



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MATO GROSSO DO SUL**



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)
CAMPUS TRÊS LAGOAS (CPTL)
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* - ENFERMAGEM**

JAMILA DE LIMA GOMES

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO DE
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA EM TRÊS LAGOAS-MS**

TRÊS LAGOAS

2022

JAMILA DE LIMA GOMES

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO DE
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA EM TRÊS LAGOAS-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem do Campus Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidar em enfermagem, saúde e sociedade.

Linha de Pesquisa: Saúde Coletiva: Saberes, Políticas e Práticas na Enfermagem e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Gazarini

TRÊS LAGOAS

2022

JAMILA DE LIMA GOMES

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA EM TRÊS LAGOAS-MS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem do Campus Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Lucas Gazarini (*Presidente e orientador*)

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL)



Documento assinado eletronicamente por **Lucas Gazarini, Professor do Magisterio Superior**, em 24/03/2022, às 16:53, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Prof. Dr. Edis Belini Junior (*Membro titular*)

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL)



Documento assinado eletronicamente por **Edis Belini Junior, Professor do Magisterio Superior**, em 25/03/2022, às 09:15, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Profa. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon (*Membro titular*)

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Instituto Integrado de Saúde (INISA)



Documento assinado eletronicamente por **Bianca Cristina Ciccone Giacon, Professora do Magistério Superior**, em 25/03/2022, às 10:01, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3097218** e o código CRC **109D2926**.

Ata de defesa disponível na íntegra pelo Processo SEI/UFMS nº 23448.000328/2022-96

Foi pensando na saúde mental dos profissionais da saúde que atuam no atendimento pré-hospitalar que executei esta pesquisa, por isto dedico este trabalho a todos aqueles a quem esta pesquisa possa ajudar de alguma forma

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, o Prof. Dr. Lucas Gazarini, por ter aceito me acompanhar neste projeto. Agradeço imensamente toda ajuda que me foi concedida à medida que as dificuldades iam surgindo ao longo do percurso.

Expresso também gratidão a todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS/CPTL) por todo o apoio ao longo da realização dessa pesquisa, vocês me forneceram as bases necessárias para a realização deste trabalho.

Sou grata também ao Centro de Atenção Psicossocial de Jales, da qual fui responsável técnica de enfermagem, foi lá que surgiu o desejo de realizar o mestrado com ênfase em saúde mental dos profissionais da saúde. Obrigada pelo incentivo e fornecimento de material para que o projeto da pesquisa fosse elaborado.

Agradeço com profunda admiração a todos!

“Não se desespere diante das dificuldades. Colhemos aquilo que plantamos. Somos escravos do ontem, mas somos donos de nosso amanhã. Se construiu um presente doloroso, fique alerta, para construir um futuro alegre, saudável, no qual possamos colher os frutos do amor e de felicidade sem limites. Faça o bem de todas as formas, para preparar um futuro melhor”.

Carlos Torres Pastorino, 2016

RESUMO

Introdução: O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma síndrome na qual a pessoa, ao vivenciar ou testemunhar um evento traumático desencadeia pensamentos ou pesadelos que revivenciam de forma sistemática o trauma. Ele pode ser associado a sintomas físicos como insônia, irritação, entorpecimento ou desordem emocional, com duração entre um mês a vários anos após o evento. Os profissionais que trabalham no serviço pré-hospitalar, mais especificamente, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), são expostos a acidentes frequentes e dos mais diversos tipos, causadores de grande estresse emocional que, em muitos deles, leva ao desenvolvimento de problemas como ansiedade, fobias e abuso de drogas ou, ainda, transtornos mais severos como o TEPT. **Objetivo:** contextualizar o panorama atual relacionado à prevalência de sintomas e fatores associados ao TEPT em profissionais que atuam no SAMU no município de Três Lagoas – MS. **Métodos:** Foi realizado estudo de campo, exploratório e descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado que abordou variáveis socioeconômicas, demográficas, laborais, traumáticas e comportamentais e uma escala psicométrica validada para avaliar a presença e severidade de sintomas de TEPT (PCL-5, ‘*Posttraumatic Stress Disorder Checklist*’). Os instrumentos foram aplicados a profissionais do SAMU do município de Três Lagoas – MS (n=56), no período de novembro de 2020 e janeiro de 2021. As respostas das questões discursivas foram categorizadas quanto ao conteúdo e analisadas de forma descritiva. Variáveis categóricas foram analisadas por teste de associação por *Qui*-quadrado ou Teste Exato de Fisher, posteriormente submetidos a aplicação de modelos de regressão logística binomial univariados, com cálculo da razão de probabilidade não-ajustada como medida adicional de probabilidade de ocorrência. Dados contínuos foram avaliados pelo teste de Mann-Whitney. Foi adotado o grau de significância de $p < 0,05$ para as análises estatísticas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFMS (CAAE 28449620.7.0000.0021, parecer 4.216.396). **Resultados:** a população avaliada apresenta prevalência alta de sintomas associados ao TEPT (62,5%). A presença de sintomas e risco aumentado para o desenvolvimento do transtorno foram associados a: maior renda mensal; ocorrência de eventos traumáticos anteriores; busca ativa por ajuda após o trauma; necessidade de afastamento laboral; uso de psicofármacos; alteração no padrão de consumo de drogas de abuso; presença de histórico familiar de transtornos psiquiátricos, e; convivência atual com sintomas relacionados ao TEPT. **Conclusão:** os dados reforçam o risco ocupacional associado aos profissionais que atuam em serviços de urgência, com maior impacto à saúde mental e determinação de fatores mais associados à susceptibilidade ao transtorno. A pesquisa reforça a necessidade de mudanças que visem aumentar a visibilidade para o risco ocupacional entre esses profissionais e melhorar o apoio oferecido a eles, buscando melhor rendimento no ambiente de trabalho e na qualidade de vida. A relevância do TEPT em atividades laborais no contexto de saúde sinaliza a importância da promoção de programas e treinamentos sobre a doença, formas de prevenção e intervenções no ambiente de trabalho, pontos críticos de atuação da equipe de Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Profissionais da Saúde; Riscos Ocupacionais; Saúde Mental; Socorro de Urgência; Unidades Móveis de Urgência.

ABSTRACT

Introduction: Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a syndrome in which a person, after experiencing or witnessing a traumatic event, develops thoughts or nightmares that systematically relive the trauma. That could be associated with physical symptoms, such as insomnia, irritation, numbness, or emotional disorder, lasting between a month to several years after the event. Professionals who work at the pre-hospital service, more specifically, at the Mobile Emergency Care Service (MECS), are exposed to frequent accidents of the most diverse types, causing great emotional distress, which in many of them, leads to the development of problems such as anxiety, phobias, and drug abuse, or even more severe disorders such as PTSD. **Objective:** To contextualize the current scenario related to the prevalence of symptoms and factors associated with PTSD in professionals working at MECS in Três Lagoas – MS. **Methods:** A field study, exploratory and descriptive, was carried out, with a quantitative-qualitative approach. Data collection was conducted through a semi-structured questionnaire that addressed socioeconomic, demographic, employment, traumatic, and behavioral variables, and the PTSD Checklist (PCL-5), a validated psychometric scale to assess the presence and severity of PTSD symptoms. The instruments were applied to professionals from MECS of Três Lagoas – MS (n=56), from November 2020 to January 2021. The answers to the discursive questions were categorized in terms of content and analyzed using a descriptive form. Categorical variables were analyzed using an association test, by *Chi-square* or Fisher's Exact Test, subsequently submitted to the application of univariate binomial logistic regression models, with the calculation of the unadjusted odds ratio as an additional measure of the probability of occurrence. Continuous data were evaluated by the Mann-Whitney test. A significance level of $p < 0,05$ was adopted for the statistical analyzes. The project was approved by the Research Ethics Committee/UFMS (CAAE 28449620.7.0000.0021, technical statement 4.216.396). **Results:** the population evaluated shows a high prevalence of symptoms associated with PTSD (62,5%). The presence of symptoms and increased risk for the development of the disorder were associated with: higher monthly income; occurrence of previous traumatic events; active search for help after trauma; the need for time off work; use of psychotropic drugs; change in the pattern of drugs abuse; the presence of a family history of psychiatric disorders, and; current living with PTSD-related symptoms. **Conclusion:** the data reinforce the occupational risk associated with professionals working in emergency service, with more impact on mental health and determination of factors most associated with susceptibility to the disorder. The research reinforces the need for changes aimed at increasing the visibility of occupational risk among these professionals and improving the support offered to them, seeking better performance in the work environment and life quality. The relevance of PTSD in work activities in the health context signals the importance of promoting programs and training on the disease, forms of prevention and interventions in the work environment, and critical points of action of the nursing team.

Keywords: Psychiatric Nursing; Health Care Professionals; Occupational Risks; Mental Health; Emergency Service; Emergency Mobile Units.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Composição da amostra total de profissionais do SAMU e subgrupos divididos de acordo com o escore da PCL-5, no município de Três Lagoas – MS, 2022	30
Figura 2. Escores da PCL-5 (total e <i>clusters</i> específicos) avaliados na amostra de profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022	35

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1. Critérios diagnósticos para o TEPT em maiores de 6 anos de acordo com o DSM-5-TR	18
Tabela 1. Estatística geral do SAMU, de 2019 a 2020, no município de Três Lagoas – MS	25
Tabela 2. Natureza do chamado para o SAMU, de 2019 a 2020, no município de Três Lagoas –MS	26
Tabela 3. tivo de servidores do SAMU no período da pesquisa no município de Três Lagoas – MS.....	27
Tabels 4. Interpretação do tamanho de efeito para o teste de <i>Qui</i> -quadrado	31
Tabela 5. Caracterização sociodemográfica de profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022	37
Tabela 6. Caracterização laboral de profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022	38
Tabela 7. Antecedentes traumáticos e fatores comportamentais associados à saúde mental em profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022	41
Tabela 8. Sintomas e perturbações atuais associados ao trauma em profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022.....	43
Tabela 9. Caracterização das ocorrências e atendimentos mencionados como eventos traumáticos por profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022.....	44
Tabela 10. Caracterização da forma de ajuda buscada por profissionais do SAMU após eventos traumáticos, no município de Três Lagoas – MS, 2022	46
Tabela 11. Caracterização do apoio obtido no ambiente de trabalho por profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022	48
Tabela 12. Classes de psicofármacos utilizados por profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022.....	48
Tabela 13. Parentesco relacionado ao histórico familiar de TEPT e/ou transtornos de ansiedade em profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH	Assistência Pré-Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
df	Grau de liberdade
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, do inglês ' <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> '
EPM	Erro padrão da média
IC	Intervalo de confiança
OR	Razão de probabilidade, do inglês ' <i>Odds ratio</i> '
PCL-5	Checklist para Transtorno de Estresse Pós-Traumático, do inglês ' <i>Posttraumatic Stress Disorder CheckList</i> '
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEF	Teste Exato de Fisher
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TR	Texto revisado (referente à última edição do DSM)
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	16
2.2. Definição e causas de TEPT	17
2.3. Sintomatologia e diagnóstico de TEPT	18
2.4. Formas de prevenção e tratamento de TEPT	20
3. OBJETIVO	22
3.1. Objetivo geral	23
3.2. Objetivos específicos	23
4. MATERIAIS E MÉTODOS	24
4.1. Tipo de estudo	25
4.2. Cenário da pesquisa	25
4.3. População do estudo	26
4.4. Coleta de dados	27
4.5. Análise dos dados	30
4.6. Aspectos éticos	31
5. RESULTADOS	33
5.1. Composição dos grupos com base no escore total da PCL-5	34
5.2. Caracterização sociodemográfica	36
5.3. Caracterização laboral	36
5.4. Caracterização do histórico traumático e comportamental	40
5.5. Avaliação qualitativa das respostas discursivas do questionário	44
5.5.1. <i>Eventos traumáticos que embasaram as respostas dos questionários</i>	44
5.5.2. <i>Busca e obtenção de ajuda após o evento traumático</i>	46
5.5.3. <i>Padrão de consumo de psicofármacos e drogas de abuso após o trauma</i>	48
5.5.4. <i>Histórico familiar de TEPT e/ou transtornos de ansiedade</i>	49
6. DISCUSSÃO	50
7. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	75
ANEXOS	83

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) pode ser definido, de acordo com Bernardes *et al.* (2018), como uma síndrome que inclui pensamentos ou pesadelos que revivem de forma sistemática o trauma que a pessoa viveu ou testemunhou, desencadeando entorpecimento emocional e hiperatividade fisiológica, com duração mínima de um mês, podendo persistir por anos, ou seja, é um transtorno de cunho emocional com duração prolongada associada à exposição de eventos traumáticos.

Estima-se que 60% a 90% dos indivíduos da população em geral são expostos a um evento estressor potencialmente traumático ao longo da vida (KRISTENSEN; PARENTE; KASZNIAK, 2006; CAVALCANTE; MORITA; HADDAD, 2009; DUTRA, KLUWE-SCHIAVON; GRASSI-OLIVEIRA, 2013; MACEDO *et al.*, 2019), e que de 8% a 9% desses indivíduos desenvolverão TEPT posteriormente (DUTRA; KLUWE-SCHIAVON; GRASSI-OLIVEIRA, 2013). Mesmo que a maioria dos indivíduos não desenvolvam o transtorno quando expostos a situações traumáticas, o TEPT é tido como o quarto transtorno mental mais comum na população geral (KRISTENSEN; PARENTE; KASZNIAK, 2006).

O TEPT atinge não apenas a vítima que se expôs ao evento, mas é extensivo aos que o testemunharam, incluindo àqueles que lhe prestaram atendimento, principalmente profissionais da saúde. Entre esses, os socorristas que se constituem, geralmente, os primeiros profissionais a entrarem em contato com as vítimas em eventos traumáticos, sejam eles de origens naturais ou não, são especialmente susceptíveis (SCHAEFER; LOBO; KRISTENSEN, 2012).

Dados mostram que, nos Estados Unidos, o risco para se manifestar TEPT ao longo da vida aos 75 anos de idade é de 8,7%; a prevalência em 12 meses entre adultos norte-americanos é de cerca de 3,5%. Na Europa e na maioria dos países asiáticos, africanos e latinos, são encontradas estimativas menores, em torno de 0,5 a 1,0%. Em que pese o fato de grupos distintos apresentarem níveis diferentes de exposição a eventos traumáticos, a probabilidade de desenvolver TEPT após um nível semelhante de exposição também pode variar entre os grupos culturais (BRASIL, 2014).

Diante de um evento traumático, os profissionais de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) – tais como: policiais, bombeiros, profissionais da área da saúde e os socorristas – costumam se apresentar como os primeiros profissionais a atenderem a vítima. Acidentes de trânsito, violência de toda ordem, incluindo os naturais e os provocados pela ação do homem, aumento das doenças crônicas configuram um cenário que exige pronto atendimento para se evitar a aceleração da morbidade e mortalidade da população (LÚCIO; TORRES; GUSMÃO, 2013). Os profissionais que atuam no cuidado ao outro de forma emergencial têm que tomar

decisões sobre forte estresse e, por isso, estão bastante suscetíveis ao desgaste psíquico e ao adoecimento decorrente da vida ocupacional – o que acarreta prejuízos à própria sua saúde e à qualidade da assistência prestada aos pacientes (MARTINS; GONÇALVES, 2019).

Em pesquisa realizada entre 2001 e 2005 com 1074 bombeiros, Schaefer, Lobo e Kristensen (2012) demonstraram que 9,8 a 10,6% deles satisfizeram critérios para um elevado risco de desenvolver TEPT. Por outro lado, em um recorte feito com 234 trabalhadores em ambulâncias no Brasil, 5,6% preenchem critérios diagnósticos para o TEPT e 15% apresentavam sintomas desse transtorno; logo, não se devem subestimar a possibilidade de diagnósticos psicológicos e psiquiátricos, a par dos danos físicos visualmente perceptíveis.

Assim, verifica-se uma carga de estresse excessiva entre os profissionais que trabalham na linha de frente dos serviços de atendimento de urgência, cujo objetivo principal é prestar os primeiros socorros ou APH às vítimas das mais variadas ocorrências - devido ao tipo de atividade exercida. Em muitos profissionais há o desenvolvimento de problemas como ansiedade, fobias, abuso de drogas e álcool ou ainda transtornos mais severos como o TEPT (ALMONDES, SALES, MEIRA, 2016).

A preservação da inteligência emocional está amplamente associada ao funcionamento interpessoal, social e profissional do indivíduo. Quando ela é desestruturada, afeta tanto a própria pessoa, que já não se desenvolve seus afazeres como antigamente, quanto também a família e demais pessoas que têm contato direto com esse indivíduo, causando tanto implicações financeira como sociais e ainda, pessoais (BERNARDES *et al.*, 2018).

De acordo com as implicações mencionadas, este estudo se justifica pela análise de fatores possivelmente relacionados ao TEPT e seus sintomas em profissionais que atuam no APH móvel no município de Três Lagoas – MS, além de servir como subsídio de informações, para pessoas leigas e da área da saúde, sobre a caracterização e incidência de sintomas associados ao transtorno em profissionais da linha de frente de serviços de urgência.

Embora a resiliência seja uma qualidade humana de superar as dificuldades diárias, se adaptando às adversidades e procurando meios de superação frente às tragédias que acontecem, pode se tornar complexo suportar a carga de estresse que os socorristas e demais profissionais que desempenham as atividades em serviços de urgência vivenciam diariamente. Com base nisso, esse estudo foi norteado pela pergunta: qual a prevalência de sintomas do TEPT e fatores associados em profissionais de um serviço de APH móvel no município de Três Lagoas – MS?

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

No ano de 2000 foi implantado, no Brasil, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências e regulamentado, *a priori*, pela Portaria nº 2.048/GM de 2002, que definiu sua estruturação. A partir de 2011, foi instituída a Rede de Urgência e Emergência, priorizando-se a integração entre os componentes da atenção às urgências e o investimento menos fragmentado em componentes individuais da política APH (KONDER *et al.*, 2017).

A rede de atendimento de urgência e emergência é executada pelo governo federal em parceria com estados, municípios e empresas privadas. Ela foi idealizada de forma integrada, colocando à disposição da população serviços mais próximos de sua residência, por meio da assistência prestada pelos profissionais, por exemplo, que fazem parte do SAMU (BRASIL, 2002).

O serviço do SAMU é constituído pelas viaturas, classificadas como Unidade de Suporte Básico (USB) ou Unidade de Suporte Avançado (USA), por uma Central de Regulação Médica – que atende pelo número ‘192’ – e uma base que fornece suporte às equipes das ambulâncias (ARAUJO, 2013).

Os serviços de APH realizado pelo SAMU têm como objetivo a redução do número de mortes e as sequelas decorrentes da falta de socorro imediato (ARAUJO, 2017), minimizando as sequelas secundárias devido ao atendimento inadequado às situações de urgência no ambiente extra-hospitalar (ARAUJO, 2013).

O APH envolve atividades caracterizadas como profissão de risco, tanto físico quanto psicossocial, na qual ocorre um desequilíbrio entre as exigências que o trabalho impõe e os recursos físicos e mentais que os trabalhadores têm disponíveis para lidar com elas. Com o passar do tempo e o estresse acumulado pelas atividades de atendimento aos mais diversos tipos de acidentes e incidentes, diversas consequências são impostas à saúde mental do trabalhador de APH, tais como alterações no comportamento, sofrimento, adoecimento, e no âmbito da saúde laboral, o absenteísmo e mesmo a queda de produtividade observada no presenteísmo (ARAUJO, 2017; JOBE, GILLESPIE, SCHWYTZER, 2021; KYRON *et al.*, 2022).

Segundo Almondes *et al.* (2016), a exposição a uma chamada de urgência/emergência e o ambiente que exige tomadas de decisões rápidas e requer bastante experiência podem ser fatores estressores significativos impostos para os profissionais envolvidos, podendo desencadear várias formas de transtornos psicossociais, dentre eles o TEPT.

2.2. Definição e causas de TEPT

Define-se TEPT como um quadro psiquiátrico caracterizado pelo surgimento de sintomas típicos após a exposição a um evento traumático, que pode ocorrer de forma direta ou indireta (testemunhado). Seu desenvolvimento é condicionado por influências ambientais, caracterizada pela ocorrência do evento traumático (COSTA, 2017). Sua presença prejudica, de maneira ampla e geral, a vida social e profissional, além da saúde física e emocional, reduzindo a qualidade de vida do profissional (GADINI, JUNIOR, FEIJÓ, 2018).

Conforme a quinta edição revisada do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; DSM-5-TR; AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2022), esse transtorno tem etiologia relacionada à exposição direta ou indireta a eventos de ordem traumática, com sintomas classificados de acordo com quatro dimensões: revivescência (memória recorrente ou sonho sobre o trauma vivenciado), esquiva (evitar gatilhos que lembrem o trauma vivenciado), alterações negativas na cognição/humor (não recordar detalhes dos fatos e/ou desenvolver formas negativas de pensamento) e excitabilidade aumentada (estar em alerta constante ou ataques de raiva) (BARRETO *et al.*, 2015). O transtorno pode acompanhar um espectro amplo de sintomas, incluindo *flashbacks* e pesadelos associados ao evento, raiva, ansiedade, irritabilidade e comprometimento da concentração, além de poder causar alterações do sono, ataques de pânico, hipervigilância e uma resposta de sobressalto exagerada (hiperexcitação) (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2022).

Fisicamente, a pessoa acometida pelo TEPT pode desenvolver hiperatividade do sistema nervoso autônomo simpático, com consequências somáticas que incluem sudorese excessiva, tremores e taquicardia, além da sobreposição com sintomas e comorbidades psiquiátricas, como a depressão e transtornos de ansiedade (FREITAS, 2017a).

O TEPT subdivide-se em fase pré-traumática, na qual o indivíduo já carrega consigo traumas anteriores ao fator estressante atual (predisposição ambiental), fase peritraumática, trauma atual (que proporciona percepção de risco à vida própria ou de terceiros) e fator pós-traumático, relacionado à percepção de apoio social e psicológico que o indivíduo recebe após o trauma vivido e capacidade de resiliência (FORTES, MAIA, KRISTENSEN, 2018).

Estima-se que a prevalência vitalícia do TEPT seja de 7,8% na população mundial, embora as estimativas para populações específicas (“em risco”) possam ser mais altas (CAVALCANTE *et al.*, 2010). Para Lima *et al.* (2015), a prevalência de TEPT em profissionais que desempenham funções na linha de frente no APH foi estimada em 18%. A natureza da

ocupação faz com que socorristas de emergência sejam incluído em um grupo diferenciado mais vulnerável. Estimativas de prevalência de TEPT nesses profissionais foram estimadas em torno de 20%, com ocorrência de sintomas psiquiátricos variando entre 20% a 60% (LIMA; ASSUNÇÃO, 2011).

2.3. Sintomatologia e diagnóstico de TEPT

Para o diagnóstico, é aconselhável analisar a duração dos sintomas (mínimo de 30 dias, a fim de diferenciar de respostas agudas ao estresse) e tentar identificar possíveis prejuízos no funcionamento psicossocial (LIMA *et al.*, 2015). De acordo com Borges, Cerqueira e Bedim (2019), para que haja diagnóstico de TEPT, existe a necessidade de avaliar os eventos pré-existentes (fatores psicossociais e biológicos) e após o trauma, observando ainda a existência de um nível elevado de pavor e medo sobre o trauma.

Para Freitas (2017a), o início dos sintomas pode acontecer entre um a três meses após o evento traumático, ou mesmo após vários anos, dependendo muito de como o indivíduo consegue lidar com as emoções e estresse do dia-a-dia. Contudo, o DSM-5-TR estabelece a permanência mínima de sintomas por um mês para diagnóstico provável de TEPT (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2022). Ainda segundo esse manual, para o estabelecimento de um diagnóstico positivo para TEPT, deve-se levar em consideração alguns critérios elencados no **Quadro 1**.

Quadro 1. Critérios diagnósticos para o TEPT em maiores de 6 anos de acordo com o DSM-5-TR.

CRITÉRIO A	Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vivenciar diretamente o evento traumático; 2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas; 3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental; 4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil). <p>Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.</p>
CRITÉRIO B	Presença sintomas intrusivos (um ou mais, necessariamente associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência):
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático. Nota: Em crianças acima de 6 anos de idade, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos; 2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático. Nota: Em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável; 3. Reações dissociativas (ex., <i>flashbacks</i>) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. Nota: Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira; 4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.
CRITÉRIO C	Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a

	ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático; 2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.
CRITÉRIO D	Alterações negativas em cognição e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas); 2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “Sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”, “O mundo é perigoso”, “Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”). Crenças distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros; 3. Estado emocional negativo persistente (ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha); 4. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas; 5. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros; 6. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).
CRITÉRIO E	Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos; 2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo; 3. Hipervigilância; 4. Resposta de sobressalto exagerada; 5. Problemas de concentração; 6. Perturbação do sono (ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).
CRITÉRIO F	A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.
CRITÉRIO G	A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo
CRITÉRIO H	A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Fonte: Tradução livre de AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2022.

Outro fator importante a ser observado é a forma como o indivíduo administra o estresse diário: por exemplo, uma pessoa com sintomatologia severa para TEPT pode, por um lado, não conseguir experimentar e exteriorizar emoções negativas (raiva, medo, tristeza) ou positivas (alegria, amor, satisfação) ou expressar de modo intenso emoções como vergonha ou culpa do fato ocorrido. Ou seja, o indivíduo acumula prejuízos na capacidade de regulação emocional (FORTES, MAIA, KRISTENSEN, 2018).

Existem também fatores neurobiológicos associados ao transtorno, representados por alterações neuroanatômicas observadas por exames de neuroimagem, sendo possível detectar anormalidades, atrofia e padrões alterados de atividade nervosa, com impacto claro no desenvolvimento neuronal e perda de controle refinado de funções cognitivas e emocionais (FREITAS, 2017a). Entre as principais alterações, citam-se a redução de hipocampo (região associada à formação de memórias declarativas), diminuição das atividades do córtex pré-

frontal (local de manutenção de memórias de longo prazo e controle comportamental) e da amígdala (responsável pelas associações entre as memórias e as emoções e refinamento de respostas ao estresse). Essas diferenças encontradas no cérebro podem ser as responsáveis pela desregulação emocional, dificuldade de enfrentamento das situações e ao sentimento de medo exacerbado (BORGES, CERQUEIRA, BEDIM, 2019). Contudo, essas alterações ainda não são utilizadas como critérios para o diagnóstico do TEPT, que ainda requer a padronização de biomarcadores mais adequados (MICHOPoulos, NORRHOLM, JOVANOVIC, 2015).

Freitas (2017a) observa que no ato da anamnese e diagnóstico de TEPT existe a necessidade da consideração de doenças associadas que podem acompanhar o quadro clínico ou dificultar diagnóstico, como por exemplo, epilepsia, transtornos de abuso de substâncias (especialmente álcool) e outros transtornos psiquiátricos, como personalidade *borderline*.

Vale ressaltar que a maioria das pessoas consegue lidar bem com as adversidades diárias e eventos traumáticos, sugerindo que a capacidade de “resistência emocional”, de forma geral, é elevada, justificando a incidência baixa de TEPT entre todas as vítimas que passaram ou testemunharam eventos traumáticos. Isso indica que a capacidade de se defender de fatores externos e internos e a resiliência emocional podem ser decisivos no risco de desenvolvimento de TEPT (NASCIMENTO, 2020).

2.4. Formas de prevenção e tratamento de TEPT

Devido às várias situações traumáticas que os indivíduos atuantes na APH vivenciam diariamente, citar qualquer forma de prevenção é bastante complicado. No entanto, conviver com os fatos que acontecem é possível com algumas medidas e ações perfeitamente cabíveis, desenvolvendo hábitos como a prática de algum tipo de esporte ou mesmo exercícios físicos, ou ainda a meditação, cuja finalidade é a estimulação diferencial do cérebro. Outras formas de relaxamento, como citam Borges, Cerqueira e Bedim (2019), englobam técnicas de relaxamento, uma dieta equilibrada, bom ambiente de serviço e familiar, que ajudam imensamente.

Procurar ajuda pode ser uma maneira importante de reduzir o risco de desenvolver o TEPT como resultado de múltiplos eventos traumáticos. Há uma série de tratamentos disponíveis e com eficácia variável, desde abordagens psicoterápicas (especialmente terapia cognitivo-comportamental) até medicamentos (principalmente antidepressivos), para ajudar a superar o impacto de um evento traumático. Independentemente de fazer um tratamento adequado, menos de 60% desses pacientes têm uma resposta satisfatória a medicamentos e

menos de 30% consegue chegar à cura, de fato. Portanto, existe a necessidade de novas formas de tratamento com maior eficiência (GRASSER, JAVANBAKHT, 2019).

Por outro lado, uma das principais preocupações dos que procuram tratamento para TEPT é a possibilidade de serem responsabilizados pelo transtorno, devido à sua “fraqueza pessoal” (culpabilização da vítima). Além disso, eles acreditam que o reconhecimento de doenças mentais pode ser uma ameaça potencial para suas carreiras, especialmente em profissões na área da saúde. O estigma e os obstáculos percebidos, como a falta de conhecimento sobre o TEPT ou as vias de tratamento, e a carga financeira ou de tempo, foram relatados como barreiras ao tratamento da saúde mental. Esse estigma pode ter influências prejudiciais tanto na reputação quanto na carreira de um indivíduo e, portanto, impede que os profissionais busquem tratamento de saúde mental. Em particular, é uma preocupação maior especialmente em ocupações dominadas por homens socorristas, do que em outras populações (COSTA *et al.*, 2012; KÖHLER *et al.*, 2018; KAISER, HANSCHMIDT, KERSTING, 2020).

Considerando a prevenção do TEPT e diagnóstico precoce como estratégias importantes na redução do impacto desse transtorno nas esferas de saúde, sociais e laborais, é imprescindível o conhecimento da sua prevalência em contextos específicos, especialmente os mais vulneráveis. Por isso, esta pesquisa buscou caracterizar a prevalência de sintomas associados ao TEPT e avaliação de possíveis fatores de risco associados em profissionais de APH do município de Três Lagoas – MS.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Contextualizar o panorama atual relacionado à prevalência de sintomas e fatores associados ao Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT) em profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Três Lagoas – MS.

3.2. Objetivos específicos

- Avaliar a frequência e severidade de sintomas associados ao TEPT nesses profissionais, permitindo a composição de grupos heterogêneos quanto ao risco de desenvolvimento desse transtorno;
- Caracterizar a amostra avaliada quanto aos aspectos sociodemográficos e laborais e analisar a relação entre esses parâmetros e a sintomatologia do TEPT;
- Avaliar a ocorrência de eventos traumáticos e os fatores psicossociais associados ao risco para o desenvolvimento do TEPT;
- Avaliar os principais sinais e sintomas sugestivos de TEPT e/ou que possam ser consequência direta deste transtorno nos participantes;
- Descrever, na perspectiva dos profissionais participantes, os eventos traumáticos vivenciados durante a atuação profissional no SAMU e particularidades do estresse nas atividades laborais.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória e descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, que utilizou dados primários coletados por meio de um questionário semiestruturado e uma escala psicométrica já validada aplicados aos profissionais participantes.

4.2. Cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa foi o Município de Três Lagoas (MS), especificamente no SAMU, o qual apresenta profissionais que são regularmente confrontados com eventos traumáticos devido à natureza do seu trabalho. Criado em 29 de junho de 2008, esta unidade do SAMU atende à população do município de Três Lagoas e também de seus distritos Arapuá e Garcia. O município de Três Lagoas apresentou, em 2021, uma população estimada em 125.137 habitantes, sendo o terceiro maior município do estado de Mato Grosso do Sul (IBGE, 2019), localizado em sua borda leste.

O SAMU local conta com dois tipos de ambulâncias: a USA (tripulada por condutor socorrista, enfermeiro e médico) e a USB (tripulada por condutor socorrista e técnico de enfermagem). Cada viatura dispõe de equipamentos específicos para a gravidade da ocorrência a ser atendida e será liberada pelo médico de acordo com a sua regulação. Sua complexidade reside na necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas, de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica ou outras.

Nesses anos de existência, o SAMU de Três Lagoas registrou o recebimento de 165.002 ligações e realizou 109.178 atendimentos regulados. No ano de 2019, foram 15.398 e em 2020 foram 13.198 chamados, conforme **Tabela 1**.

Tabela 1. Estatística geral do SAMU, de 2019 a 2020, no município de Três Lagoas – MS.

Natureza da ligação	2019	2020
Saída da USB	5821	5926
Trote	3499	1075
Orientação	2606	2656
Informação	2383	2304
Saída USA	1079	1232
Trote Consumado	10	5
Total	15.398	13.198

Fonte: Dados da pesquisa, obtidos junto à direção do SAMU (2021).

Segundo dados da coordenação do SAMU de Três Lagoas/MS, após avaliação do perfil epidemiológico das ocorrências atendidas, evidencia-se que os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência no município estão relacionados a ocorrências de violências e acidentes de trânsito, seguidas de urgências clínicas e psiquiátricas (**Tabela 2**).

Tabela 2. Natureza do chamado para o SAMU, de 2019 a 2020, no município de Três Lagoas –MS.

Estatística geral da natureza do chamado – SAMU	2019	2020
Clínico	2755	3235
Transferências	1633	1595
Trânsito	940	791
Trauma/Animais	386	383
Gineco/Obstétrico	240	249
Óbitos	173	179
Psiquiátrico	113	96
Queda de bicicleta	105	63
Pediátrico	86	85
Causas externas	75	77
Etilismo	70	93
Agressão	65	113
Queda de altura	54	43
Bombeiros	43	25
Ferimento por arma branca	31	44
Trânsito/Etilismo	23	22
Queimadura	23	7
Acidentes esportivos	10	1
Ferimento por arma de fogo	9	4
Acidentes de trabalho	9	8
Outros	5	21
Dependência química	3	9
Queda de bicicleta elétrica	2	0
Total	6853	7143

Fonte: Dados da pesquisa, obtidos junto à direção do SAMU (2021).

4.3. População do estudo

Durante o período de coleta de dados, o serviço era composto por 86 profissionais de APH (população total), atuantes em diversas categorias/profissões (motoristas, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos etc.), conforme descrito na **Tabela 3**.

Tabela 3. Efetivo de servidores do SAMU no período da pesquisa no município de Três Lagoas – MS.

Categoria / Profissão	Quantidade
Médico Regulador Intervencionista	19
Condutor / Socorrista	17
Enfermeiro Intervencionista	17
Técnico Atendente de Regulação Médica	10
Técnico de Enfermagem	10
Rádio Operador	8
Coordenadores	3
Técnico Administrativo	2
Total	86

Fonte: Dados da pesquisa, obtidos junto à direção do SAMU (2021).

Todos os profissionais foram notificados sobre o escopo da pesquisa digitalmente, por e-mail, com objetivo de aumentar, ao máximo, a abrangência da coleta de dados para compor o universo amostral. A escolha desse meio de comunicação foi resultado da pandemia vigente, que reduziu a presença de todos os profissionais no ambiente de trabalho de forma concomitante. No entanto, os profissionais também foram abordados pessoalmente em diversas situações, justamente para maximizar a coleta de dados. Foram incluídos todos os profissionais que atuavam no SAMU, de forma direta ou indireta. Como critério de exclusão, menciona-se profissionais que se encontravam afastados do trabalho (gestação ou questões de saúde) ou de férias.

Ao final do período de coleta de dados, 56 profissionais participaram da pesquisa (amostra total), totalizando 65,1% de cobertura entre o quadro de profissionais do SAMU – Três Lagoas/MS; 28 profissionais não foram localizados, por estarem afastados ou de férias (32,6%) e 02 se recusaram a participar (2,3%). Para mais detalhes sobre a composição da amostra avaliada, veja a **Figura 1** (apresentada adiante, página 30).

4.4. Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu entre 24 de novembro de 2020 e 4 de janeiro de 2021, e foi realizada por meio da aplicação de escala psicométrica e questionário semiestruturado. Sua aplicação ocorreu, preferencialmente, no local de trabalho do profissional durante o período de plantão, embora os participantes tivessem liberdade para executar o preenchimento individualmente, após orientação pela pesquisadora, com entrega realizada posteriormente. Os pesquisadores não entrevistaram ou influenciaram nas respostas, sendo os instrumentos

autoaplicados. Como o serviço de APH avaliado permaneceu em funcionamento regular durante o momento de pandemia pela COVID-19, que transpassou o período de coleta, a aplicação dos questionários aconteceu de forma presencial, individualmente, seguindo todas as normas propostas de biossegurança para assegurar menor exposição ao risco dos participantes e também dos pesquisadores envolvidos.

Foi utilizado o instrumento “*Checklist para Transtorno de Estresse Pós-Traumático*” (ANEXO I) para rastreio e avaliação de sintomas associados à doença, já validado e adaptado no contexto brasileiro (OSÓRIO *et al.*, 2017), conhecido como PCL-5 (PCL, do inglês ‘*Posttraumatic Stress Disorder CheckList*’). Ele contém 20 itens que abordam as quatro dimensões dos sintomas que a doença apresenta, descritos no DMS-5, denominadas “*clusters*”: o **cluster A** (itens 1 a 5) se refere aos sintomas de intrusão; o **cluster B** (itens 6 e 7) se refere à evitação; o **cluster C** (itens 8 a 14) se refere a alterações negativas na cognição e humor, e; o **cluster D** (itens 15 a 20) se refere a aspectos de excitabilidade e irritabilidade. O preenchimento é realizado pelo participante, que utiliza uma escala de Likert de 5 dimensões, pontuada de 0 (absolutamente nada) a 4 (extremamente), de acordo com a ocorrência e intensidade dos sintomas experimentados (WEATHERS *et al.*, 2013).

Esse instrumento pode ser interpretado de formas distintas: (a) **escore total** de gravidade (escore geral de 0 a 80 após a soma de todas as pontuações), com notas de corte ≥ 30 como indicativo de TEPT provável, embora esse limiar possa ser variável em populações diferentes; b) **escore de gravidade de cada cluster**, individualmente, sendo que um diagnóstico provisório de TEPT pode ser atribuído, seguindo os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5, quando um número mínimo de itens pontuados com 2 (moderadamente) compõe a resposta do participante: 1 item para *cluster B*; 1 item para *cluster C*; 2 itens para *cluster D*, e; 2 itens para *cluster E* (WEATHERS *et al.*, 2013). Ambas as formas de interpretação foram utilizadas em momentos distintos da análise de resultados.

O questionário semiestruturado foi elaborado pelos autores após revisão da literatura e estabelecimento dos principais fatores potencialmente relacionados ao TEPT e seus sintomas na população avaliada. Ele contemplou variáveis socioeconômicas, demográficas, laborais, traumáticas e comportamentais (APÊNDICE I). Em relação aos aspectos socioeconômicos e demográficos, os participantes foram avaliados quanto ao sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade e renda. Aspectos laborais incluíam questões acerca do tempo de trabalho, carga horária semanal, tipo de trabalho etc. Em relação aos dados sobre os eventos traumáticos, foram aplicadas questões relacionadas ao(s) evento(s) traumático(s) ao qual(is) os participantes vivenciaram durante o trabalho. As variáveis comportamentais referem-se à mudança de

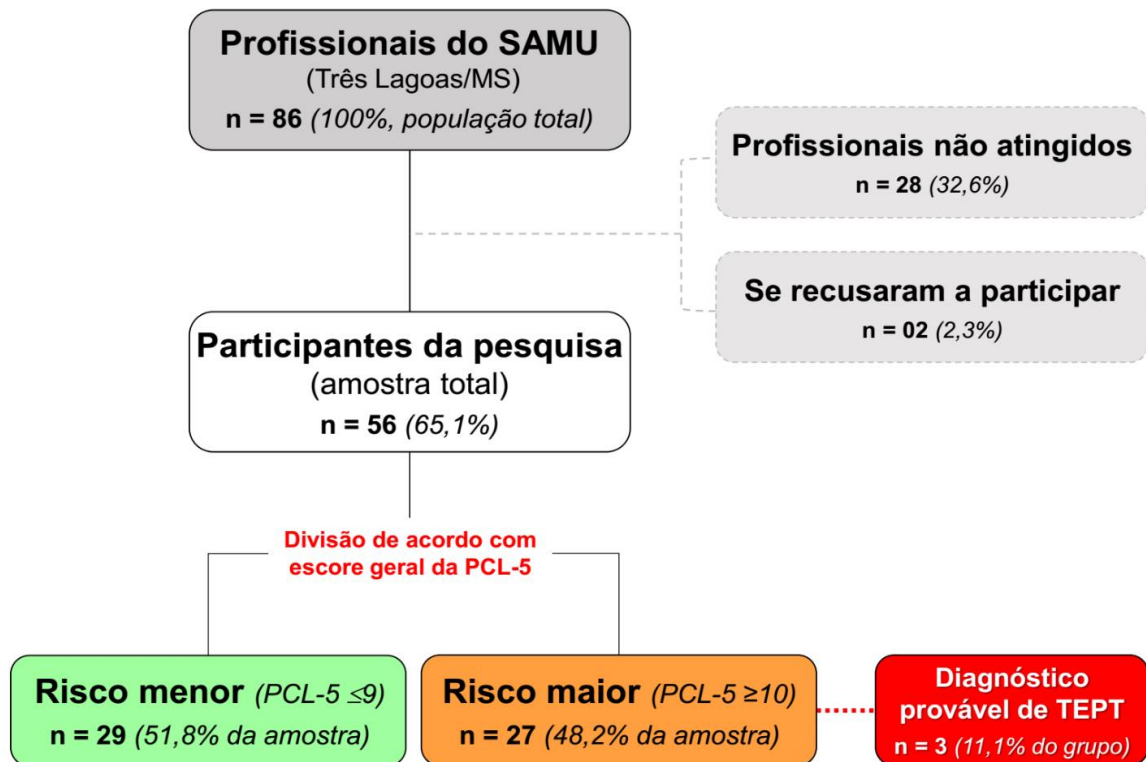
comportamento, uso de fármacos ou substâncias psicoativas e perturbações emocionais. Os aspectos sociodemográficos e laborais foram acessados por questões de múltipla escolha. Os aspectos traumáticos e comportamentais foram acessados por questões do tipo sim/não, com possibilidade de respostas discursivas subsequentes (preenchimento facultativo) que permitissem a descrição da vivência dos eventos traumáticos durante atuação profissional no SAMU.

Como procedimento técnico-metodológico na análise das respostas às perguntas discursivas e na categorização, foram aplicadas a análise de conteúdo e a análise semântica. A análise de conteúdo é interpretativa de textos: é decomposto o discurso e, em seguida, reconstruído de forma racional em uma ideia central. É um procedimento sistemático reducionista que permite identificar e dimensionar um atributo. A análise semântica avalia e decodifica os significados de palavras, frases, sinais e símbolos, e os incorpora em categorias (CARLOMAGNO, ROCHA, 2016; HENKEL, 2017).

A amostra total de participantes (n=56) foi dividida em 2 grupos distintos, de acordo com o escore geral obtido pela PCL-5, inferindo *risco relativo de TEPT*, associado à frequência e severidade de sintomas associados ao transtorno. Como o ponto de corte para diagnóstico provável de TEPT é 30, com prevalência baixa na população (WEATHERS *et al.*, 2013), a divisão de grupos foi realizada por dicotomização da amostra, utilizando a mediana de escores obtidos (PCL-5=9) como corte. Indivíduos escore total ≤ 9 foram incluídos no grupo “*risco menor*” (n=29), que incluiu participantes com escores gerais compreendidos entre 0 e 9, ou seja, indivíduos com menor probabilidade de diagnóstico de TEPT (menor prevalência e/ou severidade de sintomas); indivíduos com escore total ≥ 10 (n=27) foram incluídos no grupo “*risco maior*”, que inclui indivíduos com maior probabilidade de rastreamento e classificação como diagnóstico de TEPT.

Ressalta-se, contudo, que o grupo de risco maior não foi composto exclusivamente por pacientes com diagnóstico provável de TEPT: entre eles, 3 participantes apresentaram diagnóstico provável de TEPT, dos quais 2 apresentaram escore total maior que 30 (participante 29, PCL-5=38; participante 40, PCL-5=39) e 1 apresentou severidade de sintomas mínimos preconizados pelo DSM-5-TR (participante 52, mesmo com PCL-5=23). Nenhum participante do grupo de risco menor se enquadrava nessa situação. Com base nisso, a prevalência de casos prováveis de TEPT na amostra avaliada foi de 5,3% (3/56). Uma visão geral do recrutamento dos participantes pode ser observada na **Figura 1**.

Figura 1. Composição da amostra total de profissionais do SAMU e subgrupos divididos de acordo com o escore da PCL-5, no município de Três Lagoas – MS, 2022.



Legenda: O recrutamento de participantes teve cobertura de aproximadamente 65% da população total de profissionais do SAMU – Três Lagoas/MS. A partir da amostra total (n=56), foram subdivididos 2 grupos, com base no escore total no PCL-5: o grupo de risco menor (n=29; escores da PCL-5 entre 0 e 9, compreendendo 51,8% da amostra) e maior (n=27; escores da PCL-5 maiores ou iguais a 10, compreendendo 48,2% da amostra). Entre os participantes do grupo de risco maior, 3 participantes (11,1% do grupo) apresentaram critérios suficientes para diagnóstico provável de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Fonte: dados da pesquisa, 2022.

4.5. Análise dos dados

As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa da amostra total e subgrupos. Para a avaliação da distribuição da amostra nos parâmetros avaliados, foi utilizado o teste de *Qui*-quadrado de aderência (*goodnes of fitness*) para determinar diferenças quanto às frequências esperadas. Adicionalmente, foi adotada a análise de frequências com o teste de *Qui*-quadrado de *Pearson* (χ^2), possibilitando a avaliação de independência dos parâmetros. Alternativamente, o teste exato de Fisher (TEF) foi adotado para análise paramétrica quando ao menos uma das células da tabela de contingência 2x2 apresentasse frequência ≤ 5 .

O tamanho de efeito, medida associada à mensuração das diferenças entre os grupos, foi descrito como *Phi*/ ϕ (df=1; tabelas de contingência 2x2) ou V de Cramér (df>1; tabelas de contingência que excedam 2x2), variando de 0 a 1. Em geral, índices mais próximos a 1 indicam

maior tamanho de efeito, embora existam variações de interpretação de acordo com o perfil dos dados avaliados (**Tabela 4**).

Tabela 4. Interpretação do tamanho de efeito para o teste de *Qui*-quadrado.

Grau de liberdade (df)	Tamanho de efeito (ϕ/V)		
	Pequeno	Médio	Grande
1	0,10	0,30	0,50
2	0,07	0,21	0,35
3	0,06	0,17	0,29
4	0,05	0,15	0,25
5	0,04	0,13	0,22

Fonte: adaptado de KIM, 2017.

Foram aplicados modelos de regressão logística binomial univariados, com cálculo da razão de probabilidade não-ajustada (*Odds ratio*; OR) como medida adicional de probabilidade de ocorrência, associada ao intervalo de confiança (IC) de 95% das medidas. Essas medidas tem valor adicional de probabilidade frente à dependência estabelecida previamente, por análises de frequência.

Os dados contínuos que não apresentaram distribuição normal (escores da PCL-5 e idade) foram analisados pelo teste de Mann-Whitney (grupos independentes) e foram representados com média \pm erro padrão da média (EPM), como medida de dispersão.

As questões discursivas associadas aos aspectos traumáticos e comportamentais foram categorizadas quanto ao conteúdo (de forma não mutuamente exclusiva) para realização de análise descritiva simples, pelo fato de não serem questões de preenchimento obrigatório e, conseqüentemente, apresentarem um número reduzido de respostas documentadas. Situações com tamanho amostral muito reduzido ($n < 5$) ou constância entre os respondentes tiveram descrição textual, com omissão de tabelas ou gráficos representativos.

Para todas as abordagens estatísticas adotadas, foi estabelecida significância frente a $p < 0,05$ (bicaudal). Para a realização das análises, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) 25.0 (IBM Corp., EUA) e os gráficos foram elaborados com uso do *software* GraphPad Prism® 9.0 (GraphPad Software, EUA).

4.6. Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e aprovado (CAAE 28449620.7.0000.0021, parecer

4.216.396; ANEXO II), com início da coleta de dados posterior a esse processo. O processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizado em duas etapas, conforme Resolução Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde CNS/MS 466/2012 (CNS, 2012).

Antes de iniciar a coleta de dados, os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, riscos, benefícios e métodos a serem empregados de forma verbal e individual, em sala privativa, a fim de preservar o participante. Posteriormente, foram obtidas as assinaturas do TCLE (APÊNDICE II), que foi elaborado em duas vias, sendo uma delas assinada pelos pesquisadores e entregue ao participante, e a outra assinada pelo participante e devolvida aos pesquisadores.

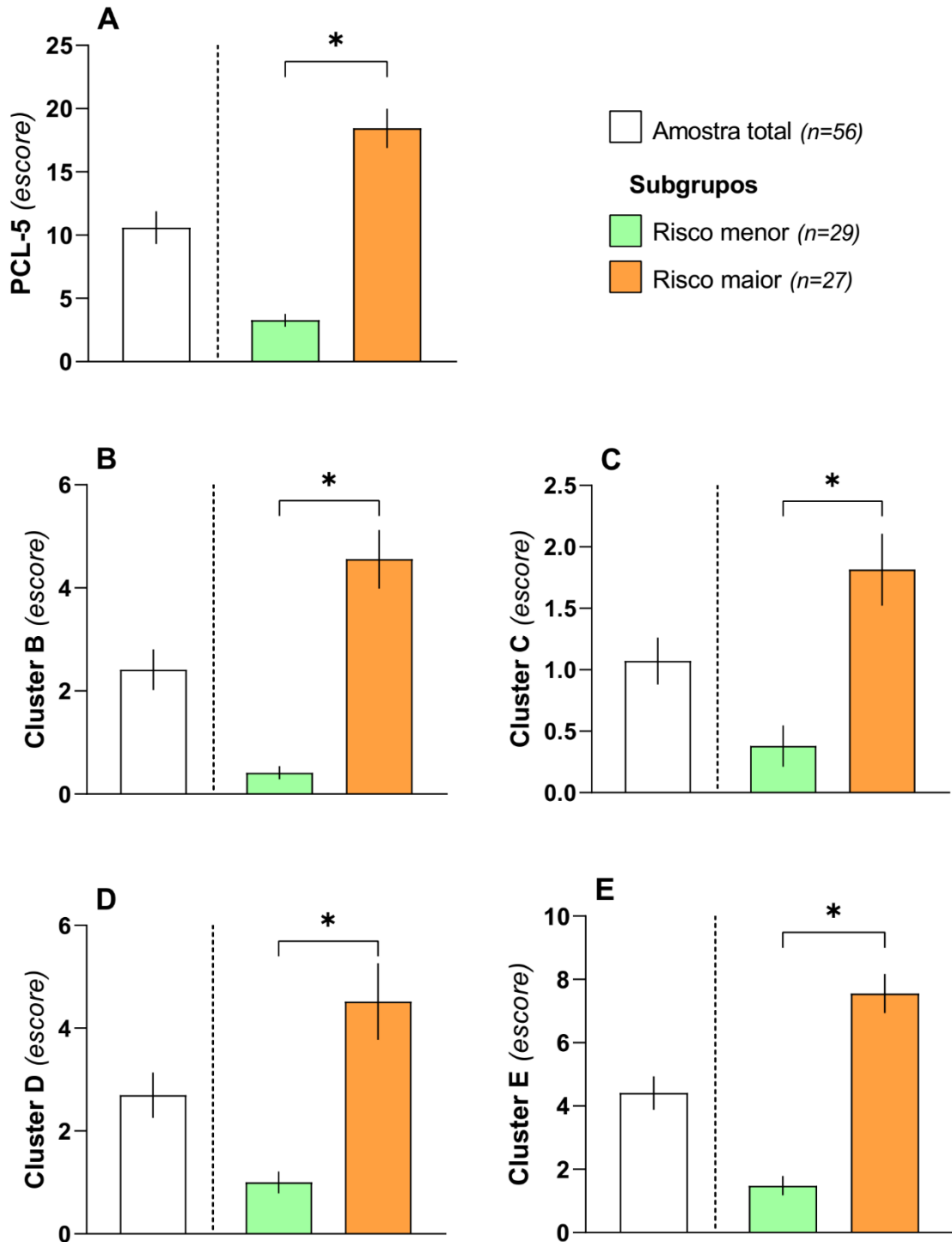
Entre os riscos antecipados, foi listada a possibilidade de constrangimento ou desconforto por parte dos participantes ao responder as questões da pesquisa. De fato, um dos profissionais se recusou a participar por não se sentir confortável em acessar memórias traumáticas antigas relacionadas ao exercício profissional e relatou à pesquisadora o acompanhamento psiquiátrico anterior, possivelmente associado ao TEPT.

5. RESULTADOS

5.1. Composição dos grupos com base no escore total da PCL-5

Após a dicotomização da amostra e criação de subgrupos de risco maior e menor, eles foram comparados entre si quanto aos escores do PCL-5, a fim de caracterizar as subpopulações e inferir a eficiência em dividir a amostra total de forma heterogênea. Para o escore geral do PCL-5, o teste de Mann-Whitney indicou diferença significativa entre os grupos ($U = 0,0, p = 0,0000001$), confirmando a diferença entre os subgrupos avaliados (**figura 2A**). Adicionalmente, diferenças significativas também foram observadas quanto aos escores obtidos nos *clusters* B ($U = 56, p = 0,0000001$), C ($U = 132, p = 0,00002$), D ($U = 123, p = 0,00001$) e E ($U = 24, p = 0,0000001$), como demonstrado nas **figuras 2B-E**. Em conjunto, esses resultados estabelecem o perfil distinto dos subgrupos quanto à presença e severidade de sintomas associados ao TEPT.

Figura 2. Escores da PCL-5 (total e *clusters* específicos) avaliados na amostra de profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022.



Legenda: A partir da amostra total (n=56), foram subdivididos 2 grupos, com base no escore total no PCL-5: o grupo de risco menor (n=29; escores da PCL-5 entre 0 e 9) e maior (n=27; escores da PCL-5 maiores ou iguais a 10). Os gráficos representam os escores obtidos na escala PCL-5 (A) e *clusters* específicos, associados a intrusão (B), evitação (C), alterações negativas em cognição e humor (D) e excitabilidade e reatividade (E). Valores são expressos como média \pm EPM dos escores avaliados. * indica uma diferença significativa ($p < 0,05$), analisada pelo Teste de Mann-Whitney (grupos independentes). Fonte: dados da pesquisa, 2022.

5.2. Caracterização sociodemográfica

A avaliação de dados sociodemográficos (**Tabela 5**) evidenciou que a amostra avaliada é composta de forma significativa ($p < 0,05$) por participantes com média de 36,7 anos, casados (46,4%), com ensino superior completo (75%) e renda mensal maior que R\$2.400,00 (76,8%). Adicionalmente, a amostra tem uma tendência estatística de predomínio masculino (62,5%; $p = 0,06$). Ao comparar os grupos de risco variado ao TEPT entre si, não houve qualquer dependência dos parâmetros idade, gênero, estado civil e escolaridade quanto ao risco de TEPT, sendo possível considera-los homogêneos entre os grupos. No entanto, foi estabelecida a dependência da renda mensal dos participantes e o risco de TEPT, com probabilidade 4 vezes maior entre participantes com maior renda mensal em comporem o grupo de risco aumentado.

5.3. Caracterização laboral

A avaliação de dados laborais (**Tabela 6**) evidenciou que a amostra é composta de majoritariamente ($p < 0,05$) por profissionais com rotina de trabalho externa (69,6%) e em equipe (87,5%), sem ocupar cargos de chefia (91,1%). Quanto aos demais parâmetros, não há uma distribuição estatisticamente significativa entre as categorias avaliadas, embora exista um predomínio numérico de participantes com cargos de enfermeiros intervencionistas (21,4%) ou médicos intervencionistas e reguladores (19,6%), com rotina de trabalho de 40 horas semanais (55,4%) e tempo de carreira maior que 9 anos (37,5%). Ao comparar os grupos de risco variado ao TEPT entre si, não foi determinada a dependência entre os parâmetros avaliados, sendo possível considerar os grupos relativamente uniformes quanto às variáveis mensuradas.

Tabela 5. Caracterização sociodemográfica de profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022.

Parâmetros	Amostra total (n=56)	Análise por aderência	Subgrupos (de acordo com PCL-5)		Análise por subgrupos	OR não-ajustada (IC95%)
			Risco menor (n=29)	Risco maior (n=27)		
Idade (média ± EPM)	36,7 ± 0,9	-	37,6 ± 1,2	35,8 ± 1,2	U = 314, p = 0,20	-
Gênero						
Masculino	35 (62,5%)	$\chi^2_{(1)} = 3,5$, p = 0,06	16 (55,2%)	19 (70,4%)	$\chi^2_{(1)} = 0,80$, p = 0,37; $\phi = -0,16$	Ref. 0,5 (0,17 – 1,56), p = 0,24
Feminino	21 (37,5%)		13 (44,8%)	8 (29,6%)		
Estado civil						
Solteiro	19 (33,9%)	$\chi^2_{(3)} = 22,4$, *p = 0,0001	9 (31%)	10 (37%)	p = 0,20; V = 0,28	1,3 (0,39 – 4,24), p = 0,67 Ref. 0,2 (0,02 – 2,28), p = 0,21 4,6 (0,45 – 47,63), p = 0,19
Casado	26 (46,4%)		14 (48,3%)	12 (44,4%)		
Separado ou Divorciado	6 (10,7%)		5 (17,2%)	1 (3,7%)		
Amasiado	5 (8,9%)		1 (3,4%)	4 (14,8%)		
Escolaridade						
Fundamental Incompleto	1 (1,8%)	$\chi^2_{(4)} = 110,9$, *p = 0,0001	1 (3,4%)	0 (0%)	p = 0,32; V = 0,29	- - 0,5 (0,13 – 2,24), p = 0,40 - Ref.
Fundamental Completo	1 (1,8%)		1 (3,4%)	0 (0%)		
Médio Completo	10 (17,9%)		6 (20,7%)	4 (14,8%)		
Superior Incompleto	2 (3,6%)		2 (6,9%)	0 (0%)		
Superior Completo	42 (75%)		19 (65,5%)	23 (85,2%)		
Renda mensal (R\$)						
Até ou igual a 2.400,00	13 (23,2%)	$\chi^2_{(1)} = 16,1$, *p = 0,0001	10 (34,5%)	3 (11,1%)	$\chi^2_{(1)} = 4,28$, *p = 0,038; $\phi = 0,27$	Ref. 4,2 (1,01 – 17,48), *p = 0,048
Maior que 2.400,00	43 (76,8%)		19 (65,5%)	24 (88,9%)		

Valores são expressos como média ± EPM (idade) ou números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo (demais variáveis). * indica uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os subgrupos avaliados, analisada pelo Teste de Mann-Whitney (U) ou *Qui*-quadrado de Pearson (χ^2). OR: *Odds Ratio* ou razão de probabilidade. IC: Intervalo de confiança. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes. Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Tabela 6. Caracterização laboral de profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022.

Parâmetros	Amostra total (n=56)	Análise por aderência	Subgrupos (de acordo com PCL-5)		Análise por subgrupos	OR não-ajustada (IC95%)
			Risco menor (n=29)	Risco maior (n=27)		
Profissão/cargo						
Administrativo / Coordenação	3 (5,4%)		1 (3,4%)	2 (7,4%)		2,0 (0,14 – 28,41), $p = 0,61$
Rádio Operador de Frota	6 (10,7%)		5 (17,2%)	1 (3,7%)		0,2 (0,02 – 2,26), $p = 0,19$
Motoristas / Socorristas	8 (14,3%)		5 (17,2%)	3 (11,1%)		0,6 (0,09 – 3,72), $p = 0,58$
Enfermeiro Intervencionista	12 (21,4%)	$\chi^2_{(6)} = 6,75,$ $p = 0,34$	6 (20,7%)	6 (22,2%)	$\chi^2_{(6)} = 8,21,$ $p = 0,22; V = 0,38$	Ref.
Técnico de Enfermagem	8 (14,3%)		6 (20,7%)	2 (7,4%)		0,3 (0,04 – 2,36), $p = 0,27$
Técnico Atendimento de Regulação Médica	8 (14,3%)		3 (10,3%)	5 (18,5%)		1,6 (0,27 – 10,33), $p = 0,58$
Médicos Intervencionista e Reguladores	11 (19,6%)		3 (10,3%)	8 (29,6%)		2,6 (0,46 – 15,25), $p = 0,27$
Tipo de trabalho						
Interno/Administrativo	17 (30,4%)	$\chi^2_{(1)} = 8,64,$ *$p = 0,003$	9 (31%)	8 (29,6%)	$\chi^2_{(1)} = 0,03,$ $p = 0,86; \phi = 0,01$	Ref.
Externo/Rua	39 (69,6%)		20 (69%)	19 (70,4%)		1,1 (0,34 – 3,34), $p = 0,90$
Carga horária semanal (h)						
$X \leq 40$	25 (44,6%)	$\chi^2_{(1)} = 0,64,$ $p = 0,42$	10 (34,5%)	15 (55,6%)	$\chi^2_{(2)} = 2,51,$ $p = 0,11; \phi = -0,21$	Ref.
$X > 40$	31 (55,4%)		19 (65,5%)	12 (44,4%)		0,4 (0,14 – 1,24), $p = 0,11$
Tempo de carreira no SAMU						
1 mês $\leq X \leq$ 3 anos	15 (26,8%)		9 (31%)	6 (22,2%)		Ref.
3 < $X \leq$ 6 anos	11 (19,6%)	$\chi^2_{(3)} = 6,0,$ $p = 0,11$	5 (17,2%)	6 (22,2%)	$\chi^2_{(3)} = 0,78,$ $p = 0,85; V = 0,11$	1,8 (0,37 – 8,68), $p = 0,46$
6 < $X \leq$ 9 anos	9 (16,1%)		4 (13,8%)	5 (18,5%)		1,8 (0,35 – 9,98), $p = 0,46$
$X > 9$ anos	21 (37,5%)		11 (37,9%)	10 (37%)		1,3 (0,35 – 5,21), $p = 0,65$
Rotina de trabalho						
Sozinho(a)	2 (3,6%)	$\chi^2_{(2)} = 74,2,$ *$p = 0,0001$	1 (3,4%)	1 (3,7%)	$\chi^2_{(2)} = 0,15,$ $p = 0,92; V = 0,05$	1,0 (0,06 – 17,61), $p = 0,97$
Com outra pessoa	5 (8,9%)		3 (10,3%)	2 (7,4%)		0,7 (0,11 – 4,53), $p = 0,70$

Em equipe	49 (87,5%)		25 (86,2%)	24 (88,9%)		Ref.
Ocupação de cargo de chefia						
Não	51 (91,1%)	$\chi^2_{(1)} = 37,8,$	27 (93,1%)	24 (88,9%)	$p = 0,46$ (TEF)	Ref.
Sim	5 (8,9%)	*$p = 0,0001$	2 (6,9%)	3 (11,1%)		1,7 (0,26 – 10,97), $p = 0,58$

Valores são expressos como números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo. * indica uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os subgrupos avaliados, analisada pelo Teste de *Qui*-quadrado de Pearson (χ^2) ou Teste Exato de Fisher (TEF). OR: *Odds Ratio* ou razão de probabilidade. IC: Intervalo de confiança. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes. Fonte: dados da pesquisa, 2022.

5.4. Caracterização do histórico traumático e comportamental

Inicialmente, as questões acerca da experiência de eventos traumáticos anteriores e impactos psicossociais/comportamentais foram avaliados quanto à ocorrência (**Tabela 7**).

Ao comparar os grupos de risco variado ao TEPT entre si, foi estabelecida a dependência entre o histórico de eventos traumáticos e o risco de TEPT, com probabilidade 18 vezes maior de participantes com antecedentes de eventos traumáticos comporem o grupo de risco maior à doença. O grupo de maior risco também foi mais associado aos participantes que: buscaram ajuda frente aos eventos estressores; precisaram usar medicamentos psicotrópicos posteriormente; indicaram histórico familiar de TEPT e/ou transtornos de ansiedade, e; relataram conviver com sintomas e perturbações relacionadas ao trauma. Todos os participantes que precisaram se afastar da rotina de trabalho e relataram passar a usar e/ou aumentarem o padrão de consumo de drogas de abuso se encontram no grupo com risco maior de TEPT. Os parâmetros associados à satisfação na obtenção de ajuda e apoio oferecido no ambiente de trabalho não apresentaram dependência demonstrada quanto ao risco de TEPT.

Entre os sintomas e perturbações vivenciados atualmente e relacionados ao evento traumático (**Tabela 8**), o maior risco de TEPT foi associado aos participantes que relataram: comportamento de evitação a estímulos que remetem ao trauma; problemas com o sono; irritabilidade; memórias intrusivas e/ou pesadelos recorrentes, e; isolamento ou diminuição de interesse em participar de atividades. Todos os participantes que relataram sensações parecidas às que sentiram durante o evento traumático, sentimento de culpa e hipervigilância se encontram no grupo de maior risco ao TEPT. A presença de perda de memória de partes do trauma, redução de empatia e sentimentos positivos, problemas de concentração e comportamento autodestrutivo não apresentaram dependência quanto ao risco de TEPT.

Tabela 7. Antecedentes traumáticos e fatores comportamentais associados à saúde mental em profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022.

Parâmetros	Amostra total (n=56)	Análise por aderência	Subgrupos (de acordo com PCL-5)		Análise por subgrupos	OR não-ajustada (IC95%)
			Risco menor (n=29)	Risco maior (n=27)		
Se embasou em algum atendimento que realizou e considerou “evento traumático”?						
Não	26 (46,4%)	$\chi^2_{(1)} = 0,28,$	22 (75,9%)	4 (14,8%)	*p = 0,00001 (TEF)	Ref.
Sim	30 (53,6%)	$p = 0,59$	7 (24,1%)	23 (85,2%)		18,1 (4,63 – 70,44), *p = 0,0001
Procurou alguma ajuda frente aos eventos traumáticos?						
Não	49 (87,5%)	$\chi^2_{(1)} = 31,5,$	28 (96,6%)	21 (77,8%)	*p = 0,04 (TEF)	Ref.
Sim	7 (12,5%)	*p = 0,0001	1 (3,4%)	6 (22,5%)		8,0 (0,89 – 71,57), $p = 0,06$
Sentiu que a necessidade foi atendida completamente/satisfatoriamente ao buscar ajuda?						
Não	51 (91,1%)	$\chi^2_{(1)} = 37,8,$	28 (96,6%)	23 (85,2%)	$p = 0,18$ (TEF)	Ref.
Sim	5 (8,9%)	*p = 0,0001	1 (3,4%)	4 (14,8%)		4,8 (0,51 – 46,65), $p = 0,17$
Obteve alguma forma de ajuda/apoio psicossocial dentro do ambiente de trabalho?						
Não	44 (78,6%)	$\chi^2_{(1)} = 18,3,$	25 (86,2%)	19 (70,4%)	$p = 0,20$ (TEF)	Ref.
Sim	12 (21,4%)	*p = 0,0001	4 (13,8%)	8 (29,6%)		2,6 (0,69 – 10,05), $p = 0,15$
Precisou ser afastado(a) do trabalho?						
Não	51 (91,1%)	$\chi^2_{(1)} = 37,8,$	29 (100%)	22 (81,5%)	*p = 0,02 (TEF)	Ref.
Sim	5 (8,9%)	*p = 0,0001	0 (0,0%)	5 (18,5%)		-
Precisou fazer uso de psicofármacos?						
Não	44 (78,6%)	$\chi^2_{(1)} = 18,3,$	28 (96,6%)	16 (59,3%)	*p = 0,009 (TEF)	Ref.
Sim	12 (21,4%)	*p = 0,0001	1 (3,4%)	11 (40,7%)		19,2 (2,27 – 163,17), *p = 0,007
Passou a usar e/ou aumentou o uso de substâncias psicoativas/drogas de abuso (incluindo álcool)?						
Não	50 (89,3%)	$\chi^2_{(1)} = 34,6,$	29 (100%)	21 (77,8%)	*p = 0,009 (TEF)	Ref.
Sim	6 (10,7%)	*p = 0,0001	0 (0%)	6 (22,2%)		-
Apresenta histórico familiar de TEPT ou transtornos de ansiedade?						
Não	37 (66,1%)	$\chi^2_{(1)} = 5,78,$	23 (79,3%)	14 (51,9%)	$\chi^2_{(1)} = 4,7,$ *p = 0,03; $\phi = 0,29$	Ref.
Sim	19 (33,9%)	*p = 0,016	6 (20,7%)	13 (48,1%)		3,5 (1,1 – 11,5), *p = 0,03

Convive, atualmente, com alguma das perturbações relacionada ao evento traumático?

Não	21 (37,5%)	$\chi^2_{(1)} = 3,5,$	20 (69%)	1 (3,7%)	* <i>p</i> < 0,0001 (TEF)	Ref.
Sim	35 (62,5%)	<i>p</i> = 0,06	9 (31%)	26 (96,3%)		

Valores são expressos como números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo. * indica uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os subgrupos avaliados, analisada pelo Teste de *Qui*-quadrado de Pearson (χ^2) ou Teste Exato de Fisher (TEF). OR: *Odds Ratio* ou razão de probabilidade. IC: Intervalo de confiança. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes. Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Tabela 8. Sintomas e perturbações atuais associados ao trauma em profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022.

Parâmetros	Amostra total (n=56)	Análise por aderência	Subgrupos (de acordo com PCL-5)		Análise por subgrupos	OR não-ajustada (IC95%)
			Risco menor (n=29)	Risco maior (n=27)		
Evitação de estímulos que remetem ao trauma	18 (32,1%)	$\chi^2_{(1)} = 7,14$, * <i>p</i> = 0,008	3 (10,3%)	15 (55,5%)	* <i>p</i> = 0,00001	10,8 (2,63 – 44,63), * <i>p</i> = 0,001
Hipervigilância	12 (21,4%)	$\chi^2_{(1)} = 18,3$, * <i>p</i> = 0,0001	0 (0,0%)	12 (44,4%)	* <i>p</i> = 0,00001	-
Problemas com sono	13 (23,2%)	$\chi^2_{(1)} = 16,1$, * <i>p</i> = 0,0001	2 (6,9%)	11 (40,7%)	* <i>p</i> = 0,004	9,3 (1,82 – 47,3), * <i>p</i> = 0,007
Irritabilidade	14 (25,0%)	$\chi^2_{(1)} = 14,0$, * <i>p</i> = 0,0001	3 (10,3%)	11 (40,7%)	* <i>p</i> = 0,01	5,9 (1,44 – 24,66), * <i>p</i> = 0,01
Memórias intrusivas / pesadelos recorrentes	10 (17,8%)	$\chi^2_{(1)} = 23,1$, * <i>p</i> = 0,0001	1 (3,4%)	9 (33,3%)	* <i>p</i> = 0,005	14,0 (1,63 – 120,1), * <i>p</i> = 0,01
Sensações parecidas à vivida no evento traumático	7 (12,5%)	$\chi^2_{(1)} = 31,5$, * <i>p</i> = 0,0001	0 (0,0%)	7 (25,9%)	* <i>p</i> = 0,004	-
Sentimento de culpa	7 (12,5%)	$\chi^2_{(1)} = 31,5$, * <i>p</i> = 0,0001	0 (0,0%)	7 (25,9%)	* <i>p</i> = 0,004	-
Isolamento e/ou redução de interesse em participar de atividades	8 (14,3%)	$\chi^2_{(1)} = 28,6$, * <i>p</i> = 0,0001	1 (3,4%)	7 (25,9%)	* <i>p</i> = 0,02	9,8 (1,11 – 86,1), * <i>p</i> = 0,04
Problemas com concentração	8 (14,3%)	$\chi^2_{(1)} = 28,6$, * <i>p</i> = 0,0001	2 (6,9%)	6 (22,2%)	<i>p</i> = 0,14	3,8 (0,70 – 21,1), <i>p</i> = 0,12
Não lembra partes do evento	5 (8,9%)	$\chi^2_{(1)} = 37,8$, * <i>p</i> = 0,0001	1 (3,4%)	4 (14,8%)	<i>p</i> = 0,18	4,8 (0,51 – 46,64), <i>p</i> = 0,17
Não consegue ser empático com as pessoas	5 (8,9%)	$\chi^2_{(1)} = 37,8$, * <i>p</i> = 0,0001	2 (6,9%)	3 (11,1%)	<i>p</i> = 0,66	1,7 (0,26 – 10,97), <i>p</i> = 0,58
Não consegue sentir emoções positivas	5 (8,9%)	$\chi^2_{(1)} = 37,8$, * <i>p</i> = 0,0001	2 (6,9%)	3 (11,1%)	<i>p</i> = 0,66	1,7 (0,26 – 10,97), <i>p</i> = 0,58
Comportamento autodestrutivo	2 (3,6%)	$\chi^2_{(1)} = 48,3$, * <i>p</i> = 0,0001	1 (3,4%)	1 (3,7%)	<i>p</i> = 1,00	1,1 (0,06 – 18,11), <i>p</i> = 0,96

Valores são expressos como números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo. * indica uma diferença significativa (*p* < 0,05) entre os subgrupos avaliados, analisada pelo Teste Exato de Fisher (TEF). OR: *Odds Ratio* ou razão de probabilidade utilizando a ausência do sintoma como referência. IC: Intervalo de confiança. Fonte: dados da pesquisa, 2022.

5.5. Avaliação qualitativa das respostas discursivas do questionário

O conteúdo das respostas dissertativas – que tinham preenchimento facultativo – foi avaliado qualitativamente, quanto ao conteúdo, e posteriormente categorizado para realização de análise descritiva simples, com contabilização de frequências absolutas e relativas e detalhamento da experiência dos profissionais avaliados.

5.5.1. Eventos traumáticos que embasaram as respostas do questionário

Todos os participantes que relataram ocorrência anterior de eventos traumáticos (n = 30) descreveram a sua natureza (30/56, 53,6% da amostra total). Os relatos foram mais frequentes entre os participantes dos grupos de maior risco ao TEPT (23/27, 85,1%) comparado ao de menor risco (7/29, 24,1%) (**Tabela 9**).

Tabela 9. Caracterização das ocorrências e atendimentos mencionados como eventos traumáticos por profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022.

Categorias	Amostra total (n=30)	Subgrupos (de acordo com PCL-5)	
		Risco menor (n=7)	Risco maior (n=23)
Quanto às ocorrências na base, procedimentos e relações pessoais			
Intercorrências durante o atendimento e relação entre a equipe	3 (9,9%)	0 (0,0%)	3 (13,0%)
Estresse/desespero percebido durante atendimento telefônico	2 (6,6%)	1 (14,3%)	1 (4,3%)
Relatos de colegas de trabalho	1 (3,3%)	0 (0,0%)	1 (4,3%)
Quanto ao tipo de ocorrência ou evento atendido			
Evento de gravidade severa	10 (33,3%)	2 (28,6%)	8 (34,8%)
Óbito (no local ou evolução)	9 (29,9%)	1 (14,3%)	8 (34,8%)
Acidente de trânsito	8 (26,6%)	1 (14,3%)	7 (30,4%)
Parada cardiorespiratória	8 (26,6%)	2 (28,6%)	6 (26,1%)
Afogamento	5 (16,6%)	2 (28,6%)	3 (13,0%)
Amputação de membros	2 (6,6%)	1 (14,3%)	1 (4,3%)
Violência doméstica	2 (6,6%)	1 (14,3%)	1 (4,3%)
Ferimento por arma de fogo	2 (6,6%)	0 (0,0%)	2 (8,7%)
Ferimento por arma branca	2 (6,6%)	1 (14,3%)	1 (4,3%)
Queimadura	1 (3,3%)	0 (0,0%)	1 (4,3%)
Eletrocussão	1 (3,3%)	0 (0,0%)	1 (4,3%)
Suicídio	1 (3,3%)	0 (0,0%)	1 (4,3%)
Quanto ao perfil da(s) vítima(s) atendida(s)			
Criança ou jovem	9 (29,99%)	2 (28,6%)	7 (30,4%)

Múltiplas	4 (13,33%)	0 (0,0%)	4 (17,4%)
Conhecida	2 (6,66%)	0 (0,0%)	2 (8,7%)
Gestante	1 (3,33%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)

Valores são expressos como números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo. Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Entre os participantes do grupo de maior risco ao TEPT, foram mencionados como traumas mais frequentes: intercorrências durante o atendimento e relação interpessoal entre os membros da equipe foram os eventos mais mencionados (13,0%) entre fatores associados às ocorrências na base, procedimentos e relações pessoais; quanto ao tipo de ocorrência ou evento atendido, eventos de gravidade severa (34,8%), envolvendo óbito (34,8%), acidentes de trânsito (30,4%), parada cardiorrespiratória (26,1%) e afogamentos (13,0%) foram os mais descritos; quanto ao perfil da(s) vítima(s) atendida(s), ocorrências com crianças ou jovens (30,4%) e múltiplas vítimas (17,4%) foram as mais relatadas.

Entre os participantes do grupo de menor risco ao TEPT, foram mencionados como traumas mais frequentes: estresse ou desespero percebidos durante o atendimento telefônico (14,3%) entre fatores associados às ocorrências na base, procedimentos e relações pessoais; quanto ao tipo de ocorrência ou evento atendido, eventos de gravidade severa (28,6%), afogamentos (28,6%) e parada cardiorrespiratória (28,6%) foram os mais descritos; quanto ao perfil da(s) vítima(s) atendida(s), ocorrências com crianças ou jovens (28,6%) e gestantes (14,3%) foram as mais relatadas.

Alguns relatos foram impactantes e revelaram a natureza dos traumas vivenciados:

“Acidentes de grande impacto automobilístico, colisão de veículos. Lembro de um que socorri com exposição de massa encefálica com múltiplas vítimas”
(Participante 42, grupo de risco maior ao TEPT)

Embora esse relato reforce o caráter “gráfico” das ocorrências que são lembradas como eventos traumáticos, é importante perceber que mesmo eventos meramente testemunhados ou vividos de forma indireta são passíveis de gerar memórias traumáticas. Os dois relatos a seguir estabelecem claramente essa relação:

“Geralmente ligações com ocorrências muito graves, o desespero nas ligações, me deixa nervosa” (Participante 5, grupo de risco menor ao TEPT)

“Uma vez atendi um chamado, era violência doméstica e durante a ligação eu escutava a mulher que estava sendo agredida pedir por ajuda”
(Participante 57, grupo de risco maior ao TEPT)

5.5.2. Busca e obtenção de ajuda após o evento traumático

Todos os participantes que buscaram ajuda ($n = 7$) descreveram a forma de ajuda buscada após a ocorrência do evento traumático (7/56, 12,5% da amostra total). Os relatos foram mais frequentes entre os participantes dos grupos de maior risco ao TEPT (6/27, 22,2%) comparado ao de menor risco (1/29, 3,4%) (**Tabela 10**), até mesmo pelo fato de grande parte deste último grupo sequer ter procurado ajuda (item 5.4, **Tabela 7**).

Entre os participantes do grupo de maior risco ao TEPT, foi observada a maior busca por ajuda profissional, incluindo atendimento psicológico (33,3%) e psiquiátrico (33,3%). O auxílio de colegas de trabalho também foi mencionado (33,3%), bem como formas intrapessoais de ajuda. O(a) participante do grupo de menor risco ao TEPT citou a ajuda por meio do conforto de familiares da(s) vítima(s) e auxílio da fé.

Um relato, em especial, demonstrou que a ajuda procurada pode ser subjetiva, não configurando uma busca “formal” por apoio:

“Não consegui trabalhar alguns dias após o evento, precisei da ajuda dos colegas para trocar plantão” (Participante 47, grupo de risco maior ao TEPT)

Tabela 10. Caracterização da forma de ajuda buscada por profissionais do SAMU após eventos traumáticos, no município de Três Lagoas – MS, 2022.

Categorias	Amostra total (n=7)	Subgrupos (de acordo com PCL-5)	
		Risco menor (n=1)	Risco maior (n=6)
Quanto às medidas intrapessoais de ajuda			
Oração	2 (28,6%)	1 (100%)	1 (16,6%)
Leitura	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (16,6%)
Técnicas de autocontrole	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (16,6%)
Exercício físico	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (16,6%)
Quanto às medidas extrapessoais de ajuda			
Colegas de trabalho	2 (28,6%)	0 (0,0%)	2 (33,3%)
Psicólogo	2 (28,6%)	0 (0,0%)	2 (33,3%)
Psiquiatra	2 (28,6%)	0 (0,0%)	2 (33,3%)
Confortar familiares da(s) vítima(s)	1 (14,3%)	1 (100%)	0 (0,0%)
Terapias alternativas	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (16,6%)

Valores são expressos como números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo. Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Quanto à obtenção de ajuda satisfatória, apenas 2 participantes que buscaram ajuda

(2/56, 3,6% da amostra total, ou; 2/7, 28,6% dos pacientes que buscaram ajuda) relataram os motivos para julgarem a sua obtenção insatisfatória. Entre eles, são mencionados aspectos da permanência da memória traumática e entraves junto ao tratamento formal:

“Porque mesmo após alguns dias ainda me lembrava do ocorrido”
(Participante 17, grupo de risco maior ao TEPT)

“Tratamento demorado [...]” (Paciente 33, grupo de risco maior ao TEPT)

De forma interessante, um participante que não buscou ajuda no momento do trauma mencionou obtenção insuficiente de ajuda, posteriormente:

“Senti necessidade depois do evento, e não tive atendimento” (Participante 11, grupo de risco menor ao TEPT)

Contudo, neste caso, não é possível determinar que tipo de ajuda foi procurada ou motivo para a sua omissão.

Entre os participantes que obtiveram ajuda no ambiente de trabalho, 11 deles (11/56, 19,6% da amostra total, ou; 11/12, 91,6% dos pacientes que tiveram apoio no trabalho) descreveram a forma de ajuda obtida (**Tabela 11**). O papel do apoio entre colegas da equipe foi mencionado por todos os participantes que descreveram o apoio obtido:

“A equipe sempre ampara um ao outro após um atendimento difícil”
(Participante 24, grupo de risco maior ao TEPT)

“Não foi necessário, mas os amigos ofereceram” (Participante 38, grupo de risco menor ao TEPT)

Além do suporte de colegas, outras formas de apoio só foram mencionadas no grupo de maior risco ao TEPT (**Tabela 11**).

Apenas 5 participantes (5/56, 8,9% da amostra total) mencionaram a necessidade de se afastarem do trabalho após a ocorrência do trauma, todos incluídos no grupo de risco maior ao TEPT (5/27, 18,5%). Entre eles, a obtenção formal de afastamento foi mencionada (60%), embora distanciamentos informais do trabalho também tenham sido reportados (40%):

“Troquei uns 3 plantões com colegas, mas não foi afastamento médico”
(Participante 42, grupo de risco maior ao TEPT)

“Consegui ficar uns dias sem trabalhar, mas não peguei atestado” (Paciente 47, grupo de risco maior ao TEPT)

Tabela 11. Caracterização do apoio obtido no ambiente de trabalho por profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022.

Categorias	Amostra total (n=11)	Subgrupos (de acordo com PCL-5)	
		Risco menor (n=4)	Risco maior (n=7)
Apoio de colegas de equipe e do trabalho	11 (100%)	4 (100%)	7 (100%)
Indicação de medicamentos	1 (9,1%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)
Flexibilização da jornada de trabalho	1 (9,1%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)

Valores são expressos como números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo. Fonte: dados da pesquisa, 2022.

5.5.3. Padrão de consumo de psicofármacos e drogas de abuso após o trauma

Todos os participantes que passaram a usar medicamentos psicotrópicos após o trauma (n = 12) deram algum detalhe sobre o tratamento (12/56, 21,4% da amostra total). A maioria desses casos é restrito ao grupo de risco maior ao TEPT, incluindo o uso de sedativos/hipnóticos (54,5%) e antidepressivos (55/11, 45,4%) (**Tabela 12**). No grupo de risco maior ao TEPT, foram mencionados nominalmente: o clonazepam, entre os sedativos (3/11, 27,3%); a bupropiona (2/11, 18,2%), sertralina (1/11, 9,1%), fluoxetina (1/11, 9,1%) e desvenlafaxina (1/11, 9,1%), entre os antidepressivos.

Tabela 12. Classes de psicofármacos utilizados por profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022.

Categorias	Amostra total (n=12)	Subgrupos (de acordo com PCL-5)	
		Risco menor (n=1)	Risco maior (n=11)
Sedativos/hipnóticos	6 (50%)	0 (0,0%)	6 (54,5%)
Antidepressivos	5 (41,6%)	0 (0,0%)	5 (45,4%)
Não se lembra ou não indicou	3 (25%)	1 (100%)	2 (18,2%)

Valores são expressos como números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo. Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Quanto ao padrão de consumo de drogas de abuso, todos os participantes que indicaram passar a usar e/ou aumentar o padrão de consumo (n = 6) responderam de forma descritiva (6/56, 10,7% da amostra total). Todos esses participantes fazem parte do grupo de risco maior

ao TEPT, com indicação exclusiva do álcool (100%) como droga de abuso utilizada. É importante ressaltar relatos que indicam o padrão de consumo potencialmente interpretado como “automedicação”, em busca dos efeitos relaxantes da droga:

“Hoje não utilizo mais, mas quando aconteceu eu bebia bastante nos dias de folga” (Participante 16, grupo de risco maior ao TEPT)

“Após o plantão, ingeri bebida alcoólica para relaxar, às vezes faço uso moderado para dormir” (Participante 42, grupo de risco maior ao TEPT)

5.5.4. Histórico familiar de TEPT e/ou transtornos de ansiedade

Todos os participantes que declararam casos de TEPT e/ou transtornos de ansiedade na família (n = 19) descreveram o parentesco (19/56; 33,9% da amostra total). No grupo de risco maior ao TEPT, a maioria dos casos dizem respeito aos pais (69,2%) ou irmãos (30,7%) dos participantes (**Tabela 13**).

Tabela 13. Parentesco relacionado ao histórico familiar de TEPT e/ou transtornos de ansiedade em profissionais do SAMU, no município de Três Lagoas – MS, 2022.

Categorias	Amostra total (n=19)	Subgrupos (de acordo com PCL-5)	
		Risco menor (n=6)	Risco maior (n=13)
Pais	12 (63,1%)	3 (50%)	9 (69,2%)
Irmãos	7 (36,8%)	3 (50%)	4 (30,7%)
Filhos	2 (10,5%)	1 (16,6%)	1 (7,7%)
Cônjuge	2 (10,5%)	1 (16,6%)	1 (7,7%)
Primos	1 (5,2%)	0 (0,0%)	1 (7,7%)
Tios	1 (5,2%)	0 (0,0%)	1 (7,7%)

Valores são expressos como números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo. Fonte: dados da pesquisa, 2022.

6. DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve o propósito de analisar a prevalência de TEPT em profissionais da linha de frente do SAMU, bem como identificar sinais e sintomas indicadores dessa patologia. Os instrumentos foram aplicados em qualquer profissional que desempenhasse alguma atividade do setor, incluindo não apenas aqueles com atuação na linha de frente (trabalho externo, como motorista/socorrista, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico socorrista), mas também aqueles com atuação interna (administrativos/coordenação, rádio operador da frota).

Mesmo que a amostra avaliada seja composta majoritariamente por profissionais com rotina de trabalho externa (69,6%), não houve associações entre trabalho interno/externo e o risco aumentado de TEPT. Embora os profissionais externos sejam mais expostos aos eventos traumáticos e sofram de forma mais intensa suas consequências (ALDEN, REGAMBAL, LAPOSA, 2008), os resultados sugerem que o impacto desses eventos pode atingir pessoas de formas diferentes, desde as que vivenciaram diretamente ou testemunharam direta ou indiretamente (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2022). Estudos apontam que mesmo os profissionais com atuação interna, ou seja, sem contato direto com os cenários de resgate, estão sujeitos aos impactos traumáticos da rotina laboral (KINDERMANN *et al.*, 2020).

A avaliação integral dos profissionais do SAMU, independente da rotina interna ou externa, também foi realizada por outros autores. Em um estudo similar realizado por Nascimento (2020), os profissionais da linha de frente do pronto atendimento, bombeiros e equipe da polícia militar foram incluídos independente de exercerem atividades internas ou externas. Lima *et al.* (2016) também desenvolveram estudos com auxiliares de enfermagem, bombeiros e policiais civis e militares também avaliados independentemente da função (de apoio ou externa).

É importante apontar a predominância do gênero masculino (62,5%) na amostra avaliada. Nascimento (2020) também evidenciou a predominância masculina entre profissionais emergencistas, compondo 75,1% da sua amostra. A prevalência do gênero masculino na atuação de linha de frente de intercorrências emergenciais possivelmente se relaciona à associação do uso de força física na remoção e transporte dos pacientes do local no qual ele se encontra no início do atendimento para a maca, ambulância, seguindo ao hospital. O predomínio masculino nessa atividade profissional também é comum em outros locais, como na América do Norte (72,8%), Reino Unido (73,3%) e Alemanha (79,8%). Contudo, esse perfil de gênero não é uma regra absoluta e outros estudos indicam cenários mais equilibrados, até pendendo para um predomínio feminino (52,2%) entre esses profissionais (LEITE *et al.*, 2016),

o que pode indicar uma mudança quanto às limitações impostas, mesmo que subjetivamente, às mulheres que buscam atuar nesse campo. De maneira importante, o TEPT parece afetar homens de maneira mais severa (embora menos frequente), uma característica possivelmente associada a culturas sexistas e imposições quanto à restrição emocional em homens (KAISER, HANSCHMIDT, KERSTING, 2020) e limitações de comunicação sobre emoções (KÖHLER *et al.*, 2018), o que torna a população de estudo ainda mais susceptível ao transtorno e suas consequências.

Quanto, à idade, a amostra apresentou média de 36,7 anos, dentro da faixa etária mediana mais frequente de incidência de TEPT no mundo (SOLMI *et al.*, 2022). A maioria dos participantes apresentou nível superior completo (75%), dado que pode ser sustentado pelo fato de grande parte dos entrevistados desempenharem funções que requerem cursos superiores, especialmente em enfermagem e medicina. Indiretamente, o predomínio de profissionais com ensino superior justifica, ao menos em parte, a proporção elevada de participantes com maiores rendas mensais (76,8%). Esse padrão de escolaridade também é evidente em outros contextos, como países da América do Norte (65,4%) e Itália (71,1%), indicando um predomínio de profissionais que atuam como socorristas com ensino superior (NASCIMENTO, 2020).

Em se tratando da atuação dos profissionais que trabalham no SAMU, o excesso de demanda e chamadas resulta em uma jornada de trabalho intensa, com jornadas maiores que as previamente determinados, e essa sobrecarga de trabalho é apontada como um dos prováveis fatores de risco do TEPT. Outro ponto a ser observado sobre a carga horária excessiva – que muitas vezes ultrapassa 40 h/semanais – a esses profissionais é a restrição do sono, a exposição a luz no período noturno, com interferência na rotina de sono e impacto no ciclo circadiano, resultando em uma carga maior de estresse (CHAISE, 2014). As condições de trabalho, em geral, são fatores fortemente relacionados com o TEPT, bem como o acúmulo de empregos, funções e horas extras, dificultando a execução das atividades profissionais com qualidade, aumentando a frustração e o risco dos transtornos (SCHAEFER; ZOBOLI; VIEIRA, 2018; KYRON *et al.*, 2022). Adriano *et al.* (2017) observa ainda que além da complexidade da tarefa executada pelo socorrista – o ato de salvar uma vida e a “responsabilidade” sobre ela – existe o fato de se estar em contato direto com sofrimento e a dor das pessoas, resultando em uma carga maior de estresse ocupacional nesse caso.

Como o TEPT apresenta uma prevalência relativamente baixa na população, mesmo naqueles considerados em risco (CAVALCANTE *et al.*, 2010; SOLMI *et al.*, 2022), a formação de um grupo integralmente composto por participantes com o transtorno, ao acaso, demandaria um número amostral muito maior que o universo amostral avaliado. Por exemplo, a prevalência

de casos prováveis de TEPT na amostra avaliada foi de 5,3%. Mesmo em estudos realizados com populações de risco maiores ($n = 711$) e distintas, como bombeiros do estado de Minas Gerais, a prevalência de casos de TEPT foi de 6,9% (YACOTE, 2019). Obviamente, esses valores podem ser divergentes da realidade, já que as escalas utilizadas têm caráter de rastreio, sem validade diagnóstica formal (WEATHERS *et al.*, 2013; OSÓRIO *et al.*, 2017). Estudos com socorristas indicam que profissionais com menos de 3 anos de serviço são particularmente sujeitos ao risco de desenvolvimento de TEPT (GULLIVER *et al.*, 2021; LOWE *et al.*, 2021), o que poderia justificar, em partes, a baixa prevalência avaliada no nosso estudo, que foi composto majoritariamente por participantes com mais de 3 anos de atuação profissional.

Por conta da prevalência baixa, a composição dos grupos de risco foi delimitada conforme escore obtido na PCL-5, restringindo grupos de acordo com a frequência e/ou severidade de sintomas associados ao TEPT. As diferenças observadas quanto ao escore total ou *clusters* da PCL-5 reforçam a formação de grupos heterogêneos entre si quanto à presença e severidade de sintomas associados ao TEPT, permitindo a interpretação de grupos diferentemente sujeitos ao risco de diagnóstico atual ou desenvolvimento posterior da doença frente ao estresse ocupacional. Adicionalmente, fica estabelecido que a segregação de dados populacionais em extremos pode ser uma forma interessante de avaliação de perfis diferentes dentro de uma mesma população (*i.e.*, geração de subgrupos não só distintos entre si, mas também distintos do perfil da população geral).

Após avaliação dos grupos categorizados quanto à frequência e/ou severidade de sintomas associados ao TEPT, foi possível estabelecer um perfil de participantes relacionados ao risco aumentado para o desenvolvimento do transtorno e foram fatores associados: **(i)** maior renda mensal; **(ii)** ocorrência de eventos traumáticos anteriores; **(iii)** busca ativa por ajuda após o trauma; **(iv)** necessidade de afastamento laboral; **(v)** uso de psicofármacos; **(vi)** alteração no padrão de consumo de drogas de abuso; **(vii)** presença de histórico familiar de transtornos psiquiátricos, e; **(viii)** convivência atual com sintomas relacionados ao TEPT.

A maior frequência e severidade de sintomas de TEPT foi associada significativamente aos participantes com maior renda mensal (88,9%). Como discutido anteriormente, profissões e funções mais associadas ao contato direto com o cenário de acidentes/incidentes são relacionadas à educação superior, incluindo médicos e enfermeiros, o que poderia explicar essa associação. De fato, médicos e enfermeiros encontram-se entre os profissionais de saúde mais expostos ao estresse e sujeitos ao TEPT (SOMVILLE, DE GUCHT, MAES, 2016; SCHUSTER, DWYER, 2020; LEVI *et al.*, 2021; POUGNET, POUGNET, 2021; VAN EERD *et al.*, 2021), especialmente quando atuam em setores de emergência (ADRIAENSSENS, DE

GUCHT, MAES, 2012; BRACKEN-SCALLY *et al.*, 2014; MCDERMID, MANNIX, PETERS, 2020; CARMASSI *et al.*, 2021).

É importante pontuar que a coleta de dados aconteceu durante a pandemia de COVID-19, momento especialmente extenuante para esses profissionais (ALANAZI *et al.*, 2021; KUNZ, STRASSER, HASAN, 2021; CHUTIYAMI *et al.*, 2022) A sobrecarga de trabalho frente ao enfrentamento da pandemia associado ao medo de contaminação própria e/ou de pessoas próximas e morte frequente de pacientes e entes queridos aumentou a incidência de transtornos psiquiátricos em profissionais da saúde, incluindo o TEPT (RAUDENSKÁ *et al.*, 2020; BAHADIRLI, SAGALTICI, 2021; RODRIGUEZ *et al.*, 2021; ZEIHNER *et al.*, 2022). Embora nenhum questionamento específico sobre a pandemia tenha sido realizado na coleta de dados, é importante destacar que os resultados encontrados podem ter influência direta da pandemia.

Eventos específicos tem um papel importante no aumento pontual de TEPT em profissionais de saúde, como já evidenciado após desastres naturais (ARMAGAN *et al.*, 2006; BATTLES, 2007; CÉNAT *et al.*, 2020; METREGISTE *et al.*, 2020; LI, GUO, CHAN, 2022), ataques terroristas (YIP *et al.*, 2016; MINDLIS *et al.*, 2017; DE STEFANO *et al.*, 2018; WESEMANN *et al.*, 2018; GREGORY *et al.*, 2019) ou outros momentos de pandemia, como a de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), de 2003 (THAM *et al.*, 2004; LIN *et al.*, 2007; SU *et al.*, 2007; WU *et al.*, 2009). Todas essas situações representam momentos de grande demanda e pressão a esses profissionais, similar às experimentadas em situações corriqueiras na rotina do emergencista.

A ocorrência de eventos traumáticos foi determinante entre os participantes do grupo sujeito ao maior risco de TEPT (85,2%), dado que corrobora esse tipo de situação como “gatilho” para o transtorno. Até a versão revisada do DSM-IV-TR, o TEPT era classificado como um transtorno de ansiedade, junto com transtorno de ansiedade generalizada e fobia social, por exemplo (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002). Contudo, o TEPT distoa de transtornos de ansiedade pelo fato de apresentar um agente etiológico claro e temporalmente delimitado, o evento traumático (FRIEDMAN *et al.*, 2011a; 2011b). Por isso, na atualização proposta pelo DSM-5 (inclusive seu texto revisado), houve a reclassificação dessa doença como “*transtorno relacionado a traumas e estressores*”, justificado por diferenças em sua causalidade, manejo e prevenção (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013; 2022). É importante ressaltar, contudo, que a simples ocorrência do evento traumático não é definitiva para o desenvolvimento do TEPT, variando de acordo com o grau de resiliência individual (RAKESH *et al.*, 2019).

As ocorrências mais mencionadas pelo grupo de maior risco ao TEPT como momentos traumáticos foram eventos de grande severidade (34,8%), óbito no local ou durante o atendimento (34,8%), acidentes de trânsito (30,4%) e parada cardiorrespiratória (26,1%), especialmente quando associados a vítimas pediátricas (30,4%) ou que envolvam atritos pessoais entre a equipe de atendimento (13%). Esses achados se assemelham a outros estudos, como o realizado em profissionais da linha de frente do serviço de ambulância britânico, os eventos estressores mais traumáticos são os que envolvem crianças, de forma mortal ou grave, vítimas com queimaduras em estado grave, falsas chamadas e conflitos entre os colegas de serviço (ASMUNDSON *et al.*, 2000). Em geral, quanto mais grave e “fora da rotina” seja o evento traumático (especialmente quando associado ao risco de vida, própria ou alheia), maior o risco de desenvolvimento de TEPT (FREITAS, 2017a; 2017b; FORTES, MAIA; KRISTENSEN, 2018; KYRON *et al.*, 2019). Por isso, eventos traumáticos distintos podem impor riscos diferentes de TEPT às vítimas: desastres naturais, por exemplo, levam à menor incidência de TEPT quando comparados a eventos de violência sexual, agressões interpessoais e acidentes (KESSLER *et al.*, 1995; FORBES *et al.*, 2012).

Uma parcela significativa do grupo sujeito ao maior risco de TEPT relatou ter buscado algum tipo de ajuda após o evento traumático (22,5%). A procura por colegas de trabalho ou profissionais voltados à saúde mental (psicólogos e psiquiatras) foi comum (33,3%), embora formas intrapessoais de lidar com o trauma, como a religiosidade, leitura, técnicas de autocontrole e atividades físicas também tenham sido relatadas (16,6%). Embora a busca formal por ajuda, seja via acompanhamento psicoterápico ou medicamentoso, sejam as preconizadas em revisões sistemáticas e diretrizes de tratamento do TEPT (BANDELOW *et al.*, 2012; KATZMAN *et al.*, 2014; HOSKINS *et al.*, 2021), as formas individuais de enfrentamento ao evento estressor (do inglês, *coping*) podem auxiliar no momento de lidar com o trauma.

Em um estudo realizado com profissionais da rede de urgência e emergência em Natal-RN, as formas de *coping* relatadas pelos participantes foram: prática de esportes, religiosidade, revisão dos acontecimentos, evitar situações traumáticas, suporte psicológico, familiar e de amizades, e ingestão de bebidas alcoólicas (NASCIMENTO, 2020). Ainda, o apelo à espiritualidade e apoio de colegas de trabalho parece ter papel importante no “crescimento” pós-traumático (OGIŃSKA-BULIK, 2013). Entre as formas de tratamento formais, destaca-se a terapia cognitiva-comportamental entre as técnicas psicoterápicas, com eficácia atestada por testes clínicos em profissionais socorristas (BRYANT *et al.*, 2019; 2021). Nesse sentido, a disponibilização de terapeutas para atendimento desses profissionais poderia constituir uma medida eficiente para redução do impacto traumático.

O afastamento da rotina laboral também é uma forma de lidar com o evento traumático, fornecendo tempo para reavaliação da situação e, muitas vezes, busca de ajuda (NASCIMENTO, 2020). Todos os afastamentos relatados na pesquisa aconteceram no grupo com maior frequência e severidade de sintomas de TEPT (18,5% do grupo), mesmo que sua obtenção não tenha sido obtida formalmente em 40% dos casos (troca de plantões, por exemplo). Nossos achados contrastam com Cordeiro *et al* (2016), que pontua o afastamento do local de trabalho como conduta mais comum em casos da TEPT. Uma possibilidade para o achado discrepante é o estigma associado ao afastamento médico por motivos psiquiátricos e associação a “fraqueza”, especialmente em um ambiente de trabalho muito atrelado a eventos traumáticos e essencialmente masculino (COSTA *et al.*, 2012). A interpretação das respostas vividas frente ao estresse como uma fraqueza pessoal parecem mais evidentes quando o profissional testemunha o evento traumático de forma indireta (ALDEN, REGAMBAL, LAPOSA, 2008). Ainda, estudos apontam um maior limiar para busca de ajuda entre profissionais da saúde expostos a trauma, inclusive com maior latência para medidas de autocuidado (SMITH, WALKER, BURKLE, 2019). Nesse contexto, estudos apontam que o apoio da chefia/supervisores é suficiente para a redução na severidade de sintomas de TEPT em profissionais socorristas (OGIŃSKA-BULIK, 2013), reforçando a importância do reconhecimento desse risco ocupacional.

O uso de medicamentos psicotrópicos foi mais comum em profissionais mais expostos ao risco de TEPT (40,7%), havendo relato de uso de sedativos/hipnóticos (54,5%), como o clonazepam, e antidepressivos (45,4%), especialmente inibidores seletivos da recaptação de serotonina. O TEPT é incluído entre os transtornos mentais de mais difícil manejo farmacológico, com uso preconizado de poucos antidepressivos, eficácia limitada e tratamento prolongado (BANDELOW *et al.*, 2012; KATZMAN *et al.*, 2014; HOSKINS *et al.*, 2021). Embora os sedativos, como os benzodiazepínicos, não sejam a primeira escolha no tratamento do transtorno (e muitas vezes nem mesmo recomendados; KATZMAN *et al.*, 2014), esses agentes muitas vezes são adotados como forma paliativa de controle emocional e auxílio na regulação do sono, que além de insuficiente, é comumente afetado por pesadelos (AKINNUS, EL SOLH, 2019; WEBER, WETTER, 2022). É importante ressaltar que, uma vez que uma parcela pequena dos participantes desse grupo procurou ajuda médica (33,3%), a necessidade de uso desses medicamentos provavelmente é muito maior que a avaliada. Outros estudos, como um realizado entre bombeiros, relatou consumo de medicamentos ansiolíticos, sedativos ou antidepressivos em 90% da amostra (AZEVEDO; LIMA; ASSUNÇÃO, 2019). Contudo, esses resultados incluíram medicamentos de venda livre, como preparados fitoterápicos, que

representaram aproximadamente 75% dos relatos de uso de medicamentos. Por esse motivo, nossos resultados podem apresentar grande divergência, uma vez que os medicamentos relatados pela amostra avaliada incluíram apenas medicamentos de venda controlada, que requerem prescrição médica.

No grupo de maior risco ao TEPT, 22,2% relatou passar a usar ou aumentar a frequência de uso de drogas de abuso. Um estudo conduzido nos Estados Unidos indicou uma prevalência alta de transtornos associados ao uso de álcool (42%) ou outras drogas (20%) em pacientes com TEPT (PIETRZAK *et al.*, 2011). De fato, o abuso de drogas é uma das comorbidades mais frequentemente associada a esse transtorno (ENMAN, ZHANG, UNTERWALD, 2014; STRAUS *et al.*, 2018; MARÍA-RÍOS, MORROW, 2020), corroborando estudos que apontam o estresse como causa frequente de início de padrões de consumo abusivo de substâncias psicoativas e/ou recaídas (LIJFFIJT, HU, SWANN, 2014; RUISOTO, CONTADOR, 2019; RENAUD *et al.*, 2021). É importante enfatizar que, embora o uso de medicamentos seja uma maneira formal de tratamento, a recorrência às drogas de abuso também podem ser consideradas uma forma de inibição das emoções negativas como a ansiedade e a tristeza (FORTES, MAIA, KRISTENSEN, 2018), sendo consideradas formas informais de “automedicação”.

Os resultados apontaram o álcool como droga de escolha no grupo de maior risco ao TEPT (100%). Outros estudos apontam o abuso de álcool como evento comumente associado ao TEPT (DWORKIN *et al.*, 2018; VUJANOVIC *et al.*, 2019), reforçando a possibilidade de uso para fins de “automedicação”, levando em conta os efeitos ansiolíticos e relaxantes desse composto (LANE, WATERS, BLACK, 2019). Obviamente, o acesso facilitado ao álcool e sua aceitação social devem ser levados em conta como fator predisponente ao seu uso, comparado às demais drogas de abuso. Observa-se ainda que os homens em tratamento de TEPT são mais susceptíveis ao consumo de álcool de forma excessiva do que as mulheres na mesma situação (GREEN, 2003), um dado importante a levar em conta ao avaliar uma amostra predominantemente masculina.

Entre outras drogas frequentemente utilizadas, a maconha também representa parcela importante entre pacientes com TEPT (KONDEV, WINTERS, PATEL, 2021), fato justificado pela ação “relaxante” e ansiolítica tipicamente associadas ao caráter próximo à “automedicação” nesse padrão de consumo (ELMS *et al.*, 2019; LOHR *et al.*, 2020). Essa busca por consumo de maconha inclusive gerou interesse na pesquisa clínica sobre o potencial terapêutico de alguns canabinoides no manejo desse transtorno (BITENCOURT, TAKAHASHI, 2018; NEY *et al.*, 2019 COHEN *et al.*, 2020; RAYMUNDI *et al.*, 2020). Mesmo assim, não houve menções à maconha ou derivados na pesquisa. Embora a maconha

seja uma droga de acesso fácil e custo relativamente baixo, o caráter ilícito e estigma associado ao seu uso podem ser responsáveis pela omissão de relatos nesse sentido.

Aproximadamente 50% dos participantes incluídos no grupo de maior frequência e severidade de sintomas do TEPT relataram histórico familiar desse transtorno ou transtornos de ansiedade, especialmente acometendo parentes diretos, como os pais (69,2%) ou irmãos (30,7%). Embora o componente genético associado a essa doença seja descrito, ele não parece ser determinante para a sua ocorrência, mas poderiam contribuir com fatores de vulnerabilidade (NORRHOLM, RESSLER, 2009; GUILLÉN-BURGOS, GUTIÉRREZ-RUIZ, 2018). Estudos com gêmeos sugerem que a predisposição genética pode ser um fator adicional de risco: gêmeos idênticos tem maiores chances de desenvolverem TEPT concomitantemente quando comparados a gêmeos não-idênticos igualmente expostos a eventos traumáticos (STEIN *et al.*, 2002), e uma variação de até 35% nos sintomas de TEPT pode ser atribuída a aspectos genéticos em gêmeos não idênticos (TRUE *et al.*, 1993; XIAN *et al.*, 2000).

Ainda, marcadores genéticos vem sendo associados à vulnerabilidade de desenvolvimento do TEPT, levando em conta alterações neuroquímicas e neuroanatômicas (NORRHOLM, RESSLER, 2009) que, uma vez interagindo com eventos traumáticos, rede de apoio psicossocial desfavorável e baixa capacidade de resiliência, facilitariam o desenvolvimento da doença (RYAN *et al.*, 2016; NISAR *et al.*, 2020). Adicionalmente, a presença de transtornos psiquiátricos em familiares próximos pode aumentar a vivência do sujeito frente a situações de estresse e sofrimento emocional, degradando alicerces de rede de apoio mais próxima e capacidade de lidar com eventos traumáticos posteriores (SOUZA, VIZOTTO, FOMES, 2018)

Talvez um dos resultados mais alarmantes foi a prevalência de sintomas do TEPT em 62,5% da amostra total avaliada, com valores chegando a 96,3% da amostra caracterizada como maior risco ao transtorno. Esses dados indicam a presença comum de sintomas associados ao TEPT em profissionais de APH do SAMU, reforçando a natureza estressante do trabalho e risco ocupacional associados. Um estudo Norueguês evidenciou que socorristas que se envolveram no resgate de vítimas de um ataque terrorista e apresentaram sintomas de TEPT mais frequentes e severos apresentaram até 11 vezes mais chance de fazerem uso de medicamentos psicotrópicos ou álcool (BOGSTRAND, SKOGSTAD, EKEBERG, 2016). Esses dados vão ao encontro dos achados do nosso estudo, uma vez que o grupo com maior risco de TEPT foi associado tanto à maior frequência de sintomas relacionados e maior uso de medicamentos e/ou drogas de abuso (essencialmente o álcool).

Entre os sintomas mais relatados, encontram-se vários classicamente associados à doença pelo DSM-5-TR (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2022), como evitação

de estímulos que remetem ao trauma (55,5%), hipervigilância/alerta (44,4%), problemas com sono (40,7%), irritabilidade (40,7%), memórias intrusivas e pesadelos recorrentes (33,3%), sensações parecidas à vivida no evento traumático (25,9%), sentimento de culpa (25,9%) e isolamento e/ou redução de interesse em participar de atividades (25,9%). A presença desses sintomas pode ser variável entre sujeitos e ao longo do curso da doença, podendo remitir ou aflorar com o passar do tempo. O diagnóstico formal de TEPT requer a presença de sintomas ao menos 1 mês após a ocorrência do trauma, justamente para evitar a caracterização de respostas exacerbadas de estresse agudo como sintomas do TEPT. Contudo, casos de diagnósticos mais tardios podem acontecer frente à “incubação” da resposta frente ao evento traumático e ocorrência de novas situações estressantes posteriores (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2022).

Alguns dos sintomas mencionados, especialmente a irritabilidade, sentimento de culpa e alterações do sono, são pertencentes à fase de resistência quanto ao enfrentamento ao evento traumático, situação na qual o organismo tenta reestabelecer o equilíbrio (homeostase) perturbado frente ao agente estressor, havendo possibilidade de recuperação frente a parâmetros de resiliência individuais (SILVA, 2015). Nesse momento, a forma como as pessoas administram seus sentimentos em relação às situações estressantes e traumáticas é fundamental para a manutenção do bem-estar físico e emocional (FORTES, MAIA, KRISTENSEN, 2018). A presença desses sintomas de resistência reforçam a exposição frequente desses profissionais a eventos traumáticos e aversivos de alta severidade, colocando esses trabalhadores em um grupo de risco, considerando a ação de agentes estressores relacionados ou não à organização e desenvolvimento das atividades laborais diárias, somados, ainda, a fatores de ordem pessoal ou social.

A presença de sintomas físicos – como tremores, taquicardia e problemas no sono – pode dificultar o diagnóstico adequado de TEPT, uma vez que os pacientes podem buscar ajuda de profissionais da saúde menos habilitados a compreender a natureza da doença, como cardiologistas. De fato, o TEPT é tido como o transtorno psiquiátrico com maior sobreposição a sintomas e eventos cardiovasculares (COUGHLIN, 2011; FU, 2022), incluindo o risco aumentado de infarto e hipertensão (PAULUS, ARGO, EGGE, 2013; O'DONNELL *et al.*, 2021).

Estudos sugerem uma origem fisiopatológica comum entre essas situações, já que desbalanços funcionais no sistema nervoso simpático e no eixo endócrino de controle sobre a liberação de cortisol, que são claramente envolvidos no TEPT (DASKALAKIS *et al.*, 2016; YANG, WYNN, URSANO, 2018; ALMEIDA, PINNA, BARROS, 2021), também tem

impacto direto em funções cardiovasculares (KIBLER *et al.*, 2014; FU, 2022).

Ainda, os sintomas associados à culpa e isolamento social também podem contribuir para diagnósticos equivocados, já que são sintomas clássicos de transtornos depressivos (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2022). Contudo, a depressão pode se apresentar como comorbidade, já que a alteração neuroquímica constante e vivência de estresse em pacientes com TEPT podem se relacionar a consequências de longo prazo, como a atrofia em áreas encefálicas mais sensíveis ao cortisol, um evento que é associado à fisiopatologia da depressão (LEE, OGLE, SAPOLSKY, 2002; ALMEIDA, PINNA, BARROS, 2021; SOUSA *et al.*, 2021).

7. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

1 O presente estudo possibilitou a caracterização de aspectos voltados à saúde mental em
2 profissionais da saúde que atuam no SAMU do município de Três Lagoas (MS). Foi possível
3 determinar a alta prevalência de sintomas associados ao TEPT nessa população, caracterizada
4 por risco ocupacional. A utilização de escalas psicométricas se mostrou uma alternativa
5 interessante para o rastreo de características relacionadas ao transtorno, bem como fatores
6 possivelmente associados ao seu desenvolvimento. Em conjunto, esse tipo de estudo destaca a
7 importância do transtorno nas atividades laborais na atualidade, sinalizando a importância dos
8 profissionais de gestão e administradores sobre a promoção de programas e treinamentos sobre
9 essa patologia, formas de prevenção e intervenções no ambiente de trabalho, como também
10 reforçado por outros autores (GADINI, JUNIOR, FEIJÓ, 2018; PALLAS, 2020).

11 É importante fomentar mudanças no sentido de aumentar a visibilidade para o risco
12 ocupacional entre esses profissionais e melhorar o apoio oferecido a eles, buscando melhor
13 rendimento no ambiente de trabalho e qualidade de vida aos profissionais. A aplicabilidade ou
14 desenvolvimento de fatores de proteção contra o TEPT no cotidiano das atividades dos
15 profissionais de saúde no APH ainda deve ser aprimorada, otimizando o conhecimento sobre o
16 risco existente, caracterização da doença e estratégias de enfrentamento. Tais medidas podem,
17 inclusive, reduzir a carga de estigma associado a transtornos mentais e preconceitos vinculados
18 à sua ocorrência, facilitando a busca por ajuda. Ainda, a demonstração de apoio pela gestão do
19 serviço pode reduzir a crença de responsabilização da vítima frente ao TEPT e ameaça à sua
20 carreira. Como mencionado, esses podem ser fatores que compõe uma importante barreira no
21 tratamento dos transtornos mentais, impedindo o acompanhamento profissional adequado, que
22 pode resultar na busca por estratégias inadequadas, como o abuso de drogas.

23 Por fim, por se tratar de um estudo local, com amostra limitada, é imprescindível
24 compreender que a realidade avaliada pode ser única. Mesmo no SAMU, equipes de outros
25 locais podem estar sujeitas a riscos maiores ou menores associados a múltiplos fatores, como
26 apoio da equipe ou demanda de ocorrências. Por isso, este estudo soma-se aos demais
27 relacionados, permitindo uma construção de uma imagem mais completa sobre o cenário do
28 risco ocupacional em profissionais do APH. Independente disso, fica claro que o assunto precisa
29 receber atenção especial entre os profissionais que trabalham na linha de frente, que devem ser
30 especialmente educados quanto à identificação dos fatores de risco causadores de estresse, bem
31 como o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dentro e fora do ambiente de trabalho
32 (FOGARTY *et al.*, 2021). Nesse sentido, destaca-se, que a Rede de Atenção Psicossocial no
33 âmbito do SUS, constitui-se como potencial aliada no acolhimento aos profissionais de saúde
34 que necessitarem de suporte psicossocial durante e após a pandemia, perpassando o rastreo de

1 depressão, ideação suicida, ansiedade e estresse pós-traumático, uma vez que os impactos
2 negativos causados podem reverberar durante meses ou até anos (DANTAS, 2021).

3 Como limitação, é importante mencionar a ausência de recorte quanto à cor/raça entre
4 os participantes. Ainda, apesar do estudo ter sido desenvolvido no contexto da pandemia pela
5 COVID-19, este trabalho não avaliou a impacto do mesmo sobre a incidência de TEPT em
6 trabalhadores do SAMU. Como nenhum estudo semelhante foi realizado no município
7 anteriormente, não foi possível a comparação e possível inferência em um cenário antes/depois.
8 Ressalta-se contudo, que todos os profissionais na linha de frente assistencial, cotidianamente,
9 vivenciaram uma exacerbação do desgaste emocional por, além de apresentarem maior risco
10 de infecção pelo novo vírus, enfrentarem também a possibilidade de escassez de equipamentos
11 de proteção individual, ventiladores mecânicos, insumos hospitalares, e por vezes, precisarem
12 decidir quais pacientes teriam direito a determinadas tecnologias assistivas (DANTAS, 2021).

REFERÊNCIAS

- ADRIAENSSENS, J.; DE GUCHT, V.; MAES, S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: findings from a questionnaire survey. **Int J Nurs Stud.**, v. 49, n. 11, p. 1411-1422, 2012.
- ADRIANO, M.S.P.F.; ALMEIDA, M.R.; RAMALHO, P.P.L.; COSTA, I.P.; NASCIMENTO, A.R.S.; MOARES, J.C.O. Estresse ocupacional em profissionais da saúde que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência de Cajazeiras - PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 29-34, 2016.
- AKINNUSI, M.; EL SOLH, A.A. Drug treatment strategies for insomnia in patients with post-traumatic stress disorder. **Expert Opin Pharmacother.**, v. 20, n. 6, p. 691-699, 2019.
- ALANAZI, T.N.M.; MCKENNA, L.; BUCK, M.; ALHARBI, R.J. Reported effects of the COVID-19 pandemic on the psychological status of emergency healthcare workers: A scoping review. **Australas Emerg Care.**, 2021 [no prelo].
- ALDEN, L.E.; REGAMBAL, M.J.; LAPOSA, J.M. The effects of direct versus witnessed threat on emergency department healthcare workers: implications for PTSD criterion A. **J Anxiety Disord.**, v. 22, n. 8, p. 1337-1346, 2008.
- ALMEIDA, F.B.; PINNA, G.; BARROS, H.M.T. The Role of HPA Axis and Allopregnanolone on the Neurobiology of Major Depressive Disorders and PTSD. **Int J Mol Sci.**, v. 22, n. 11, 54952021, 2021.
- ALMEIDA, M.L.B. Prevalência de Estresse Pós-Traumático em Equipes de Resgate: Uma Revisão Sistemática. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 13, p. 220-237, 2011.
- ALMONDES, K.M.; SALES, E.A.; MEIRA, M.O. Serviço de Psicologia no SAMU: Campo de Atuação em Desenvolvimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 2, p. 449-457, 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5-TR**. 5. ed., texto revisado. Washington: American Psychiatry Association Publishing, 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR (Texto revisado)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ARAÚJO, L.K.R. **Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais: adequação ao SAMU-DF**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 104 p., 2017.
- ARAÚJO, M.T. **Práticas cotidianas do serviço de atendimento móvel de urgência**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; s.n.; 105 p., 2013.
- ARMAGAN, E.; ENGINDENIZ, Z.; DEVAY, A.O.; *et al.* Frequency of post-traumatic stress disorder among relief force workers after the tsunami in Asia: do rescuers become victims?. **Prehosp Disaster Med.**, v. 21, n. 3, p. 168-172, 2006.
- ASMUNDSON, G.J.G. *et al.* Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: a confirmatory factor analysis of DSM-IV symptom clusters and other symptom models. **Behaviour Research and Therapy**, v. 38, p. 203-214, 2000.
- AZEVEDO, D.S.S.; LIMA, E.P.; ASSUNÇÃO, A.A. Fatores associados ao uso de medicamentos ansiolíticos entre bombeiros militares. **Revista Brasileira de**

- Epidemiologia**, v. 22, E190021, 2019.
- BAHADIRLI, S.; SAGALTICI, E. Post-traumatic stress disorder in healthcare workers of emergency departments during the pandemic: A cross-sectional study. **Am J Emerg Med.**, v. 50, p. 251-255, 2021.
- BANDELOW, B.; SHER, L.; BUNEVICIUS, R.; *et al.* Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. **Int J Psychiatry Clin Pract.**, v. 16, n. 2, p. 77-84, 2012. [Correções em **Int J Psychiatry Clin Pract.**, v. 16, n. 3, p. 242, 2012; **Int J Psychiatry Clin Pract.** V. 17, n. 1, p. 76, 2013].
- BARRETO, S.M.; LIMA, E.P.; ASSUNÇÃO, A.A. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em Bombeiros de Belo Horizonte, Brasil: Prevalência e Fatores Ocupacionais Associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 2, p. 279-288, 2015.
- BATTLES, E.D. An exploration of post-traumatic stress disorder in emergency nurses following Hurricane Katrina. **J Emerg Nurs.**, v. 33, n. 4, p. 314-318, 2007.
- BERNARDES, M.P.; NICOLAZZI, E.M.S.; SCAPINI, T.; SILVA, N. Leitura Psicodramática dos conceitos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Resiliência. **Rev. Bras. Psicodrama**, v. 26, n. 2, p. 36-45, 2018.
- BITENCOURT, R.M.; TAKAHASHI, R.N. Cannabidiol as a Therapeutic Alternative for Post-traumatic Stress Disorder: From Bench Research to Confirmation in Human Trials. **Front Neurosci.**, v. 12, 502, 2018.
- BOGSTRAND, S.T.; SKOGSTAD, L.; EKEBERG, Ø. The association between alcohol, medicinal drug use and post-traumatic stress symptoms among Norwegian rescue workers after the 22 July twin terror attacks. **Int Emerg Nurs.**, v. 28, p. 29-33, 2016.
- BORGES, T.F.; CERQUEIRA, N.F.; BEDIN, D.T.N. Transtornos do Estresse Pós-Traumático. In: LÓSS, J.C.S., *et al.* [Org]. **Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade**. Volume 1. Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil. Multicultural, 2019. Disponível em: < http://brasilmulticultural.org/wp-content/uploads/2020/05/ebook-Principais-transtornos-psiquicos_V-1.pdf#page=87 > Acesso em: 09 ago 2021.
- BRACKEN-SCALLY, M.; MCGILLOWAY, S.; GALLAGHER, S.; MITCHELL, J.T. Life after the emergency services: an exploratory study of well being and quality of life in emergency service retirees. **Int J Emerg Ment Health**, v. 16, n. 1, p. 223-231, 2014.
- BRASIL. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. [American Psychiatric Association; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al.]; revisão técnica Aristides Volpato Cordioli et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048 GM/MS de 5 de novembro de 2002**. Dispõe sobre a regulamentação do atendimento das urgências e emergências. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html > Acesso em: 18 jul 2021.
- BRYANT, R.A.; KENNY, L.; RAWSON, N.; *et al.* Efficacy of exposure-based cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder in emergency service personnel: a randomised clinical trial. **Psychol Med.**, v. 49, n. 9, p. 1565-1573, 2019.
- BRYANT, R.A.; KENNY, L.; RAWSON, N.; *et al.* Two-year follow-up of trauma-focused cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder in emergency service

- personnel: A randomized clinical trial. **Depress Anxiety**, v. 38, n. 11, p. 1131-1137, 2021.
- CARMASSI, C.; MALACARNE, P.; DELL'OSTE, V.; *et al.* Post-traumatic stress disorder, burnout and their impact on global functioning in Italian emergency healthcare workers. **Minerva Anestesiologica**, v. 87, n. 5, p. 556–566, 2021.
- CAVALCANTE, F.G.; MORITA, P.A.; HADDAD, S.R.. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de Estresse Pós-Traumático como problema de saúde pública. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, nov./dez. 2009
- CÉNAT, J.M.; MCINTEE, S.E.; BLAIS-ROCHETTE, C. Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, anxiety and other mental health problems following the 2010 earthquake in Haiti: A systematic review and meta-analysis. **J Affect Disord.**, v. 273, p. 55-85, 2020.
- CHAISE, F.O. **Fatores de riscos à saúde cardiovascular e osteomuscular relacionados aos hábitos, estilo de vida e ao trabalho em profissionais do SAMU 192 Porto Alegre/RS.** Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- CHUTIYAMI, M.; CHEONG, A.M.Y.; SALIHU, D.; *et al.* COVID-19 Pandemic and Overall Mental Health of Healthcare Professionals Globally: A Meta-Review of Systematic Reviews. **Front Psychiatry**, v. 12, 804525, 2022.
- COHEN, J.; WEI, Z.; PHANG, J.; *et al.* Cannabinoids as an Emerging Therapy for Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders. **J Clin Neurophysiol.**, v. 37, n. 1, p. 28-34, 2020.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo Seres Humanos. 2012. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html > Acesso em: 18 jul 2021.
- CORDEIRO, T.M.S.C.; MATTOS, A.I.S.; CARDOSO, M.C.B.; *et al.* Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: estudo descritivo, 2007-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 363-372, 2016.
- COSTA, I.K.F.; FARIAS, G.M.; GURGEL, A.K.C.; *et al.* Cumprimento às precauções-padrão por profissionais de enfermagem no atendimento de alta complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, e20180263, 2019.
- COSTA, R.H.N.R. **Análise comparativa de marcadores biológicos entre homens saudáveis e com diagnóstico clínico de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).** Dissertação (Mestrado em Psicobiologia) - Univeridade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 122 p., 2017.
- COUGHLIN, S.S. Post-traumatic Stress Disorder and Cardiovascular Disease. **Open Cardiovasc Med J.**, v. 5, p. 164-170, 2011.
- DANTAS, E.S.O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface (Botucatu)**, v. 25, e200203, 2021. Supl. 1.
- DANTAS, H.S. **Transtorno de estresse pós-traumático associado ao abuso e dependencia de álcool e drogas: estudo de uma amostra da população da região metropolitana de São Paulo.** Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 176 p., 2009.

- DASKALAKIS, N.P.; COHEN, H.; NIEVERGELT, C.M.; *et al.* New translational perspectives for blood-based biomarkers of PTSD: From glucocorticoid to immune mediators of stress susceptibility. **Exp Neurol.**, v. 284, parte B, p. 133-140, 2016.
- DE STEFANO, C.; ORRI, M.; AGOSTINUCCI, J.M.; *et al.* Early psychological impact of Paris terrorist attacks on healthcare emergency staff: A cross-sectional study. **Depress Anxiety.**, v. 35, n. 3, p. 275-282, 2018.
- DUTRA, J.N.; KLUWE-SCHIAVON, B.; GRASSI-OLIVEIRA, R. Conceito e diagnóstico do transtorno de Estresse Pós-Traumático em crianças. **Gerais, Rev Interinst Psicol**, v. 6, n. 1, jun. 2013
- DWORKIN, E.R.; BERGMAN, H.E.; WALTON, T.O.; *et al.* Co-Occurring Post-Traumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder in U.S. Military and Veteran Populations. **Alcohol Res.**, v. 39, n. 2, p. 161-169, 2018.
- ELMS, L.; SHANNON, S.; HUGHES, S.; LEWIS, N. Cannabidiol in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: A Case Series. **J Altern Complement Med.**, v. 25, n. 4, p. 392-397, 2019.
- ENMAN, N.M.; ZHANG, Y.; UNTERWALD, E.M. Connecting the pathology of posttraumatic stress and substance use disorders: monoamines and neuropeptides. **Pharmacol Biochem Behav.**, v. 117, p. 61-69, 2014.
- FOGARTY, A.; STEEL, Z.; WARD, P.B.; *et al.* Trauma and Mental Health Awareness in Emergency Service Workers: A Qualitative Evaluation of the Behind the Seen Education Workshops. **Int J Environ Res Public Health**, v. 18, n. 9, 4418, 2021.
- FORBES, D.; FLETCHER, S.; PARSLow, R.; *et al.* Trauma at the hands of another: longitudinal study of differences in the posttraumatic stress disorder symptom profile following interpersonal compared with noninterpersonal trauma. **J Clin Psychiatry**, v. 73, n. 3, p. 372-376, 2012.
- FORTES, A.B.; MAIA, C.P.; KRISTENSEN, C.H. Estratégias cognitivas de regulação emocional: associação com sintomas pós-traumáticos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 3, p. 605-616, 2018.
- FREITAS, A.C. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. **Revista Data Venia**, ano 5, n. 7, p. 177-190, 2017a. Disponível em: < <https://www.datavenia.pt/ficheiros/pdf/datavenia07.pdf#page=177> > Acesso em: 09 ago 2021.
- FREITAS, I.F. Necessidades e expectativas vivenciadas no serviço de atendimento móvel de urgência –SAMU –suporte básico. **Revista de Saúde Dom Alberto Santa Cruz do Sul**, v. 2, n. 1, 2017b.
- FRIEDMAN, M.J.; RESICK, P.A.; BRYANT, R.A.; BREWIN, C.R. Considering PTSD for DSM-5. **Depress Anxiety.**, v. 28, n. 9, p. 750-769, 2011b.
- FRIEDMAN, M.J.; RESICK, P.A.; BRYANT, R.A.; *et al.* Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. **Depress Anxiety.**, v. 28, n. 9, p. 737-749, 2011a.
- FU, Q. Autonomic dysfunction and cardiovascular risk in post-traumatic stress disorder. **Auton Neurosci.**, v. 237, 102923, 2022.
- GADINI, B.; JUNIOR, E.; FEIJÓ, M. Implicações do transtorno de estresse pós-traumático no trabalho: uma revisão bibliográfica narrativa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 3, p. 644-652, 2018.

- GRASSER, L.R.; JAVANBAKHT, A. Treatments of Posttraumatic Stress Disorder in Civilian Populations. **Curr Psychiatry Rep.**, v. 21, 2019.
- GREEN, B. Post-traumatic stress disorder: symptom profiles in men and women. **Curr Med Res Opin**, v. 19, p. 200-204, 2003
- GREGORY, J.; DE LEPINAU, J.; DE BUYER, A.; *et al.* The impact of the Paris terrorist attacks on the mental health of resident physicians. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, 79, 2019.
- GUILLÉN-BURGOS, H.F.; GUTIÉRREZ-RUIZ, K. Genetic Advances in Post-traumatic Stress Disorder. **Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)**, v. 47, n. 2, p. 108-118, 2018.
- GULLIVER, S.B.; ZIMERING, R.T.; KNIGHT, J.; *et al.* A prospective study of firefighters' PTSD and depression symptoms: The first 3 years of service. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy**, v. 13, n. 1, p. 44–55, 2021.
- HOSKINS, M.D.; BRIDGES, J.; SINNERTON, R.; *et al.* Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches. **Eur J Psychotraumatol.**, v. 12, n. 1, 1802920, 2021.
- JOBE, J.A.; GILLESPIE, G.L.; SCHWYTZER, D. A National Survey of Secondary Traumatic Stress and Work Productivity of Emergency Nurses Following Trauma Patient Care. **J Trauma Nurs.**, v. 28, n. 4, p. 243-249, 2021.
- KAISER, J.; HANSCHMIDT, F.; KERSTING, A. The link between masculinity ideologies and posttraumatic stress: A systematic review and meta-analysis. **Psychol Trauma.**, v.12, n. 6, p. 599-608, 2020.
- KATZMAN, M.A.; BLEAU, P.; BLIER, P.; *et al.* Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. **BMC Psychiatry**, v. 14, suppl. 1, S1, 2014.
- KESSLER, R.C.; SONNEGA, A.; BROMET, E.; *et al.* Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. **Arch Gen Psychiatry**, v. 52, n. 12, p. 1048-1060, 1995.
- KIBLER, J.L.; TURSICH, M.; MA, M.; MALCOLM, L.; GREENBARG, R. Metabolic, autonomic and immune markers for cardiovascular disease in posttraumatic stress disorder. **World J Cardiol.**, v. 6, n. 6, p. 455-461, 2014.
- KIM, H.Y. Statistical notes for clinical researchers: Chi-squared test and Fisher's exact test. **Restor Dent Endod.**, v. 42, n. 2, p. 152–155, 2017.
- KINDERMANN, D.; SANZENBACHER, M.; NAGY, E.; *et al.* Prevalence and risk factors of secondary traumatic stress in emergency call-takers and dispatchers - a cross-sectional study. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 11, n. 1, 1799478, 2020.
- KÖHLER, M.; SCHÄFER, H.; GOEBEL, S.; PEDERSEN, A. The role of disclosure attitudes in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and perceived social support among emergency service workers. **Psychiatry Res.**, v. 270, p. 602-610, 2018.
- KONDER, M.T.; O'DWYER, G.; RECIPUTTI, L.P.; *et al.* O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, e00043716, 2017.
- KONDEV, V.; WINTERS, N.; PATEL, S. *Cannabis* use and posttraumatic stress disorder comorbidity: Epidemiology, biology and the potential for novel treatment approaches. **Int Rev Neurobiol.**, v. 157, p. 143-193, 2021.

- KRISTENSEN, C.H.; PARENTE, M.A.M.P.; KASZNIAK, A.W. Transtorno de Estresse Pós-Traumático e funções cognitivas. **PsicoUSF**, v. 11, n. 1, p. 17-23, jun. 2006.
- KUNZ, M.; STRASSER, M.; HASAN, A. Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on healthcare workers: systematic comparison between nurses and medical doctors. **Curr Opin Psychiatry**, v. 34, n. 4, p. 413-419, 2021.
- KYRON, M.J.; RIKKERS, W.; BARTLETT, J.; *et al.* Mental health and wellbeing of Australian police and emergency services employees. **Archives of Environmental & Occupational Health**, v. 77, n. 4, p. 282-292, 2022.
- KYRON, M.J.; RIKKERS, W.; LAMONTAGNE, A.; *et al.* (2019). Work-related and nonwork stressors, PTSD, and psychological distress: Prevalence and attributable burden among Australian police and emergency services employees. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy**, 2019 [no prelo].
- LANE, A.R.; WATERS, A.J.; BLACK, A.C. Ecological momentary assessment studies of comorbid PTSD and alcohol use: A narrative review. **Addict Behav Rep.**, v. 10, 100205, 2019.
- LEE, A.L.; OGLE, W.O.; SAPOLSKY, R.M. Stress and depression: possible links to neuron death in the hippocampus. **Bipolar Disord.**, v. 4, n. 2, p. 117-128, 2002.
- LEITE, H.D.C.S.; CARVALHO, M.T.R.; CARIMAN, S.L.S.; *et al.* Risco ocupacional entre profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU. **Enfermagem em Foco**. v. 7, n. 3/4, 2016.
- LEVI, P.; PATRICIAN, P.A.; VANCE, D.E.; *et al.* Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Unit Nurses: A Concept Analysis. **Workplace Health Saf.**, v. 69, n. 5, p. 224-234, 2021.
- LI, S.; GUO, C.; CHAN, S.S.S. ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD Among Hospital Medical Workers in China: Impacts of Wenchuan Earthquake Exposure, Workplaces, and Sociodemographic Factors. **Front Psychiatry**, v. 12, 735861, 2022.
- LJIFFIJT, M.; HU, K.; SWANN, A.C. Stress modulates illness-course of substance use disorders: a translational review. **Front Psychiatry**, v. 5, 83, 2014.
- LIMA, E.P. **Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em bombeiros de Belo Horizonte**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 183 p., 2013.
- LIMA, E.P.; ASSUNÇÃO, A.A. Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 14, n. 2, p. 217-230, 2011.
- LIMA, E.P.; ASSUNCAO, A.Á.; BARRETO, S.M. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em Bombeiros de Belo Horizonte, Brasil: Prevalência e Fatores Ocupacionais Associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 2, p. 279-288, 2015.
- LIMA, E.P.; VASCONCELOS, E.G.; BARRETO, S.M.; ASSUNÇÃO, A.A.; Lista de eventos traumáticos ocupacionais para profissionais de emergências: adaptação e validação. **Avaliação Psicológica**, v. 15, n. 3, p. 391-401, 2016.
- LIN, C.Y.; PENG, Y.C.; WU, Y.H.; *et al.* The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. **Emerg Med J.**, v. 24, n. 1, p. 12-17, 2007.
- LOHR, J.B.; CHANG, H.; SEXTON, M.; PALMER, B.W. Allostatic load and the cannabinoid system: implications for the treatment of physiological abnormalities in post-

- traumatic stress disorder (PTSD). **CNS Spectr.**, v. 25, n. 6, p. 743-749, 2020.
- LOWE, S.R.; RATANATHARATHORN, A.; LAI, B.S.; VAN DER MEI, W.; *et al.* Posttraumatic stress disorder symptom trajectories within the first year following emergency department admissions: pooled results from the International Consortium to predict PTSD. **Psychological Medicine**, v. 51, n. 7, p. 1129–1139, 2021.
- LÚCIO, M.G.; TORRES, M.C.; GUSMÃO, C.M.P. Riscos ocupacionais do atendimento pré-hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Interfaces Científicas -Saúde e Ambiente**, v. 1, n. 3, p. 69-77, jun. 2013.
- MACEDO, J.O.D.; SOARES, L.L.C.; VSACONCELOS, L.F.; MACEDO, R.S.; BATISTA, N.J.C. Dificuldades enfrentadas por pacientes com Transtorno do Pânico e Transtorno do Stresse Pós-Traumático (TEPT). In: PEREIRA, E.R. (org.). **A pesquisa em psicologia em foco**. Ponta Grossa, PR: Atena; 2019. p. 145-157.
- MARÍA-RÍOS, C.E.; MORROW, J.D. Mechanisms of Shared Vulnerability to Post-traumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders. **Front Behav Neurosci.**, v. 14, 2020.
- MARTINS, D.G.; GONÇALVES, J. Estresse ocupacional em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). **Rev Psicol Saúde**, v. 11, n. 3, p. 3-17, set./dez. 2019
- MCDERMID, F.; MANNIX, J.; PETERS, K. Factors contributing to high turnover rates of emergency nurses: A review of the literature. **Australian Critical Care**, v. 33, n. 4, p. 390–396, 2020.
- METREGISTE, D.; BOUCAUD-MAITRE, D.; AUBERT, L.; *et al.* Explanatory factors of post-traumatic distress and burnout among hospital staff 6 months after Hurricane Irma in Saint-Martin and Saint-Barthelemy. **PLoS One**, v. 15, n. 3, e0229246, 2020.
- MICHOPOULOS, V.; NORRHOLM, S.D.; JOVANOVIĆ, T. Diagnostic Biomarkers for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): Promising Horizons from Translational Neuroscience Research. **Biol Psychiatry**, v. 78, n. 5, p. 344–353, 2015.
- MINDLIS, I.; MORALES-RAVEENDRAN, E.; GOODMAN, E.; *et al.* Post-traumatic stress disorder dimensions and asthma morbidity in World Trade Center rescue and recovery workers. **J Asthma.**, v. 54, n. 7, p. 723-731, 2017.
- NASCIMENTO, J.C.P. **Análise do transtorno do estresse pós-traumático em profissionais emergencistas**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 87 p., 2020.
- NEY, L.J.; MATTHEWS, A.; BRUNO, R.; FELMINGHAM, K.L. Cannabinoid interventions for PTSD: Where to next?. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**, v. 93, p. 124-140, 2019.
- NISAR, S.; BHAT, A.A.; HASHEM, S.; *et al.* Genetic and Neuroimaging Approaches to Understanding Post-Traumatic Stress Disorder. **Int J Mol Sci.**, v. 21, n. 12, 4503, 2020.
- NORRHOLM, S.D.; RESSLER, K.J. Genetics of anxiety and trauma-related disorders. **Neuroscience**, v. 164, n. 1, p. 272-287, 2009.
- O'DONNELL, C.J.; SCHWARTZ LONGACRE, L.; COHEN, B.E.; *et al.* Posttraumatic Stress Disorder and Cardiovascular Disease: State of the Science, Knowledge Gaps, and Research Opportunities. **JAMA Cardiol.**, v. 6, n. 10, p. 1207-1216, 2021.
- OGIŃSKA-BULIK, N. Negative and positive effects of traumatic experiences in a group of emergency service workers --the role of personal and social resources. **Med Pr.**, v. 64, n.

- 4, p. 463-472, 2013.
- OSÓRIO, F.L., *et al.* Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): transcultural adaptation of the Brazilian version. **Arch Clin Psychiatry**, v. 44, n. 1, p. 10-9, 2017.
- PALLAS J. The Acute Incident Response Program: A Framework Guiding Multidisciplinary Responses to Acutely Traumatic or Stress-Inducing Incidents in the ED Setting. **Journal of Emergency Nursing**, v. 46, n. 5, p. 579–589, 2020.
- PAULUS, E.J.; ARGO, T.R.; EGGE, J.A. The impact of posttraumatic stress disorder on blood pressure and heart rate in a veteran population. **J Trauma Stress**, v. 26, n. 1, p. 169-172, 2013.
- PIETRZAK, R.H.; GOLDSTEIN, R.B.; SOUTHWICK, S.M.; GRANT, B.F. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **J Anxiety Disord.**, v. 25, n. 3, p. 456-465, 2011.
- POUGNET, R.; POUCKET, L. Anxiety disorders and mood disorders in hospital doctors: a literature review. **Med Pr.**, v. 72, n. 2, p. 163-171, 2021.
- RAKESH, G.; MOREY, R.A.; ZANNAS, A.S.; *et al.* Resilience as a translational endpoint in the treatment of PTSD. **Mol Psychiatry**, v. 24, n. 9, p. 1268-1283, 2019.
- RAUDENSKÁ, J.; STEINEROVÁ, V.; JAVŮRKOVÁ, A.; *et al.* Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. **Best Pract Res Clin Anaesthesiol.**, v. 34, n. 3, p. 553-560, 2020.
- RAYMUNDI, A.M.; DA SILVA, T.R.; SOHN, J.M.B.; *et al.* Effects of Δ^9 -tetrahydrocannabinol on aversive memories and anxiety: a review from human studies. **BMC Psychiatry**, v. 20, n. 1, 420, 2020.
- RENAUD, F.; JAKUBIEC, L.; SWENDSEN, J.; FATSEAS, M. The Impact of Co-occurring Post-traumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders on Craving: A Systematic Review of the Literature. **Front Psychiatry**, v. 12, 786664, 2021.
- RODRIGUEZ, R.M.; MONTROY, J.C.C.; HOTH, K.F.; *et al.* Symptoms of Anxiety, Burnout, and PTSD and the Mitigation Effect of Serologic Testing in Emergency Department Personnel During the COVID-19 Pandemic. **Ann Emerg Med.**, v. 78, n. 1, p. 35-43, 2021.
- RUISOTO, P.; CONTADOR, I. The role of stress in drug addiction. An integrative review. **Physiol Behav.**, v. 202, p. 62-68, 2019.
- RYAN, J.; CHAUDIEU, I.; ANCELIN, M.L.; SAFFERY, R. Biological underpinnings of trauma and post-traumatic stress disorder: focusing on genetics and epigenetics. **Epigenomics**, v. 8, n. 11, p. 1553-1569, 2016.
- SCHAEFER, L.S.; LOBO, B.O.M.; KRISTENSEN, C.H. Transtorno de Estresse Pós-Traumático decorrente de acidente de trabalho: implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas. **Estud Psicol**, v. 17, n. 2, p. 329-336, ago. 2012.
- SCHAEFER, R.; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M. Sofrimento moral em enfermeiros: descrição do risco para profissionais. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 27, n. 4, e4020017, 2018.
- SCHUSTER, M.; DWYER, P.A. Post-traumatic stress disorder in nurses: An integrative review. **J Clin Nurs.**, v. 29, n. 15-16, p. 2769-2787, 2020.

- SILVA, E. Efeitos do estresse crônico em áreas do cérebro. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, v. 1, n. 1, 2015.
- SMITH, E.; WALKER, T.; BURKLE, F.M. Lessons in Post-Disaster Self-Care From 9/11 Paramedics and Emergency Medical Technicians. **Prehosp Disaster Med.**, v. 34, n. 3, p. 335-339, 2019.
- SOLMI, M.; RADUA, J.; OLIVOLA, M.; *et al.* Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. **Mol Psychiatry**, v. 27, p. 281–295, 2022.
- SOMVILLE, F.J.; DE GUCHT, V.; MAES, S. The impact of occupational hazards and traumatic events among Belgian emergency physicians. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med.**, v. 24, p. 59, 2016.
- SOUSA, G.M.J.; VARGAS, H.D.Q.; BARBOSA, F.F.; GALVÃO-COELHO, N.L. Stress, memory, and implications for major depression. **Behav Brain Res.**, v. 412, 113410, 2021.
- SOUZA, C.M.; VIZOTTO, M.M.; GOMES, M.B. Relação entre violência familiar e transtorno de estresse pós-traumático. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 2, p. 223-233, 2018.
- STEIN, M.B.; JANG, K.L.; TAYLOR, S.; *et al.* Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. **Am J Psychiatry**, v. 159, n. 10, p. 1675-1681, 2002.
- STRAUS, E.; HALLER, M.; LYONS, R.C.; NORMAN, S.B. Functional and Psychiatric Correlates of Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder. **Alcohol Res.**, v. 39, n. 2, p. 121-129, 2018.
- SU, T.P.; LIEN, T.C.; YANG, C.Y.; *et al.* Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. **J Psychiatr Res.**, v. 41, n. 1-2, p. 119-130, 2007.
- TELES, A.S; COELHO, T.C.B; FERREIRA, M.P.S; SCATENA, J.H.G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Cad. Saúde Colet.**, v. 25, n. 1, p. 51-57, 2017
- THAM, K.Y.; TAN, Y.H.; LOH, O.H.; *et al.* Psychiatric morbidity among emergency department doctors and nurses after the SARS outbreak. **Ann Acad Med Singap.**, v. 33, n. 5, p. S78-S79, 2004.
- TRUE, W.R.; RICE, J.; EISEN, S.A.; *et al.* A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. **Arch Gen Psychiatry**, v. 50, n. 4, p. 257-264, 1993.
- VAN EERD, D.; IRVIN, E.; HARBIN, S.; *et al.* Occupational exposure and post-traumatic stress disorder: A rapid review. **Work**, v. 68, n. 3, p. 721-731, 2021.
- VUJANOVIC, A.A.; LEBEAUT, A.; ZEGEL, M.; *et al.* Post-traumatic stress and alcohol use disorders: recent advances and future directions in cue reactivity. **Curr Opin Psychol.**, v. 30, p. 109-116, 2019.
- WEATHERS, F.W., LITZ, B.T., KEANE, T.M., *et al.* **The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)**, 2013. Disponível em <www.ptsd.va.gov>. Acesso em 09 ago 2021.
- WEBER, F.C.; WETTER, T.C. The Many Faces of Sleep Disorders in Post-Traumatic Stress Disorder: An Update on Clinical Features and Treatment. **Neuropsychobiology**, v. 81, n.

- 2, p. 85-97, 2022.
- WESEMANN, U.; ZIMMERMANN, P.; MAHNKE, M.; *et al.* Burdens on emergency responders after a terrorist attack in Berlin. **Occup Med.**, v. 68, n. 1, p. 60-63, 2018.
- WU, P.; FANG, Y.; GUAN, Z.; *et al.* The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. **Can J Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 302-311, 2009.
- XIAN, H.; CHANTARUJIKAPONG, S.I.; SCHERRER, J.F.; *et al.* Genetic and environmental influences on posttraumatic stress disorder, alcohol and drug dependence in twin pairs. **Drug Alcohol Depend.**, v. 61, n. 1, p. 95-102, 2000.
- YACOTE, T.S. **Terapia de exposição prolongada para policiais militares com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático.** Dissertação (Mestrado de Psicologia) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 79 p., 2019.
- YANG, S.; WYNN, G.H.; URSANO, R.J. A Clinician's Guide to PTSD Biomarkers and Their Potential Future Use. **Focus (Am Psychiatr Publ)**, v.16, n. 2, p. 143-152, 2018.
- YIP, J.; ZEIG-OWENS, R.; WEBBER, M.P.; *et al.* World Trade Center-related physical and mental health burden among New York City Fire Department emergency medical service workers. **Occup Environ Med.**, v. 73, n. 1, p. 13-20, 2016.
- ZEIHER, W.; SEGO, E.; TRIMMER, D.; BOWERS, C. Posttraumatic Stress Disorder in Nurses During a Pandemic: Implications for Nurse Leaders. **J Nurs Adm.**, v. 52, n. 2, E3-E8, 2022.

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO - ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**1. Gênero:**

Participante # _____

(0) Masculino

(1) Feminino

2. Idade: _____ *anos***3. Estado civil:**

(0) Casado

(1) Solteiro

(2) Viúvo(a)

(3) Separado ou Divorciado

(4) Amasiado.

4. Escolaridade:

(0) Ensino Fundamental Completo

(1) Ensino Fundamental Incompleto

(2) Ensino Médio Completo

(3) Ensino Médio Incompleto

(4) Ensino Superior

(5) Ensino Superior Incompleto

5. Renda (quantos salários mínimos):

(0) abaixo de R\$ 800,00

(1) de R\$ 800,00 a R\$ 1600,00

(2) de R\$ 1600,00 a R\$ 2400,00

(3) acima de 2400,00

6. Tempo de trabalho nesta empresa/local:

(0) de 1 mês a 3 anos.

(1) 3 a 6 anos.

(2) 6 a 9 anos.

(3) mais de 9 anos.

7. Qual a sua carga horária semanal de trabalho?

- (0) 20 a 30 horas semanais.
- (1) 30 a 40 horas semanais.
- (2) mais de 40 horas semanais.

8. Você ocupa cargo de chefia atualmente?

- (0) Não.
- (1) Sim.

9. A maior parte do seu trabalho você realiza:

- (0) sozinho.
- (1) com outra pessoa.
- (2) em equipe.

10. Ao responder o questionário PCL-P, você se embasou em algum atendimento que realizou e considerou um evento traumático?

- (0) Não.
- (1) Sim. *Qual ou quais foram esses eventos (natureza do evento)?* _____

11. Você procurou alguma forma de ajuda na ocasião?

- (0) Não.
- (1) Sim. *Qual tipo de ajuda?* _____

12. Sentiu que sua necessidade naquele momento foi atendida completamente ou satisfatoriamente?

- (0) Não.
- (1) Sim.

Por quê? _____

13. Você precisou ficar afastado do seu trabalho?

(0) Não.

(1) Sim. *Por quanto tempo?* _____

14. Você obteve alguma forma de ajuda dentro do seu ambiente de trabalho?

(0) Não.

(1) Sim. *Qual tipo?* _____

15. Você precisou usar algum tipo de medicamento psicotrópico (psicofármaco), tais como antidepressivos, calmantes, indutores de sono? (Lembre-se de que os dados são sigilosos)

(0) Não.

(1) Sim. *Quais?* _____

16. Você passou a utilizar algum tipo de substância psicoativa (maconha, cocaína, álcool, solvente, crack etc.) ou houve aumento no consumo como forma de atenuar reações emocionais relacionadas ao evento traumático? (Lembre-se de que os dados são sigilosos)

(0) Não.

(1) Sim. *Qual e como foi o consumo?* _____

17. Entre seus familiares diretos (pais, irmão e filhos), alguém já sofreu Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou Transtorno de Ansiedade (pânico, ansiedade social etc.)?

(0) Não.

(1) Sim. *Quem?* _____

18. Atualmente, você convive com alguma perturbação emocional relacionada ao evento traumático? Assinale um X em todas que se aplicarem:

- () Memórias involuntárias e pesadelos recorrentes
- () Sensações parecidas ao que sentiu no evento
- () Evita estímulos ou situações que estejam associados às lembranças do episódio
- () Não lembrar partes do evento
- () Sentimento de culpa
- () Isolamento ou diminuição do interesse em participar de atividades
- () Não consegue ser empático com as pessoas
- () Não consegue sentir emoções positivas
- () Problemas com o sono
- () Problemas com concentração
- () Hipervigilância
- () Irritabilidade
- () Comportamento autodestrutivo

**APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

Dados de identificação

Título do Projeto: Prevalência de Sintomas Associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Profissionais que atuam no Atendimento Pré-Hospitalar

Pesquisador responsável: Lucas Gazarini

Telefone para contato: +55 (67) 3509-3744

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar, de forma voluntária, de uma pesquisa intitulada: Prevalência de Sintomas Associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Profissionais que atuam no Atendimento Pré-Hospitalar de responsabilidade do pesquisador Lucas Gazarini e com a colaboração da pesquisadora Jamila de Lima Gomes.

Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão, é muito importante que o (a) senhor (a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que o (a) senhor (a) decida participar.

O estudo referido busca conhecimento acerca da saúde mental dos profissionais diretamente envolvidos no atendimento pré-hospitalar, uma vez que são profissionais frequentemente expostos a situações de agravos, estresses, violência e cenas impactantes.

Sendo assim, o objetivo desta pesquisa é fazer um levantamento da prevalência de sintomas associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) nestes profissionais. Também, ter o conhecimento de quais ocorrências se tornaram eventos traumáticos e quais foram as medidas que estes profissionais buscaram para amenizar seu sofrimento.

Com base nos dados obtidos, espera-se contribuir e incentivar o desenvolvimento de ações preventivas e de cuidados em saúde mental.

Poderão participar do estudo profissionais que trabalham no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Três Lagoas – MS. Não serão inclusos na pesquisa profissionais que se encontram afastados do trabalho, de atestado médico, de férias e que estejam em acompanhamento da saúde mental.

Você será submetido a questionamentos a respeito das suas experiências relacionadas ao seu trabalho. O local para aplicação dos instrumentos de coleta de dados será de sua escolha. Os questionários serão armazenados por um período de 5 anos e você poderá revê-los quando

quiser. Após este período, serão destruídos. O presente estudo não proporcionará qualquer tipo de despesa financeira para você. Entretanto, em caso de despesas não previstas com transporte, decorrentes de sua participação neste estudo, será garantido seu **ressarcimento**.

Sua participação consistirá em responder os instrumentos da pesquisa. Será um questionário e um “Checklist para rastreio sintomas associados ao TETP, com tempo máximo de duração de meia hora. O questionário contemplará variáveis socioeconômicas, demográficas, eventuais e comportamentais. Em relação aos aspectos socioeconômicos e demográficos, os participantes serão avaliados quanto ao sexo, faixa etária, cor da pele, estado conjugal, escolaridade e renda. Em relação aos dados eventuais, serão questões relacionadas ao evento traumático que vivenciou durante o trabalho. E as variáveis comportamentais são referentes à mudança de comportamento, uso de fármacos ou substâncias psicoativas e perturbações emocionais. O checklist contém 20 itens com perguntas relacionadas as quatro dimensões dos sintomas que a doença apresenta (memórias intrusivas, cognição/humor, sintomas de evitação e hiperexcitabilidade).

Os riscos são decorrentes da possibilidade de constrangimento ou desconforto por parte dos profissionais ao responderem as questões da pesquisa ou receio de quebra de **sigilo e confidencialidade** dos dados coletados. Para tanto, os participantes terão a oportunidade de esclarecer dúvidas quanto às questões a serem abordadas previamente, tendo a liberdade de não participar do estudo. Além disso, em caso de danos psicológicos decorrentes da participação no estudo, será oferecida assistência psicológica, através de encaminhamento à rede de atenção básica do município e a profissionais especializados. Portanto, mediante as medidas de prevenção adotadas, os riscos são considerados mínimos. Ainda, caso ocorra algum dano não previsto, será garantida a indenização em relação aos mesmos.

Este estudo poderá trazer benefícios diretos a você, visto que será avaliado como está a sua saúde mental relacionada ao seu ambiente de trabalho, bem como quais são os fatores estressantes mais relevantes que contribuem para o seu adoecimento. Os participantes do estudo poderão beneficiar-se diretamente, visto que poderão ser propostas ações voltadas para minimização dos fatores de risco. Ao final do estudo, como pesquisadora, tenho o compromisso moral e ético de fornecer a análise do desfecho desta pesquisa para a gerência da instituição que serviu como campo de pesquisa e, também, individualmente, aos profissionais que colaboram com a mesma.

Quero deixar claro que suas respostas são confidenciais mantendo, assim, seu anonimato e que você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa. Se não aceitar participar ou retirar-se da pesquisa, não terá penalização alguma.

Ressalto, ainda, que o seu nome não será identificado em nenhum momento, pois os questionários serão identificadas através de códigos. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos ou publicados em periódicos da área.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo, ligue para Lucas Gazarini, **telefone:** 067-9869-6260, ou, se preferir, ele pode ser encontrado no endereço: UFMS Unidade II, Av. Ranulpho Marques Leal, 3484, Distrito Industrial, 79.620-080, Três Lagoas/MS/Brasil. Telefone: +55 (67) 3509-3744, ou pelo endereço eletrônico: lgazarini@gmail.com.

O participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da UFMS pelo telefone: +55 (67) 3345-7187, pelo endereço: Cidade Universitária – Campo Grande, bairro: Caixa Postal 549, CEP: 79.070-110, Campo Grande, MS, ou por e-mail: cepconep.propp@ufms.br, para retirada de dúvidas e poder certificar-se da idoneidade do presente projeto de pesquisa.

Sua participação no estudo é **voluntária**. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode **desistir a qualquer momento**. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Assinatura do convidado	Nome completo	Data
_____	_____	___/___/___
Assinatura do pesquisador	Nome completo	Data
_____	_____	___/___/___

Nota: este termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi elaborado em **duas vias**, ficando uma com o participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável. Todas as páginas deste termo deverão ser **rubricadas e a última assinada** pelos participantes e pesquisador responsável. Os resultados deste estudo e o presente termo serão armazenados pela pesquisadora responsável por um **período de 5 anos**, conforme previsto na Res. CNS/MS 466/2012.

ANEXO I – PCL-5

Instruções:

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes. Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês. Por favor, marque 0 para "absolutamente nada", 1 para "um pouco", 2 para "moderadamente", 3 para "muito" e 4 para "extremamente".

Código do participante (#): _____	Prontuário: _____
Data de preenchimento: ____ / ____ / ____	Tempo de tratamento: _____

PCL-5

<i>No último mês, quanto você se sentiu incomodado por:</i>	<i>Absolutament e nada</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Moderadament e</i>	<i>Muito</i>	<i>Extremamen te</i>
1. Lembranças repetidas, perturbadoras e involuntárias da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
2. Sonhos repetidos e perturbadores referentes à experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
3. De repente, sentir ou agir como se a experiência traumatizante estivesse realmente acontecendo de novo (como se você estivesse lá de volta, revivendo a situação).	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito perturbado quando algo lhe faz lembrar a experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
5. Apresentar reações físicas intensas quando algo o faz lembrar da experiência traumatizante (por exemplo, coração bater forte, dificuldades para respirar, suor excessivo).	0	1	2	3	4
6. Evitar lembranças, pensamentos ou sentimentos relacionados à experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
7. Evitar algo ou alguém que lembre você da experiência traumatizante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações).	0	1	2	3	4
8. Dificuldades de se lembrar de partes importantes da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
9. Ter fortes crenças negativas sobre si mesmo, sobre outras pessoas ou sobre	0	1	2	3	4

o mundo (por exemplo, ter pensamentos como: eu sou ruim, há algo muito errado comigo, não se pode confiar em ninguém, o mundo é um lugar muito perigoso).					
10. Culpar a si mesmo ou a outra pessoa pela experiência traumatizante ou pelo que aconteceu depois de tal experiência.	0	1	2	3	4
11. Ter fortes sentimentos negativos, tais como medo, horror, raiva, culpa ou vergonha	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse em atividades de que você costumava gostar.	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas.	0	1	2	3	4
14. Dificuldades para experimentar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou de ter sentimentos afetuosos pelas pessoas próximas a você).	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritável, explosões de raiva, ou agir de forma agressiva.	0	1	2	3	4
16. Arriscar-se muito ou fazer coisas que podem causar algum mal a você.	0	1	2	3	4
17. Estar “superalerta” ou hipervigilante.	0	1	2	3	4
18. Sentir-se sobressaltado ou assustar-se facilmente.	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldades para se concentrar.	0	1	2	3	4
20. Dificuldades para “pegar no sono” ou para permanecer dormindo.	0	1	2	3	4

Escore Total: _____


ANEXO II – APROVAÇÃO JUNTO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

– DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS ASSOCIADOS AO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
 Pesquisador Responsável: JAMILA DE LIMA GOMES
 Área Temática:
 Versão: 2
 CAAE: 28449620.7.0000.0021
 Submetido em: 22/07/2020
 Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS
 Situação da Versão do Projeto: Aprovado
 Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Receção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1355357



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
 MATO GROSSO DO SUL -
 UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS ASSOCIADOS AO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Pesquisador: JAMILA DE LIMA GOMES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28449620.7.0000.0021

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.216.396

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 17 de Agosto de 2020

Assinado por:
Jeandre Augusto dos Santos Jaques
 (Coordenador(a))