O transtorno bipolar é menos comum do que o transtorno depressivo maior, com uma prevalência durante a vida de cerca de 1%, semelhante às taxas para esquizofrenia⁽¹⁶⁾. A incidência acumulada do transtorno afetivo bipolar, segundo o presente estudo, foi de 8,02%, 10,17% e 10,77%, para auxiliar, técnico e enfermeiro, respectivamente. Esses números também representam prevalências altíssimas quando comparados à população geral.

Existem várias causas que podem colaborar para o aumento dos afastamentos, como a quantidade de pacientes a serem atendidos, pacientes hostis e/ou reivindicadores, pacientes que vêm a falecer, pacientes com alteração de comportamento, as comunicações dolorosas (quando existe a necessidade de comunicar situações graves ou de morte), os dilemas éticos e o medo de contrair infecções^(1,17). Além disso, as escalas mal elaboradas, forçando o psicológico e o físico do profissional; as baixas remunerações; os atritos com chefias; o isolamento por parte de seus colegas; e as situações externas, como assaltos, agressões, brigas familiares e estresse no trânsito⁽¹⁷⁾.

Diversas fontes de estresse podem causar os afastamentos: o medo de cometer erros; fadiga e cansaço; falta de orientação para realização do trabalho; estar sob pressão constantemente; trabalho noturno; falta de tempo para lazer, família, amigos e necessidades pessoais⁽¹⁷⁾. Para agravar as situações relatadas, há profissionais que se submetem a mais de um emprego, apresentam problemas físicos e mentais, passam por problemas familiares e pressão externa (contas a pagar, exames, doenças, família). Todas essas situações acabam por contribuir para a sobrecarga do profissional^(1,17).

A pesquisa também demonstrou que os profissionais que trabalham como auxiliares de enfermagem foram os mais afetados pelos episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente.

Para completar, a maioria das reações adversas oriundas das exigências psicológicas, tais como fadiga, ansiedade, depressão e doença física, ocorre quando a demanda do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo⁽¹⁸⁾.

O transtorno afetivo bipolar (F31) foi a causa que por mais tempo afastou os enfermeiros das suas funções (em média, 40,62 dias) e a segunda causa por tempo de afastamento para os auxiliares (média de 38,72 dias) e técnicos (média de 53 dias).

Estudos indicam uma prevalência diferenciada para transtorno bipolar e depressão maior, segundo o gênero. As mulheres apresentam maior risco de desenvolver episódios depressivos do que os homens⁽¹⁹⁾. Uma observação quase universal, independentemente de país ou cultura, é a prevalência duas vezes maior do transtorno depressivo em mulheres do que em homens. Levantou-se a hipótese de que as razões para isso envolvem diferenças hormonais, os efeitos de gerar filhos, estressores diferentes para os sexos e modelos comportamentais de desamparo, aprendizado. Em contraste com o transtorno depressivo, o transtorno bipolar tem uma prevalência igual entre homens e mulheres. Vale lembrar que 90% dos trabalhadores da enfermagem são do sexo feminino⁽²⁰⁾.

A condição socioeconômica elevada pode aumentar um pouco o risco de transtorno bipolar e, inversamente, o baixo nível socioeconômico está associado a um maior risco de desenvolver depressão maior⁽²¹⁾.

Outro dado se refere ao estado civil. Os divorciados e separados possuem maior risco de desenvolver doenças afetivas. Mesmo entre os casados, a ausência de confidente também está associada a maiores riscos. Faltam estudos que mostrem a taxa de casados, separados, divorciados e viúvos na classe dos enfermeiros, auxiliares e técnicos.

O transtorno depressivo recorrente (F33) foi a causa que por mais tempo afastou os auxiliares e técnicos em enfermagem (médias de 40,47 dias e 54,33 dias respectivamente). Contudo, fica em quarto lugar quando se considera os enfermeiros (média de 15,99 dias de afastamento), que possuem como a terceira causa que mais os afasta das suas funções o CID F43 – as reações ao *stress* grave e transtornos de adaptação (média de 20,63 dias).

Estresse crônico também está associado ao maior risco de desenvolver transtornos afetivos, principalmente episódios depressivos. Estressores no trabalho, aumento da demanda, longas jornadas de trabalho, poucas horas de sono e descanso são situações muito comuns entre profissionais de enfermagem, que desenvolvem a “patologia do trabalhador noturno”. Cerca de 80% dos pacientes deprimidos reclamam de dificuldades com o sono, especialmente despertar precoce na madrugada e despertares múltiplos durante a noite. Nesses casos, também é comum o uso de “calmantes”, benzodiazepínicos e indutores do sono de forma abusiva⁽²²⁾.

Dados epidemiológicos sugerem que a incidência de transtorno depressivo maior pode estar aumentando entre pessoas com menos de 20 anos de idade, o que pode estar relacionado ao aumento do uso de álcool e drogas nesse grupo⁽²³⁾. Somando-se a isso, sabe-se que os profissionais de enfermagem possuem fácil acesso a drogas e outras substâncias no ambiente hospitalar. Cabe aqui lembrar também que os auxiliares de enfermagem, em média, são mais jovens que enfermeiros.

Sabe-se, ainda, que os moradores de zonas urbanas possuem maior risco de desenvolver transtorno depressivo, transtorno bipolar e transtorno de ansiedade do que moradores de zonas rurais⁽²³⁾. Os profissionais de enfermagem deste estudo moram em Curitiba ou em de centros urbanos próximos ao hospital estudado.

Quanto à gravidade dos afastamentos, o transtorno afetivo bipolar (F31) teve o máximo de 365 dias de afastamento; nos episódios depressivos (F32), os afastamentos duraram até 244 dias; o transtorno depressivo recorrente (F33), 208 dias; e as reações ao *stress* grave e transtornos de adaptação (F43), afastamentos de até 100 dias.

Há uma antiga e duradoura observação clínica de que acontecimentos estressantes da vida mais frequentemente precedem o primeiro episódio de transtorno do humor, em vez dos subsequentes. Essa associação tem sido relatada tanto em pacientes com transtorno depressivo maior como naqueles com transtorno bipolar. Uma teoria proposta para explicar tal observação é que o estresse acompanhando o primeiro episódio leva a modificações duradouras na biologia do cérebro. Essas modificações podem alterar os estados funcionais de vários neurotransmissores, modificações que podem até incluir a perda de neurônios e a redução excessiva de contatos sinápticos. Como resultado, o indivíduo fica com um alto risco de desenvolver episódios de transtorno do humor, mesmo sem um estressor externo. Isso pode justificar o alto número de dias de afastamento desses profissionais. Um episódio maníaco ou depressivo, por exemplo, pode levar de três a seis meses até a remissão dos sintomas⁽¹³⁾.

A depressão, a exemplo de outras doenças, ao ser diagnosticada e tratada precocemente, pode ser resolvida mais rapidamente e causar menos prejuízo pessoal, profissional e social⁽²⁴⁾.

Outros transtornos que apareceram no estudo, como transtorno depressivo recorrente, transtorno de humor afetivo persistente, outros transtornos ansiosos, transtornos fóbico-ansiosos, transtorno obsessivo-compulsivo, reação ao *stress* grave, transtornos de adaptação e transtornos somatoformes não apresentaram diferença significativa de prevalência em relação à população geral. No entanto, vale ressaltar que foi considerável o tempo de afastamento geral em dias de portadores de transtorno depressivo recorrente, transtorno ansioso e transtorno de adaptação.

O tempo de afastamento considerável – não só da classe de enfermeiros, mas também de outras populações – se deve à falta de profissionais suficientes e qualificados para tratar de transtornos psiquiátricos. Estima-se que apenas 25% dos pacientes que procuram tratamento para transtorno depressivo maior recebem medicação antidepressiva e somente uma parcela recebe doses corretas e duração adequada do tratamento⁽¹⁶⁾.

Considera-se que, na instituição pesquisada, trabalhos educativos com os profissionais afastados, discussão em grupos e ação do serviço especializado de medicina do trabalho direcionada a um cuidado da saúde mental, procurando identificar os principais fatores desencadeantes para interceptar as causas desses problemas, poderiam melhorar as condições de saúde dos profissionais envolvidos com a prestação de serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Verificou-se que as três principais causas de afastamentos foram os episódios depressivos (F32), o transtorno afetivo bipolar (F31) e o transtorno depressivo recorrente (F33). Contudo, ao se considerar o tempo médio de afastamento, o transtorno afetivo bipolar (F31) foi a etiologia que por mais tempo afastou os enfermeiros das suas funções, enquanto o transtorno depressivo recorrente (F33) foi a condição que por mais tempo afastou os auxiliares e técnicos em enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm*. 2004;12(2):204-11.
2. Nowak NL, Campos GA, Borba EO, Ulbricht L, Neves EB. Fatores de risco para acidentes com materiais perfurocortantes. *Mundo Saúde*. 2013;37(4):419-26.
3. Bezerra MLS, Neves EB. Perfil da produção científica em saúde do trabalhador. *Saúde Soc*. 2010;19(2):384-94.
4. Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):669-76.
5. Grazziano ES. Estratégia para redução do estresse e Burnout entre enfermeiros hospitalares. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
6. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleao AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(2):255-61.
7. Veríssimo OM, Gomes J, Menezes SA, Gonçalves R, Andrade M. Estresse ocupacional: manifestações de sintomas físicos, psicológicos e sociais dos profissionais de enfermagem de uma maternidade pública no Brasil, Fortaleza-Ceará. *Cienc Trab*. 2012;14(45):254-9.
8. Jacques MGC. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicol Soc*. 2005;15(1):97-116.
9. Marquieiz J, Alves IS, Neves EB, Ulbricht L. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):265-71.
10. Neves EB, Souza MN, Almeida RMVR. Military parachuting injuries in Brazil. *Injury*. 2009;40(8):897-900.
11. Brant LC, Gomez CM. Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. *Interface Comun Saúde Educ*. 2008;12(26):667-76.
12. Jaerger GPSD, Mota Neto JIS. O Papel da lamotrigina no tratamento da depressão bipolar: uma revisão da literatura. In: *Anais do XII ENPOS*; 2010; Pelotas (RS), Brasil. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2010.
13. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorders. *Biol Psychiatry*. 2000;48(6):445-57.
14. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
15. Andrade LH, Lólio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(5):316-25.
16. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JÁ. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.
17. Dal Pai D, Lautert L, Krug JS. Psicodinâmica e saúde mental do trabalhador de enfermagem: ritmo acelerado e intensificação do fazer. *Enferm foco (Brasília)*. 2011;2(1):38-43.
18. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):424-33.
19. Cavalcante FG, Minayo MCdS, Mangas RMN. Different aspects of depression in suicide among the elderly. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(10):2985-94.
20. Rombaldi AJ, Silva MCd, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalence of depressive symptoms and associated factors among southern Brazilian adults: cross-sectional population-based study. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(4):620-9.
21. Mussi SV, Soares MRZ, Grossi R. Transtorno bipolar: avaliação de um programa de psicoeducação sob o enfoque da análise do comportamento. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. 2013;15(2):45-63.
22. Quarantini LC, Rodrigues Netto L, Andrade-Nascimento M, Almeida A, Galvão AS, Miranda-

- Scippa A. Transtornos de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011; 31(Suppl.2):S66-S76.
23. Ores LC, Quevedo LA, Jansen K, Carvalho AB, Cardoso TA, Souza LDM, et al. Suicide risk and health risk behavior among youth between the ages of 18 and 24 years: a descriptive study. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(2):305-12.
24. Candido MCFS, Furegato ARF. Atenção da Enfermagem ao portador de transtorno depressivo: Uma reflexão. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog.* 2005;1(02):02-13.

Endereço do primeiro autor:

Robson Douglas de Oliveira
Rua: João Scuissiato, 1
Bairro: Santa Quitéria
CEP: 81200-000 - Curitiba-PR - Brasil

Endereço para correspondência:

Eduardo Borba Neves
Rua: Marquês do Paraná, 418, 404
Bairro: Água Verde
CEP: 80620-210 - Curitiba-PR - Brasil