



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FLAVIANE MARIA PEREIRA BELO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DESESPERANÇA, TRANSTORNOS MENTAIS E RISCO DE
SUICÍDIO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE SERVIÇOS DE
ONCOLOGIA DE ALTA COMPLEXIDADE**

MACEIÓ
2018

FLAVIANE MARIA PEREIRA BELO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DESESPERANÇA, TRANSTORNOS MENTAIS E RISCO DE
SUICÍDIO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE SERVIÇOS DE
ONCOLOGIA DE ALTA COMPLEXIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos

Orientação: Profa. Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

Co-orientação: Profa. Dra. Verônica de Medeiros Alves

MACEIÓ
2018

Catlogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4-661

B452a Belo, Flaviane Maria Pereira.
 Associação entre desesperança, transtornos mentais e risco de suicídio em
 profissionais de enfermagem de serviços de oncologia de alta complexidade / Flaviane
 Maria Pereira Belo. – 2018.

 83 f. : il.

 Orientadora: Maria Cícera dos Santos de Albuquerque.

 Coorientadora: Verônica de Medeiros Alves.

 Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
 Escola de Enfermagem e Farmácia. Curso de Enfermagem. Maceió, 2018.

 Bibliografia: f. 65-72.

 Apêndices: f. 73-79.

 Anexos: f. 80-83.

 1. Enfermagem oncológica – Estresse ocupacional. 2. Profissionais de enfermagem
 – Esperança. 3. Profissionais de enfermagem – Desesperança. 4. Transtornos mentais.
 I. Título.

CDU: 616-083: 616-006

Folha de Aprovação

FLAVIANE MARIA PEREIRA BELO

Associação entre desesperança, transtornos mentais e risco de suicídio em profissionais de enfermagem de serviços de oncologia de alta complexidade

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 30 de abril de 2018.



Profa. Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque – UFAL/Campus – Maceió
(Orientadora)

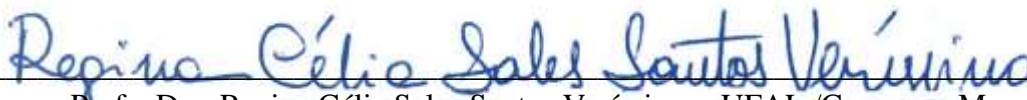


Profa. Dra. Verônica de Medeiros Alves – UFAL/Campus – Maceió
(Co-orientadora)

Banca Examinadora:



Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo-Neto - UFAL /Campus – Maceió
(Examinador externo)



Profa. Dra. Regina Célia Sales Santos Veríssimo - UFAL /Campus – Maceió
(Examinadora interna)

Dedico a minha família, aos meus sobrinhos por mostrarem o quanto a pureza da criança torna a vida mais leve e bela e a meu avô, por ter sido o protetor da família e exemplo de ser humano.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda proteção e por acalmar o meu coração nos momentos de desânimo.

Aos meus pais, Luiz e Izaura, por todo incentivo, cuidado dispensados a mim e por todas as vezes que entenderam as minhas ausências.

Aos meus irmãos, Flávia e Flávio, por serem exemplos na minha vida e por terem me dado sobrinhos maravilhosos que iluminam a minha vida e a tornam mais leve.

A minha orientadora Cicera Albuquerque, por todo companheirismo, cuidado, paciência, momentos compartilhados durante essa trajetória e por me acolher durante esses dois anos de mestrado. Sou muito grata por tudo que a senhora fez por mim e reconheço o quanto mudei graças a seu apoio.

Aos meus amigos-irmãos da família saúde mental, Adnez, Filipe, Willams e Patrícia, que estiveram a meu lado compartilhando sonhos, momentos de alegria e descontentamento, deram apoio nas vezes que mais precisei de um olhar diferenciado e se fizeram presentes mesmo com as dificuldades enfrentadas no cotidiano. Tenham certeza que essa caminhada não teria sentido se não fosse compartilhada ao lado de vocês.

Aos colaboradores desse estudo, Ronald, Leandro, David e Filipe, por todo apoio durante a coleta de dados e por todo companheirismo.

Aos profissionais de enfermagem que contribuíram para a realização desse estudo.

As professoras da saúde mental e da GAM, Jorgina, Yanna e Marília, por todo apoio.

Aos graduandos do curso de enfermagem durante o período do estágio docência.

Aos estudantes do Pibic, Natália, Alana, Alícia, Jadelson e Leandro, aprendi muito com cada um de vocês.

Ao meu grande amigo Lucas Kayzan, pelas noites de produção científica compartilhadas, pelos momentos de escuta qualificada, por toda paciência e compreensão a mim dispensadas.

A uma das pessoas mais doce e meiga que tenho a honra de conviver, Leilane, por me acalmar nos momentos de desespero e me fazer ver que há luz no fim do túnel.

A minha grande amiga, Alanna, por se fazer presente em momentos decisivos da minha vida e estar por perto apesar da distância.

As minhas amigas do peito, Claudiane e Suziane, por aguentarem o meu abuso.

As minhas enfermeiras padrão diamante, Amanda Figueira, Luana, Lorena, Aline, Rosa, Natália, Simone, Amanda e Samile, por estarem presentes mesmo com a distância e correrias do dia a dia.

A minha turma de mestrado “Dasein atípicos” vocês foram essenciais durante esse percurso e eu tive o prazer de conhecer pessoas que levarei para vida.

As minhas grandes parceiras de mestrado Poliana e Rita, vocês são as caras! Só tenho a agradecer todo companheirismo e palavras de apoio.

Ao Abel Albuquerque (pai Abel), por todo carinho, paciência e por não ter nos expulsado da sua residência quando deveria.

A Gustavo e Rízia, pelo empréstimo da mãe de vocês por um tempo considerável.

A banca examinadora, Valfrido Leão e Regina Sales, por todas as contribuições ofertadas para aprimorar o estudo. Em especial, a Regina Sales, por toda assistência e paciência ofertadas a mim. Não há palavras que possam expressar o quanto sou grata a você por toda ajuda.

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL), por financiar esta pesquisa.

A minha co-orientadora, Verônica de Medeiros Alves, por ser a pessoa que me estimula a seguir em frente, que não me deixar desistir durante o desânimo, que aguenta meus abusos e momentos de raiva, por ser aquela mão que segura e puxa, abre janelas, portas e caminhos para que eu possa seguir em frente. Um dia você me falou que o papel de um orientador é abrir portas, ensinar seu orientando a andar e estar ao lado para o que der e vier... e você tem feito isso desde a graduação. A seguir, há tópicos que abordam o poder que pessoas com esperança e boas energias fazem as pessoas ao redor, por motivá-las, apoiá-las e respeitá-las. E você tem sido essa pessoa em minha vida.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

Quando há ferrugem, no meu coração de lata.
É quando a fé ruge, e o meu coração dilata.

Quando a Fé Ruge (O Teatro Mágico)

RESUMO

Objetivo: Analisar a presença de desesperança em profissionais de enfermagem que atuam em serviços especializados em oncologia e sua relação com transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, risco de suicídio e outros transtornos mentais avaliados pelo Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 5.0.0). **Método:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado com 89 profissionais de enfermagem que atuam em Centros ou Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia em Alagoas. Coleta de dados: dados primários através de entrevista face a face utilizando os instrumentos: Formulário Sociodemográfico; Classificação de Estrato Socioeconômico pelo Critério de Classificação Econômico Brasil; Escala de Desesperança de Beck e Tradução Validada do *Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 5.0.0)*. Análise descritiva através da frequência relativa e absoluta, análise bivariada através dos testes *Mann-Whitney*, *Kruskal Wallis* e correlação de Spearman. Foi considerado intervalo de confiança de 95% e Valor $p < 0,05$. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, número 1.899.668. **Resultados:** identificou-se desesperança em 24,6% da amostra investigada, subdividida em nível de intensidade, leve (21,3%), moderado (1,1%) e grave (2,2%). Foi observada desesperança leve em todas as subcategorias de transtornos depressivos, tendo significância para depressão maior com média de 5,59, depressão melancólica média de 6,56 e distímia média de 5,50. Entre os transtornos de ansiedade foi observada diferença estatística significativa para desesperança leve e agorafobia média de 5,19 e desesperança moderada e fobia social média de 10,67. Houve significância entre desesperança e risco de suicídio com média de 8,00, sendo o alto risco para suicídio com nível de desesperança moderado média de 10,50. Ao analisar outros transtornos mentais, observou-se significância estatística para desesperança e dependência de álcool média de 5,33; dependência de substâncias média de 14,50 e transtorno de personalidade antissocial média de 5,67. **Conclusão:** a desesperança está presente em uma quantidade significativa de profissionais de enfermagem, sendo o nível leve o mais frequente. Foi observada ligação entre desesperança e adoecimento físico e/ou mental tendo em vista que os que referiram doença preexistente e comorbidades psiquiátricas apresentaram desesperança leve. Os profissionais de enfermagem com transtornos mentais, entre eles depressão, ansiedade e risco de suicídio tiveram variação na intensidade de desesperança.

Descritores: Enfermagem oncológica. Estresse ocupacional. Profissionais de enfermagem. Esperança. Desesperança. Transtornos mentais.

ABSTRACT

Objective: To analyze the presence of hopelessness in nursing professionals working in specialized oncology services and its relation with anxiety disorders, depressive disorders, suicide risk and other mental disorders evaluated by the Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 5.0.0). **Method:** A quantitative, descriptive and cross - sectional study with 89 nursing professionals working in Centers or Units of High Complexity in Oncology in Alagoas. Data collection: primary data through face-to-face interview using the instruments: Sociodemographic Form; Classification of Socioeconomic Stratum by the Economic Classification Criteria Brazil; Beck Despair Scale and Validation Translation of the Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 5.0.0). Descriptive analysis through relative and absolute frequency, bivariate analysis using the Mann-Whitney, Kruskal Wallis and Spearman correlation tests. It was considered a 95% confidence interval and value $p < 0.05$. Research approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas, number 1.899.668. **Results:** Mild despair was observed in all subcategories of depressive disorders, with significance for major depression with a mean of 5.59, mean melancholic depression of 6.56 and mean dysthymia of 5.50. Among the anxiety disorders, a significant statistical difference was observed for mild despair and average agoraphobia of 5.19 and moderate hopelessness and mean social phobia of 10.67. There was a significant difference between hopelessness and suicide risk with an average of 8.00, with a high risk of suicide with a moderate level of hopelessness of 10.50. When analyzing other mental disorders, statistical significance was observed for hopelessness and average alcohol dependence of 5.33; substance dependence of 14.50 and mean antisocial personality disorder of 5.67. **Conclusion:** hopelessness is present in a significant number of nursing professionals, with the light level being the most frequent. A link between hopelessness and physical and / or mental illness was observed, since those who reported preexisting disease and psychiatric comorbidities presented mild despair. Nursing professionals with mental disorders, among them depression, anxiety and suicide risk, varied in the intensity of hopelessness.

Key words: Oncological nursing. Occupational stress. Nursing professionals. Hope. Hopelessness. Mental disorders.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico, aspectos pessoais, de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.....	39
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.....	40
Tabela 3 – Número de filhos e residentes em casa de profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.....	40
Tabela 4 - Perfil sociodemográfico, aspectos profissionais, dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.....	40
Tabela 5 – Dados relacionados ao trabalho dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.....	41
Tabela 6 - Perfil sociodemográfico, aspectos habitacionais e estrato social, dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.....	41
Tabela 7 - Perfil sociodemográfico, aspectos de saúde, dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.....	42
Tabela 8 – Tempo de tratamento, acompanhamento psicológico e psiquiátrico dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.....	43
Tabela 9 - Frequência de desesperança em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas conforme o BSH, 2017.....	43
Tabela 10 – Frequência de transtornos depressivos em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas conforme o MINI, 2017. N=89.....	43
Tabela 11 - Frequência de transtornos de ansiedade em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas conforme o MINI, 2017. N=89.....	44
Tabela 12 – Frequência de Risco de suicídio em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas conforme o MINI, 2017. N=89.....	44
Tabela 13 – Frequência de outros transtornos mentais em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, conforme o MINI, 2017. N=89.....	44
Tabela 14– Frequência de comorbidades psiquiátricas em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas conforme o MINI, 2017.....	45
Tabela 15 – Associação entre desesperança e aspectos pessoais de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.....	45
Tabela 16 - Associação entre desesperança e aspectos familiares de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.....	46

Tabela 17 - Associação entre desesperança e aspectos profissionais de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.....	47
Tabela 18 – Associação de desesperança, aspectos habitacionais e estrato social de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.....	47
Tabela 19 - Associação de desesperança e aspectos de saúde de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.....	48
Tabela 20 – Associação entre desesperança e transtornos depressivos, conforme o MINI, em profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.....	49
Tabela 21 - Associação entre desesperança e transtornos de ansiedade, conforme o MINI, em profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.....	50
Tabela 22 - Associação entre desesperança e risco para suicídio, conforme o MINI, em profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.....	50
Tabela 23 – Associação entre desesperança e outros transtornos mentais do MINI em profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.....	51
Tabela 24 – Associação entre desesperança e comorbidades psiquiátricas, conforme o MINI, em profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.....	52
Tabela 25 – Correlação entre desesperança e fatores sociodemográficos, aspectos pessoais, profissionais e de saúde, de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS

AL - Alagoas;

BHS - Escala de Desesperança de Beck;

CACON – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia;

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial;

CID – Classificação Internacional de Doenças;

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature;

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais;

ESENFAR - Escola de Enfermagem e Farmácia;

HUPAA – Hospital Universitário Professor Alberto Antunes;

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde;

MINI - International Neuropsychiatric Interview;

MS - Ministério da Saúde;

OMS - Organização Mundial da Saúde;

SciELO - Scientific Electronic Library Online;

SPA – Substâncias Psicoativas;

SPSS - Statistical Package for Social Science;

SUS - Sistema Único de Saúde;

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada;

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

TDM - Transtorno Depressivo Maior;

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-traumático;

UFAL - Universidade Federal de Alagoas;

UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia;

WHO - World Health Organization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Objetivo	18
1.1.1	Objetivo geral	18
1.1.2	Objetivos específicos	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	Esperança e desesperança em profissionais de enfermagem.....	19
2.2	Ansiedade	21
2.3	Depressão	23
2.4	Suicídio.....	25
3	METODOLOGIA.....	29
3.1	Tipo de estudo	29
3.2	Local da Pesquisa	29
3.3	População	30
3.3.1	Critérios de inclusão	30
3.3.2	Critérios de exclusão.....	30
3.4	Coleta de dados.....	30
3.4.1	Planejamento e Operacionalização para a coleta de dados.....	31
3.4.2	Instrumentos para a coleta de dados	32
3.5	Variáveis.....	34
3.5.1	Variáveis dependentes	34
3.5.2	Variáveis independentes	34
3.5.3	Variáveis de confundimento	35
3.6	Sistematização dos dados	35
3.7	Procedimento para análise dos dados	36
3.8	Análise dos dados	36
3.9	Aspectos éticos	37
4	RESULTADOS	39
4.1	Perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem que atuam em serviços de oncologia de alta complexidade de Alagoas.....	39
4.2	Frequência de desesperança, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, risco de suicídio, outros transtornos mentais e comorbidades psiquiátricas em profissionais de enfermagem que atuam em Serviços de alta complexidade de Alagoas.	43

4.3 Associação entre desesperança e dados sociodemográficos	45
4.4 Associação entre desesperança, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, risco de suicídio, outros transtornos mentais e comorbidades psiquiátricas conforme MINI.	49
4.5 Correlação entre desesperança e fatores sociodemográficos.....	52
5 DISCUSSÃO	53
6 CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	73
APÊNDICE B - Formulário sociodemográfico.....	77
ANEXO A - Instrumento de identificação do estrato socioeconômico.....	78
ANEXO B - Escala de Desesperança de Beck (BHS).....	80
ANEXO C – M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview 5.0.0	81
ANEXO D - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	83

1 INTRODUÇÃO

Esperança é um sentimento subjetivo e individual vivenciado de forma única pela pessoa e é influenciada pelas experiências de vida e o modo de se reconhecer enquanto ser humano no mundo (LUZ, et al., 2016). Ela é reconhecida como um elemento importante para a saúde mental, haja vista sua importância durante a prevenção e processo de recuperação de transtornos mentais (WHO, 2010).

A esperança contribui com a manutenção da saúde mental, pois age diretamente na redução de fatores determinantes de adoecimento que provocam na pessoa sentimentos negativos e de apreensão. Além disso, ela estimula a autoestima, autoconfiança, resiliência, otimismo e empoderamento, fatores esses que contribuem para o bem-estar, qualidade de vida e relações interpessoais fortalecidas (QUERIDO; DIXE, 2016).

Todavia, quando a esperança sentida pela pessoa é abalada, pode ser que essa vivencie o sentimento de desesperança que afeta as relações interpessoais, a percepção de si, do outro e do mundo, provocando sentimentos negativos no qual a pessoa não consegue reconhecer esperança em nada ao redor (HAMMER; MOGENSEN; HALL, 2009).

Destaca-se que profissionais de saúde têm uma forte influência para o fortalecimento da esperança, empoderamento e otimismo da pessoa cuidada, principalmente quando estabelecem um relacionamento baseado na confiança, respeito e empatia (ERIKSEN, et al., 2014). Entre esses, estão os profissionais de enfermagem, que têm como objetivo principal de atuação profissional o cuidado. Por dispensarem maior tempo de atenção à pessoa cuidada e respectivos acompanhantes, são os primeiros a perceber as alterações físicas e emocionais nesses (SILVA et al., 2015).

Assim, a enfermagem tem um importante papel no estímulo da esperança à pessoa (NWEZE, et al., 2013). Entretanto, quando o profissional se sente desesperançado, sua atuação pode ter consequências, tendo em vista que há comprometimento em perceber a subjetividade do outro e o cuidado pode se tornar mecânico (YILDIZ, 2015).

Por terem uma condição de trabalho diferenciada, os profissionais de enfermagem vivenciam no ambiente de trabalho situações que colaboram para seu desgaste físico e emocional, pois presenciam constantemente as oscilações do humor, pensamento e comportamento de pessoas em tratamento, acompanhantes e demais profissionais. Somado a isso, condições de trabalho insalubres, pouco reconhecimento profissional e financeiro, cobranças internas e problemas familiares também são fatores que favorecem o adoecimento. Assim, estão propensos a desenvolver problemas voltados à saúde mental, como ansiedade,

depressão e risco de suicídio, interferindo assim, na qualidade de vida, e conseqüentemente, no seu desempenho profissional (BARBOSA et al., 2012; CHIANG, YM; CHANG, Y., 2012).

A prevalência de transtornos mentais como ansiedade, depressão e risco de suicídio em profissionais de enfermagem é maior quando comparado à população geral devido às características da profissão, tais como preocupações ocupacionais, desgaste físico e emocional (GAO et al., 2012; BARBOSA et al., 2012; VIEIRA et al., 2013). Quando estes atuam em serviços hospitalares, em setores como Unidade de Terapia Intensiva (UTI), centro cirúrgico, nefrologia, ambulatórios e oncologia tem maiores chances de serem acometidos por transtornos mentais (GAO et al., 2012).

Profissionais de enfermagem que atuam em serviços de oncologia vivem sob forte estresse emocional, presenciam regularmente a dor e a perda de pessoas, além de enfrentarem demais problemas comuns a outros serviços e setores da saúde, a citar sobrecarga de trabalho, relacionamento interpessoal conflituoso, baixa remuneração e dupla jornada de trabalho (CARVALHO et al., 2014). Circunstâncias como essas possibilitam o desgaste emocional e acometimento de transtornos mentais como ansiedade e depressão (FARIAS; MAIA, 2007).

A ansiedade é caracterizada quando há sentimento de apreensão ou receio ocasionados por estímulos externos ou internos que é exposto através de sintomas comportamentais, emocionais, cognitivos e físicos. Quando os níveis de ansiedade passam a interferir nas atividades de vida diária, na vida social e no funcionamento profissional, já é considerada como patológica e requer atenção e intervenção (VIDEBECK, 2012; NIMH, 2016).

A depressão é um grave transtorno de humor, incapacitante, que causa danos à vida pessoal e ao ambiente de trabalho, além de ter taxas elevadas de morbidade e mortalidade, ela tende a causar desânimo e pessimismo na pessoa, afetando sua interação social, autoestima, padrões de sono e apetite. Para ter diagnóstico de depressão, os sintomas devem estar presentes durante pelo menos duas semanas (DSM-5, 2014).

Estudos mostram que a depressão é uma das três doenças mais relatadas pelos profissionais de enfermagem causando danos no ambiente de trabalho e na vida pessoal, afetando, conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada (VIEIRA et al., 2013). O estado depressivo é uma condição relevante que predispõe ao comportamento suicida (BARBOSA et al., 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017) considerou a ansiedade e depressão como responsáveis por causar danos à vida da pessoa, dessa forma, a depressão ficou em primeiro lugar em causas de incapacidade global (7,5% de todos os anos de vida) e os transtornos ansiosos na 6ª posição (3,4%). Ademais, a depressão é o principal fator de risco

para morte por suicídio no qual há registros de aproximadamente 800.000 por ano no mundo (WHO, 2017).

Um dos possíveis desfechos de uma pessoa que enfrenta um quadro depressivo é o suicídio. Este é considerado um grave problema de saúde pública, principalmente pelo crescente número entre a população mais jovem, sendo uma das três principais causas de óbitos nesse público. Estima-se que anualmente, até 2020, mais de 1,5 milhão de pessoas irão cometer suicídio. De acordo com dados da OMS, o suicídio ocupa a décima quinta posição em causas de morte no mundo (WHO, 2014).

O Brasil ocupa a oitava posição no mundo em número de suicídios e a taxa segue aumentando progressivamente, cerca de 21%, em um intervalo de 20 anos. As taxas aumentam com a idade, principalmente para o sexo masculino. Em geral, os homens brasileiros se suicidam de duas a quatro vezes mais que as mulheres (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). No entanto, a mortalidade por suicídio no Brasil pode ser maior, haja vista a subnotificação de casos nos serviços de saúde e institutos médicos legais (MACHADO; SANTOS, 2015).

O suicídio e o comportamento suicida são os resultados de uma combinação de fatores de risco individuais, ocorrência de estressores e das características da doença naquele determinado momento da vida do indivíduo. Estima-se que aproximadamente 90% das vítimas de suicídio apresentam um transtorno mental diagnosticável, assim como a maioria das pessoas que o tentam. Apesar disso, percebe-se que a maioria dos indivíduos com transtornos psiquiátricos nunca tentou se matar (NERY-FERNANDES; MIRANDA-SCIPPA, 2013).

Sabe-se que a desesperança é um importante fator que colabora para o sofrimento e adoecimento mental, propiciando assim, o desenvolvimento de transtornos mentais. A desesperança é um dos sintomas indicativos para a depressão. Vale ressaltar, que pessoas com desesperança têm maior risco de suicídio por não conseguirem perceber sentido de vida (WHO, 2016).

Acrescenta-se que comorbidade de transtornos mentais, em especial a ansiedade e a depressão, aumenta significativamente os fatores de risco para o suicídio (VASCONCELOS; LÔBO; NETO, 2015). Considerando que os trabalhadores da enfermagem são mais susceptíveis ao sofrimento mental, a desenvolverem transtornos mentais, ao risco para suicídio, tudo isso torna-se mais potencializado quando atuam em setores com alto índice de estresse, a exemplo da oncologia.

Com isso, o objeto desse estudo é a desesperança apresentada por profissionais de enfermagem que atuam em serviços especializados em oncologia de instituições em Alagoas, e

sua relação com a presença de transtornos mentais e risco para suicídio. O interesse em abordar esse tema surgiu a partir da vivência da pesquisadora em lidar com diferentes sentimentos ao presenciar o sofrimento e perda de pessoas com câncer e por perceber o quanto os profissionais de enfermagem, têm papel essencial no cuidado, seja ele físico ou mental, dispensados à pessoa acometida por câncer e aos familiares.

Ressalta-se a dificuldade de literatura disponível sobre o objeto supracitado nas bases de dados investigadas, a citar: Web of Science, Scopus, Pubmed/Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Sendo relevante fornecer informações para o meio científico e verificar aspectos de saúde mental dos profissionais de enfermagem de serviços especializados em oncologia.

Sendo assim, a questão que norteia este estudo é: **os profissionais de enfermagem que atuam em serviços especializados em oncologia apresentam desesperança associada a transtornos mentais?** Tendo como objetivo: Analisar a presença de desesperança em profissionais de enfermagem que atuam em serviços especializados em oncologia e sua relação com transtornos mentais e risco de suicídio avaliados pelo Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 5.0.0).

Este estudo tem como hipóteses:

H₀ – Profissionais de enfermagem que atuam em setores especializados em oncologia não apresentam desesperança associada com transtornos mentais e risco para suicídio.

H₁ – Profissionais de enfermagem que exercem suas atividades laborais em serviços especializados em oncologia apresentam desesperança associada com transtornos mentais e risco para suicídio.

1.1 Objetivo

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a presença de desesperança em profissionais de enfermagem que atuam em serviços especializados em oncologia.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar níveis de intensidade de desesperança;
- Identificar subtipos de ansiedade e depressão;
- Identificar o risco de suicídio;
- Identificar se existe relação entre desesperança e transtornos mentais e risco de suicídio.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Esperança e desesperança em profissionais de enfermagem

A esperança é reconhecida como importante componente que influencia a promoção da saúde mental (WHO, 2010). Tendo em vista que se manifesta através do bem-estar, otimismo, empatia, confiança, autoestima e resiliência (QUERIDO; DIXE, 2016). Ela é compreendida de forma individualizada e subjetiva, sendo influenciada por fatores inerentes a situações do cotidiano, relações sociais, interpessoais e familiares, bem-estar físico e mental e condições laborais adequadas para o bom desempenho profissional (LUZ, et al., 2016).

Por ser influenciada por fatores pessoais e por causas externas, a pessoa pode experimentar momentos de esperança e desesperança em fases distintas da vida. Destaca-se que quando há esperança o indivíduo não reconhece desesperança em nada a sua volta, pois os sentimentos que prevalecem o leva a se manter otimista na vida, ter boas relações sociais e manifestar interesse pela subjetividade das pessoas ao redor. Todavia, quando há desesperança, a pessoa não consegue perceber aspectos positivos da vida, tende a se isolar e exibir sentimentos de tristeza, desespero, desânimo, culpa e desprazer (HAMMER; MOGENSEN; HALL, 2009; BATISTA; PAWLOWYTSCH, 2012).

Sentimentos de esperança e desesperança são difundidos para o meio no qual a pessoa está inserida, podendo incentivá-la ou desestimulá-la. Logo, ao sentir esperança são disseminados sentimentos de positividade, a pessoa tende a ter relações sociais fortalecidas e empatia, o oposto ocorre na desesperança (MOORE, 2005; CAVACO, 2010).

Profissionais de saúde podem utilizar a esperança como meio para o cuidado, pois têm papel importante no estímulo de pessoas em condição de saúde debilitada, principalmente quando compreendem a subjetividade do outro e respeitam a dor, sentimentos e limitações (ERIKSEN, et al., 2014). O trabalho desempenhado pelos profissionais de enfermagem tem grande importância no estímulo da esperança e empoderamento do outro (NWEZE, et al., 2013). Principalmente em serviços específicos como o da oncologia em que as incertezas e a ideia de finitude são mais presentes (LUZ, et al., 2016).

O cuidado de enfermagem à pessoa acometida com câncer e seus familiares tem suas particularidades, já que há um envolvimento emocional entre esses devido o tempo de permanência no serviço, as características da doença e do tratamento. Desse modo, a atuação dos profissionais de enfermagem é importante para estimular a esperança e incentivar a pessoa no processo de enfrentamento durante a reabilitação. Entretanto, as dificuldades relacionadas

ao trabalho e aos aspectos pessoais vivenciados pela equipe de enfermagem influenciam o cuidado e atenção dispensados à pessoa em tratamento, acarretando ao profissional labilidade e desgaste emocional, contribuindo para o afastamento e bloqueio de sentimentos, fatores esses protetivos na evitação do sofrimento (LUZ, et al., 2016; ALENCAR, et al., 2017).

Profissionais de saúde de serviços oncológicos elencaram fatores que contribuem para a satisfação e insatisfação no ambiente de trabalho, entre os que geram satisfação estão: relação com as pessoas assistidas, reconhecimento dessas e de seus acompanhantes devido sua atuação profissional e qualidade de assistência prestada. Todavia, entre os que contribuem para insatisfação no ambiente de trabalho, adoecimento físico e mental dos profissionais estão: as condições insalubres de trabalho nos serviços, dinâmica organizacional, intervenção e avaliação dos gestores, sobrecarga de trabalho, morte da pessoa cuidada, falta de reconhecimento advindo dos gestores e demais profissionais, rotatividade no setor, comodidade precária para as pessoas em tratamento e acompanhantes e dificuldade de articulação entre os serviços de saúde (BORDIGNON, et al., 2015).

Ademais, a atuação profissional em serviços de oncologia pode propiciar estados emocionais distintos que trazem efeitos para a vida pessoal, influencia o modo de se perceber enquanto ser humano e estar no mundo e contribui com aspectos voltados à espiritualidade. Entre as emoções vivenciadas estão a tristeza, medo, desespero, raiva, revolta, paciência, tranquilidade, amor, calma, sensibilidade, equilíbrio, felicidade e esperança (CARVALHO, et al., 2014; ALENCAR, et al., 2017).

Sabe-se que o sentimento vivenciado pela pessoa pode influenciar na sua atuação profissional; quando o profissional apresenta desesperança, sua relação com a pessoa cuidada pode ser afetada devido à dificuldade de compreensão das necessidades e particularidades do outro (YILDIZ, 2015). Ademais, a desesperança propicia o desenvolvimento de transtornos mentais devido ao sofrimento que causa (WHO, 2016).

Os transtornos mentais são evidenciados porque causam intenso sofrimento, limitações e comprometimento significativo à vida (WHO, 2001). É um problema de saúde pública mundial que afeta todas as classes sociais sem distinção e constitui 12% do total de doenças e incapacidades no mundo, além de causar estigma e outros problemas (REIS, MERCEDES, MIASSO, et al., 2013).

O índice de adoecimento mental é maior entre os profissionais de saúde quando comparados à população geral, sendo os profissionais de enfermagem mais propensos a esse adoecimento devido às características da profissão como desgaste físico e emocional, sentimento de desvalorização ocasionado pelas baixas remunerações e pouco reconhecimento

profissional. Entre os transtornos mentais mais frequentes estão a depressão e a ansiedade, somados ao estresse ocupacional (CHEUNG; YIP, 2015; CHEUNG; YIP, 2016).

Entre os transtornos mentais que mais acometem os profissionais de enfermagem encontram-se a ansiedade, depressão e risco de suicídio (GAO, 2012). Isso pode ser constatado no estudo de Alves et al (2015), que identificou que 70% dos enfermeiros de um hospital em Arapiraca/AL apresentaram ansiedade e 32,0% depressão. E em estudo de Yoon e Kim (2013), com profissionais de enfermagem para avaliar sintomas depressivos e estresse no trabalho mostrou que 37,7% desses tinham sintomas depressivos. Dados semelhantes foram observados em estudo realizado na China com equipe de enfermagem no qual constatou que 35,8% apresentou depressão e 37,3% ansiedade (CHEUNG; YIP, 2015; CHEUNG; YIP, 2016).

De acordo com Silva et al (2015), “O profissional de enfermagem deve ser compreendido para além de um trabalhador da saúde, deve ser visto como uma pessoa que também pode sofrer danos à própria saúde”. Sendo assim, ele deve ser visto na sua singularidade, como uma pessoa que tem necessidades, sentimentos, sonhos, objetivos e não está imune ao adoecimento.

Considerando que entre os transtornos mentais que mais acometem os profissionais de enfermagem encontram-se a ansiedade, depressão e risco de suicídio, estes serão descritos a seguir.

2.2 Ansiedade

A ansiedade é caracterizada como um sentimento normal quando vivenciada de modo que não cause à pessoa danos emocionais, pessoais e sociais em grande proporção. Ela é tida como um fator que contribui para o desenvolvimento e realização pessoal (CROCQ, 2015; NIMH, 2016).

Durante a vida, sentir-se ansioso é inevitável, pois é através desta ansiedade que o indivíduo se sente motivado a agir em determinadas situações para solucionar problemas e lidar com as crises. Com isso, é considerada normal quando experienciada de maneira apropriada para a situação e desaparece assim que essa é resolvida (VIDEBECK, 2012; NIMH, 2016).

Pessoas com transtornos de ansiedade podem apresentar comportamentos incomuns, como pânico sem razão, medo inexplicável, angústia, agitação, dificuldade para pensar e raciocinar, taquicardia, tremores, dor no peito, sensação de sufocamento e cefaleia. Os sintomas podem variar em graus de intensidade, podendo ser leve, moderado ou grave (DSM-5, 2014; NIMH, 2016; WHO, 2017).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (2014), os transtornos ansiosos incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Eles diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideiação cognitiva associada (DSM-5, 2014).

Os transtornos ansiosos são separados conforme sua apresentação. Entre eles pode-se citar: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG); Transtorno de Ansiedade de Separação; Mutismo Seletivo; Fobia Específica; Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social); Transtorno de Pânico; Agorafobia; Transtorno de Ansiedade induzido por Substância/Medicamento; Transtorno de Ansiedade devido a outra condição médica; Outro Transtorno de Ansiedade Especificado e Transtorno de Ansiedade Não Especificado (DSM-5, 2014).

Os transtornos ansiosos não possuem uma causa específica determinada. Todavia, há evidências científicas a respeito de fatores genéticos, bioquímicos, neuroanatômicos, psicológicos e relacionados a outras condições clínicas e experiências de vida que contribuem para o desenvolvimento da ansiedade (VIDEBACK, 2012; STEFANELI; FUKADA; ARANTES, 2017).

Além dos fatores supracitados, vale ressaltar que existem outros fatores que predis põem os transtornos ansiosos, em especial, se a pessoa for do sexo feminino, divorciadas ou viúvas, que tenham apresentado timidez ou inibição comportamental durante a infância, com baixo poder aquisitivo, exposição a estresse no cotidiano e histórico familiar de transtornos mentais, entre eles a ansiedade (NIMH, 2016).

O número de pessoas diagnosticadas com transtornos ansiosos no mundo é de aproximadamente 264 milhões de indivíduos (3,6%), refletindo aumento de 14,9% entre 2005 e 2015 tendo em vista o aumento populacional. Os transtornos de ansiedade são mais frequentes em mulheres (4,6%) que em homens (2,6%). Foi verificado que no continente americano cerca de 7,7% da população feminina sofria de transtornos de ansiedade, tendo maior prevalência entre as faixas etárias mais jovens (WHO, 2017).

De acordo com a OMS (2017), o Brasil apresentou incidência de 9,3% em casos de transtornos de ansiedade, estando o país do continente americano com os maiores índices de pessoas com ansiedade. Dado esse, que representa 18,6 milhões de brasileiros com o problema que podem ter danos significativos na qualidade de vida provocados pelas limitações ocasionadas pelo transtorno, caso não recebam o tratamento adequado.

2.3 Depressão

A depressão é considerada o transtorno mental mais antigo e diagnosticável descrito na história (CORDÁS; EMILIO, 2017), sendo caracterizado por humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo, alterações nítidas no afeto, tristeza profunda, ganho ou perda de peso significativo, insônia ou hipersonia, perda de interesse por situações ou coisas que antes eram prazerosas, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de culpa, baixa autoestima, sensação de cansaço, falta de concentração e pensamento de morte. Ela é uma síndrome clínica heterogênea com sinais e sintomas diferenciados subdivididos em graus de intensidade, podendo ser leve, moderado ou grave (DSM – 5, 2014; BATISTA, CARLOTTO, MOREIRA, 2013; GUEDES et. al., 2015; WHO, 2017).

De acordo com o DSM – 5 (2014), o transtorno depressivo é subdividido de acordo com a gravidade, momento, etiologia presumida e duração dos sinais e sintomas, entre eles: transtorno depressivo maior (TDM), transtorno depressivo persistente (Distímia), transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

De acordo com a OMS (2017), existem diversos determinantes para os problemas de saúde mental, tais como: fatores individuais: capacidade de gerenciar seus pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros; fatores sociais; culturais, econômicos; políticos e ambientais, como as políticas nacionais, a proteção social, hábitos de vida, condições de trabalho, apoio da comunidade, dentre outros (WHO, 2017).

Desse modo, existem vários fatores que contribuem para a depressão, entre eles: pobreza, desemprego, acontecimentos estressores na vida como a morte de um ente querido, fim de relacionamentos, doenças físicas e problemas decorrentes do consumo de substâncias psicoativas (SPA), todavia ela pode afetar pessoas de todas as idades, em todas as fases da vida (WHO, 2017).

Ademais, os sintomas podem ser agrupados conforme o comprometimento, tendo grupos com sintomas emocionais, cognitivos, físicos e motivacionais. Os sintomas emocionais são caracterizados por tristeza, abatimento, falta de esperança, infelicidade, anedonia¹, choro constante e, em casos graves, isolamento e ideação suicida. Nos sintomas cognitivos, há

¹ Perda de interesse ou de prazer (CHENIAUX, 2014).

pensamentos pessimistas e negativos, perda de memória, dificuldade de resolver problemas e sentimento de culpa. Os sintomas físicos são evidenciados a partir da fadiga, alterações nos padrões de sono, apetite e diminuição de atividade física. Os sintomas motivacionais são determinados através da passividade apresentada pela pessoa, baixa energia e hipobulia² para desempenhar necessidades humanas básicas como higiene e alimentação (BATISTA, CARLOTTO, MOREIRA, 2013).

Existem várias ideias referentes aos fatores associados à depressão, como desequilíbrios químicos cerebrais, características de personalidade, vulnerabilidade genética e eventos situacionais. A depressão tem causa multifatorial levando em conta fatores psicológicos, biológicos, sociais, culturais, ambientais, econômicos, familiares e de saúde (KLIJS, et. al., 2016). Entretanto, apesar do conhecimento de diversos fatores etiológicos relacionados à depressão, sua verdadeira causa é desconhecida haja vista que o diagnóstico é eminentemente clínico, não sendo confirmado por exames laboratoriais (CHENIAUX, 2014).

A depressão altera o humor, afetando o modo de ver o mundo, bem como de sentir a realidade, atingindo 10% a 15% da população por ano, sendo mais prevalente em mulheres na proporção de 2:1. É considerado um dos principais fatores de risco para o suicídio (SILVA; MODESTO; DUAILIBI, 2013).

De acordo com informações do OMS (2017) foi estimado que a depressão é responsável por 4,4% da carga global de doenças, sendo a maior causa de incapacidade no mundo. Cerca de 4,4% da população mundial apresentou depressão no ano de 2015, afetando mais mulheres (5,1%) que homens (3,6%). A taxa de prevalência variou conforme a idade, sendo a faixa etária entre 55 a 75 anos a mais suscetível com valores acima de 7,5% para mulheres e 5,5% entre os homens.

Cerca de 322 milhões de pessoas vivem com depressão no mundo e, aproximadamente, metade dessas pessoas está no continente asiático, sendo a Índia e a China os países com maior índice de pessoas com depressão haja vista a maior quantidade da população. Vale ressaltar que o número estimado de pessoas com depressão aumentou 18,4% entre 2005 e 2015, refletindo o crescimento da população mundial, bem como o aumento proporcional da depressão entre as faixas etárias (WHO, 2017).

Essa realidade em relação ao aumento de pessoas com depressão em alguns países no mundo também é visualizada no Brasil, tendo em vista informações referentes a um estudo realizado pela OMS com a participação de dezoito países desenvolvidos e subdesenvolvidos no

² Diminuição da vontade (CHENIAUX, 2014).

qual foi verificado que o Brasil ocupa a terceira colocação entre os que apresentaram maiores taxas de depressão em sua população. Foi identificado que 18,4% dos brasileiros já tiveram pelo menos um episódio depressivo durante a vida. Vale ressaltar que foi o único país subdesenvolvido a apresentar taxas de depressão elevadas e semelhantes aos países desenvolvidos como Estados Unidos, França Holanda e Nova Zelândia (BROMET et al., 2011).

Essas informações corroboram com o estudo de coorte executado pela Escola Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) entre 2008 e 2010 para avaliar a presença de transtornos mentais entre os participantes em que mostrou que 26,8% desses apresentaram sintomas que se enquadravam aos critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10), sendo observada a presença de ansiedade e episódios depressivos entre os participantes, com taxas de prevalência de 25,3% e 4,2%, respectivamente. Ademais, a prevalência desses transtornos mentais foi maior entre as mulheres, os mais jovens e com baixa escolaridade (NUNES et al., 2016).

2.4 Suicídio

O suicídio é definido como decisão individual em executar um ato, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, cuja resolução final seja a morte (WHO, 2014). É a última característica do comportamento suicida, no qual também engloba os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio. No espectro do comportamento suicida, o suicídio é a ponta de um iceberg (BOTEGA, 2015).

O risco de suicídio é definido como a probabilidade de o comportamento suicida levar a pessoa a cometer o suicídio. Dessa forma, a presença de ideação suicida é considerada como um fator importante para o risco de suicídio, além da recorrência de tentativas de suicídio (BOTEGA, 2015). Vale ressaltar, que o risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas anteriores e também está associado a intervalos de tempo menores entre essas tentativas (ALVES et al., 2014).

A OMS (2014) define tentativa de suicídio como “qualquer tipo de comportamento auto lesivo não fatal, com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas de que a pessoa tinha a intenção morrer”. Entretanto, vale ressaltar que nem toda lesão autoprovocada pode ser considerada como uma tentativa de suicídio, tendo em vista que estes atos podem se enquadrar como um meio em que a pessoa encontrou para alívio do sofrimento sem que haja a intenção de se matar (WHO, 2014).

Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. No entanto, não há em nenhum país, um registro de abrangência nacional dessas tentativas. Sabe-se que o ato de tentar suicídio apenas uma vez já se torna um fator de risco para uma próxima tentativa, aumentando o risco de suicídio em, aproximadamente, cem vezes em relação a população geral (BOTEGA, 2014). Com isso, é importante que a atenção voltada para a pessoa que tenta suicídio seja serena e eficaz, pois ela traz consigo um sinal de alerta para que se busque estratégias para evitar um futuro suicídio (BOTEGA, 2015).

A tentativa de suicídio é um evento violento que traz graves repercussões e alterações na vida tanto da pessoa que tenta quanto das que a cerca. Além dessas alterações, a pessoa lida diariamente com estigmas decorrentes da tentativa, que por muitas vezes, acaba sendo um complicador para o enfrentamento do problema (ALVES et al., 2014). Ademais, gera prejuízos e traz impactos pessoais, sociais e econômicos significativos na vida de quem tenta. Além de danos psicológicos, sociais e físicos permanentes ou de longa duração a depender dos meios utilizados para efetivar o ato (BOTEGA, 2015).

Destaca-se que o risco para suicídio é influenciado pela presença de fatores sociais, psicológicos, culturais, individuais e relacionais que podem induzir a pessoa ao comportamento suicida (WHO, 2014). Há outros fatores que também contribuem para o risco de suicídio, entre eles: transtorno mental; situação econômica; desigualdade social; idade e sexo do indivíduo; escolaridade; região geográfica; urbanização; desemprego; problemas de identidade sexual; exposição a armas de fogo; situações de perda; exposição a situações de estresse extremo como abuso sexual, instabilidade familiar; baixa realização pessoal; Síndrome de Burnout e histórico de suicídio na família (FERREIRA et al., 2014; SILVA et al., 2015; FERREIRA, 2016).

Entre os transtornos mentais que estão associados as maiores taxas de suicídio estão: depressão, transtorno bipolar, alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas, transtornos de personalidade e esquizofrenia. Pessoas que tenham múltiplas comorbidades psiquiátricas têm um maior risco para cometer suicídio (ALVES, 2014; WHO, 2014; ALVES, 2016).

Existem algumas características, que atreladas a fatores de risco para o suicídio, podem ser indicativos para a possível ação suicida. Essas características recebem o codinome de “8 D’s” - Dor psíquica, Desespero, Desesperança, Desamparo, Depressão, Dependência química, Delírio e Delirium. Deve-se perceber a presença dessas características e agir imediatamente pode ajudar a pessoa no enfrentamento direto do problema, além de contribuir para melhorias na sua qualidade de vida e nas relações intrapessoal e interpessoais com familiares e pessoas próximas (BOTEGA, 2015; CFP, 2013).

Além dos fatores de risco, existem fatores que são considerados como protetores e devem ser incentivados na prevenção do suicídio. Entre eles: ter disposição para buscar apoio, ter apoio familiar, bons relacionamentos interpessoais, participar de eventos sociais, ter prática religiosa, estar empregado, ter acesso a serviços de saúde mental, ter boa qualidade de vida, ter sono regular, entre outros (BOTEGA, 2015).

Segundo a OMS (2014) o número de óbitos decorrentes de suicídio chegou à marca de 804 mil pessoas no mundo, no ano de 2012. Estima-se que até 2020 esse número de morte por suicídio dobre, chegando a ultrapassar o número de óbitos ocasionados por homicídio e guerra. Além disso, há informações que a cada pessoa que tira a própria vida, pelo menos seis pessoas próximas sofreram com esse impacto.

O Brasil ocupa a oitava posição mundial no número de suicídios. Em 2012 foram registrados 11.821 óbitos, com média de 30 suicídios por dia, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres. Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes decorrentes de suicídio, tendo um aumento de aproximadamente 30% em jovens. Vale ressaltar que esse dado pode não representar com veracidade a situação real do país devido à subnotificação do número de suicídios e por conta da taxa de variabilidade regional (WHO, 2014).

Estudo realizado na China com profissionais de enfermagem comprovou que o suicídio está entre as cinco principais causas de óbitos entre enfermeiros. Este grupo apresenta risco elevado para suicídio e esse fato pode estar relacionado à carga horária exaustiva, ambientes de trabalho insalubres, falta de autonomia e insatisfação no trabalho (CHEUNG; YIP, 2016).

Os enfermeiros apresentaram alto risco para cometer suicídio em estudo realizado com profissionais de saúde, sendo maior do que a população geral em países como Dinamarca, Austrália e Nova Zelândia. Já na Noruega, o enfermeiro apresenta maior prevalência de suicídio consumado quando comparado com outros profissionais da saúde (BARBOSA, 2012).

A depressão foi citada como o transtorno mental com maior prevalência entre os casos de suicídio de profissionais da saúde da Austrália, sendo observado que 59,3% dos médicos que cometeram suicídio tinham transtorno mental prévio, 55,9% dos enfermeiros e 44,7% dos professores (KÖLVES; DE LEO, 2013).

Profissionais de enfermagem que tentam suicídio têm mais chances de ter transtornos mentais. Sendo a depressão a mais associada ao risco de suicídio, seguida pela ansiedade, alteração no padrão de sono e repouso e transtornos de personalidade (CHEUNG; LEE; YIP, 2016; CHEUNG; YIP, 2016; KÖLVES; DE LEO, 2013; PILGRIM; DORWARD;

DRUMMER, 2017; BRAQUEHAIS et al., 2015). Além de Síndrome de Burnout e baixa realização pessoal (SILVA et al., 2015).

Sendo assim, é importante identificar fatores que contribuem para o adoecimento do profissional de enfermagem, o coloca em risco de vida e afeta o seu desempenho profissional para que se possa traçar metas que contribuam na recuperação e manutenção da saúde mental. Além disso, eliminar ou reduzir as causas geradoras de sofrimento e desesperança sentidos pelo profissional pode contribuir para o bem-estar, fortalecimento das relações humanas, autoestima, otimismo, resiliência, autoconfiança, autonomia, empatia e empoderamento. Elementos esses essenciais para promoção da saúde mental e bom desempenho laboral.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal que analisou a presença de desesperança em profissionais de enfermagem que trabalhavam em serviços especializados em oncologia.

Os estudos descritivos têm como objetivo descrever, em termos quantitativos, a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Os estudos transversais, também conhecidos como estudos seccionais ou estudos de prevalência, visam analisar a relação entre exposição e prevalência do evento estudado em indivíduos de uma população em um único momento, não havendo acompanhamento desses indivíduos posteriormente. Nos estudos transversais, os participantes são selecionados aleatoriamente (BARBOSA et al., 2014).

3.2 Local da Pesquisa

Para a realização da pesquisa, foram escolhidos os serviços de oncologia de alta complexidade - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de Alagoas. Esse tipo de serviço especializado no tratamento de neoplasias fica sob responsabilidade de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista a complexidade e especificidade de assistência exigida. Além de ofertar atendimento de alta qualidade a todas as pessoas que precisam do serviço sem distinção de classe social e renda.

Os CACON e UNACON foram definidos através da portaria ministerial nº 741, de 19 de dezembro de 2005 e, em 27 de fevereiro de 2014, através da Portaria nº 140, foram redefinidos os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e definido as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014).

Os CACON são hospitais que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, todavia não é obrigado a tratar cânceres raros e infantis. Ele deve oferecer tratamento cirúrgico, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar. Já os UNACON também são hospitais que realizam o diagnóstico definitivo do câncer, porém oferecem tratamento para os cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido.

O UNACON pode oferecer minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, entretanto, a unidade hospitalar deve ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente (BRASIL, 2014).

O Estado de Alagoas possui cinco serviços dessa natureza, todos foram convidados a fazer parte desta pesquisa, porém um se recusou.

Desse modo, a amostra foi composta por profissionais de enfermagem de quatro instituições de saúde, sendo duas localizadas no município de Maceió/AL e duas em Arapiraca/AL.

3.3 População

A pesquisa foi realizada com 100% (89) dos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que trabalhavam em serviços de oncologia de alta complexidade das instituições participantes situadas em Alagoas. A participação de profissionais que atuavam em mais de um dos serviços foi computada apenas uma vez.

3.3.1 Critérios de inclusão

- Ser profissional de enfermagem (Enfermeiro, Técnico de enfermagem ou Auxiliar de enfermagem);
- Atuar nos serviços de oncologia de alta complexidade das instituições participantes.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Ter menos que seis meses de atuação em um dos setores selecionados. Esse limite de tempo foi baseado no estudo realizado por Carvalho et al. (2014), que avaliou a gestão das emoções de profissionais de saúde de serviços oncológicos.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu entre 01 de agosto a 31 de outubro de 2017, nos serviços oncológicos de alta complexidade localizados no município de Arapiraca-AL e Maceió. Nesse período a pesquisadora, especialista em saúde mental, e quatro colaboradores, um especialista em saúde mental, um enfermeiro com experiência em saúde mental e dois graduandos do último

ano do curso de enfermagem, estiveram inseridos nos serviços todos os dias e turnos de trabalho, tendo em vista a rotatividade de profissionais de acordo com a escala de serviço. Desse modo, as entrevistas foram realizadas nos turnos da manhã, tarde e noite, de domingo a domingo para que todos os profissionais fossem contemplados.

Os dados foram primários, coletados nos serviços oncológicos de alta complexidade de Alagoas por meio de entrevistas face a face utilizando o aplicativo ODK Collect v1.12.2 instalado em tablets com o sistema operacional Android e a ferramenta KoBoToolbox em que foram inseridos todos os instrumentos utilizados na versão digital e criado o formulário online. A utilização dessa ferramenta e do aplicativo ODK Collect otimizou a coleta de dados haja vista que permitiu a coleta, o armazenamento e o compartilhamento de dados com o Microsoft Office Excel.

3.4.1 Planejamento e Operacionalização para a coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados, os locais do estudo foram visitados para esclarecer os objetivos da pesquisa, acordar os horários, dias e locais adequados para aplicação dos instrumentos. Concomitantemente, foi realizada a capacitação, treinamento e calibração com os quatro colaboradores do estudo. Na qual contou com dez encontros durante os meses de agosto e setembro de 2017, cada um com duração de quatro horas. Ademais, a pesquisadora responsável iniciou a coletada de dados sozinha enquanto capacitava os colaboradores.

A capacitação para a coleta foi conduzida pela pesquisadora responsável especialista na área de saúde mental e na aplicação dos instrumentos. No primeiro encontro, foram dadas orientações gerais a respeito dos transtornos mentais investigados no estudo, foi realizada a apresentação e leitura detalhada de cada instrumento com o intuito de demonstrar o que cada um avalia, foi explicado como deveria ser a maneira correta de conduzir a entrevista com o objetivo de não induzir respostas e ter o mesmo padrão de perguntas, evitando, assim, viés de aferição.

Os encontros iniciais foram realizados em grupo, todos os colaboradores foram orientados a aplicar os instrumentos entre si e com outras pessoas para que cada dúvida que surgisse durante a aplicação de cada instrumento fosse esclarecida. Em seguida, cada colaborador aplicou o instrumento com outro membro do grupo na frente da pesquisadora para serem feitas as observações, e por fim, foram liberados para realizar a coleta de dados nos serviços de saúde após aplicação dos instrumentos com a pesquisadora responsável.

Ao chegar nos serviços para realizar a coleta de dados, foi disponibilizada uma sala para que os participantes se sentissem à vontade para responder as perguntas, garantindo assim, sua privacidade. Antes de iniciar a aplicação dos instrumentos, cada profissional foi convidado a participar da pesquisa, em que foram explicados os objetivos do estudo, as contribuições desse para o meio profissional e científico, os riscos e benefícios no qual estavam expostos, que não haveria compensação financeira pela sua participação, sendo essa de livre escolha, que a coleta de dados não iria afetar as atividades laborais, que o sigilo e a confidencialidade seriam garantidos e que poderiam retirar o consentimento em qualquer fase do estudo.

Após os esclarecimentos, os profissionais de enfermagem foram convidados a participar desta pesquisa com sua permissão firmada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (APÊNDICE A).

As aplicações dos instrumentos foram realizadas individualmente, utilizando o aplicativo ODK Collect v1.12.2 no qual constou todos os instrumentos na versão digital. As entrevistas não tiveram limite de tempo para aplicação e, ao final da pesquisa, os participantes interessados foram informados que poderiam ter acesso individual aos resultados de seu teste.

3.4.2 Instrumentos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista face a face, utilizando o aplicativo ODK Collect v1.12.2, instalado em tablets com o sistema operacional Android, nos quais foram inseridos os seguintes instrumentos em formato digital:

- **Formulário Sociodemográfico.** (APÊNDICE B).

Formulário adaptado baseado na pesquisa: *A Epidemiologia dos Transtornos Mentais e do Uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas*. Foram utilizadas variáveis independentes como idade, sexo, estado conjugal, cor/raça, anos de estudo, ocupação, renda mensal, número de empregos, tempo de atuação profissional, moradia, situação da moradia, destino do lixo, número de residentes em casa, responsável familiar, número de filhos, dinâmica familiar, tipo de convênio/seguro de saúde, doenças preexistentes, tratamento médico, medicamentoso e/ou alternativo e acompanhamento psicológico.

- **Classificação de Estrato Socioeconômico pelo Critério de Classificação Econômico Brasil.** (ANEXO A).

Instrumento criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, que permite identificar a classificação do estrato social, conforme apresentado no “Critério de Classificação Econômica Brasil, classificando a população brasileira em seis estratos socioeconômicos denominados A – Alta classe alta, B1 – Baixa classe alta; B2 – Alta classe média; C1 – Média classe média; C2 – Baixa classe média; DE – Vulnerável, pobre e extremamente pobre (ABEP, 2016).

- **Escala de Desesperança de Beck (BHS).** (ANEXO B).

Trata-se de um questionário validado na versão em português por Cunha (2001), que tem por finalidade avaliar a dimensão do pessimismo ou “da extensão das atitudes negativas frente ao futuro”. O questionário apresenta 20 frases, com duas possibilidades de respostas: verdadeiro ou falso, 9 são classificados como verdadeiros e 11 como falsos, podendo os resultados obtidos ir de 0 a 20. A classificação que indica a desesperança, varia de (0-3) nível mínimo de desesperança, (4-8) nível leve, (9-14) nível moderado e (>14) nível grave.

Segundo Cunha (2001), o instrumento apresenta índices de precisão por alfa de Cronbach variando entre 0,51 a 0,86 em amostras não-clínicas.

- **Tradução Validada do *Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 5.0.0)*.** (ANEXO C).

Trata-se de um questionário de entrevista diagnóstica padronizada de rápida aplicação (15-30 minutos), validado no Brasil, que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (AMORIM, 2000).

O M.I.N.I. 5.0.0 Versão Brasileira, está dividido em 16 módulos, identificados por letras, correspondentes as categorias diagnósticas do DSM-IV: A) Episódio Depressivo Maior, B) Transtorno Distímico, C) Risco de Suicídio, D) Episódio (Hipo)Maníaco; E) Transtorno de Pânico, F) Agorafobia, G) Fobia Social, H) Transtorno Obsessivo Compulsivo, I) Transtorno de Estresse Pós-Traumático, J) Dependência/Abuso de Álcool, K) Dependência/Abuso de Substâncias (Não Alcoólicas), L) Síndrome Psicótica, M) Anorexia Nervosa, N) Bulimia Nervosa, O) Transtorno de Ansiedade Generalizada, P) Transtorno da Personalidade Antissocial (M.I.N.I., 2002).

As características psicométricas da entrevista M.I.N.I. são: sensibilidade de 96%, especificidade de 88%, valor preditivo positivo de 87%, valor preditivo negativo de 97% e eficiência de 91% (AMORIM, 2000).

3.5 Variáveis

Este estudo considerou variáveis dependentes, independentes e de confundimento para investigação:

3.5.1 Variáveis dependentes

- Desesperança: Classificada conforme intensidade: Desesperança ausente; desesperança leve; desesperança moderada; desesperança grave e classificada conforme média de desesperança.

3.5.2 Variáveis independentes

Variáveis identificadas mediante a aplicação do *Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 5.0.0)*, classificadas em possui (sim) ou não possui (não).

- Ansiedade;
- Depressão;
- Risco de suicídio;

Variáveis sociodemográficas, categorizada em aspectos pessoais, familiares, profissionais, habitacionais e de saúde.

- Sexo: classificada em feminino e masculino;
- Idade em anos completos: classificada por média de idade;
- Faixa etária: dividida em conformidade ao DATASUS: $15 \leq 19$, $20 - 29$, $30 - 39$, $40 - 49$, $50 - 59$, $60 - 69$, $70 - 79$ e ≥ 80 .
- Estado conjugal: classificada em possui ou não possui companheiro (a), independentemente do tipo da união;

- Etnia: classificada em: indígena, preto, pardo, amarelo e branco;
- Filhos: classificada em tem filhos ou não tem filhos;
- Média do número de filhos: classificada em quantidade de filhos;
- Grau máximo de estudo cursado: classificada em: nenhum, fundamental, médio, superior e pós-graduação;
- Média da renda mensal: classificada conforme valor recebido em reais;
- Moradia: classificada em própria/cedida ou alugada/financiada;
- Média de pessoas residentes: classificada em quantidade de residentes no domicílio;
- Responsável família: classificada em: eu (próprio entrevistado) ou cônjuge/pai/mãe/outros;
- Dinâmica da família: classificada em harmoniosa ou conflituosa/negligente;
- Tipo de Convênio/Seguro de Saúde: classificada em particular/suplementar ou SUS;
- Estrato Social: classificada segundo o Critério de Classificação Econômico (BRASIL, 2016), com classes sociais assim designadas: A - Alta classe alta; B1- Baixa classe alta; B2- Alta classe média; C1- Média classe média; C2- Baixa classe média; DE- Vulnerável, pobre e extremamente pobre.

3.5.3 Variáveis de confundimento

- Tratamento medicamentoso e/ou alternativo: classificada em sim ou não;
- Acompanhamento psicológico: classificada em sim ou não; e na média de acordo com tempo de acompanhamento psicológico realizado;
- Tratamento psiquiátrico: classificada em sim ou não; e média conforme o tempo de tratamento psiquiátrico realizado;
- Tempo de atuação profissional: classificada através de anos completos de atuação profissional;
- Quantidade de emprego: classificada em um vínculo e dois ou mais vínculos; e na média do número de empregos.

3.6 Sistematização dos dados

Os dados coletados por meio do aplicativo ODK Collect foram enviados via internet para o banco de dados do programa Microsoft® Excel® versão 2016 para Windows versão

1511. Em seguida, foi realizada a revisão e codificação do banco de dados visando corrigir erros de digitação e possíveis inconsistências. Posteriormente, as variáveis do estudo foram codificadas para o banco de dados do pacote estatístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.) for Windows versão 22.0.

3.7 Procedimento para análise dos dados

O tratamento estatístico foi realizado através de frequência relativa e absoluta, além de análise bivariada, com a finalidade de verificar a existência de associação. Foi realizado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (KS) e de Shapiro-Wilk (SW) para verificar a distribuição das variáveis e quais testes estatísticos deveriam ser utilizados. Logo, foram utilizados testes não paramétricos, após verificar que as distribuições das variáveis foram não normais. Entre eles: *Mann-Whitney (U)* para analisar variáveis contínuas e dicotômicas e *Kruskal Wallis (H)* para analisar variáveis contínuas e variáveis com mais de uma categoria. Além de teste de correlação de Spearman para verificar as relações lineares ou não.

Utilizou-se a significância de p valor $<0,05$ para medir o nível de probabilidade. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança.

3.8 Análise dos dados

Os resultados obtidos neste estudo foram apresentados em forma tabelas após o tratamento estatístico e identificação de significância estatística dos dados. Em seguida, as informações foram interpretadas e discutidas com base em outras pesquisas científicas que se referissem aos transtornos ansiosos e depressivos, ideação suicida e risco de suicídio em profissionais de enfermagem, além da relação a outros fatores.

A apresentação dos resultados foi organizada conforme características das variáveis, desse modo, as que correspondem aos aspectos sociodemográficos foram agrupadas em cinco categorias.

1. Variáveis pessoais: sexo, faixa etária, idade, etnia/cor da pele e religião;
2. Variáveis profissionais: ocupação, média da renda, número de empregos, tempo de atuação profissional na enfermagem, tempo de atuação profissional em serviços oncológicos;
3. Variáveis de família: situação conjugal, responsável familiar, filhos, média de filhos, residentes em casa e dinâmica familiar;

4. Variáveis habitacionais e estrato social: tipo de moradia, situação da moradia, estrato social;
5. Variáveis sobre condições de saúde: convênio/seguro de saúde, doença preexistente, realização de tratamento, acompanhamento psicológico.

A apresentação das informações referentes a associação entre ansiedade, depressão, risco de suicídio e outros transtornos mentais foram agrupadas conforme as categorias definidas pelo DSM-5.

1. Transtornos de Ansiedade: Transtorno de Ansiedade Generalizada, Fobia Social, Transtorno do Pânico, Ataques póbres e Agorafobia.
2. Transtornos depressivos: Transtorno Depressivo Maior Atual, Transtorno Depressivo Maior Recorrente, Transtorno Depressivo Maior Melancólico e Transtorno Distímico.
3. Risco de suicídio: Ausente, baixo, moderado e grave.

3.9 Aspectos éticos

O estudo atendeu aos aspectos éticos dispostos na Resolução n° 466/2012 do Ministério da Saúde, na qual determina as normas e diretrizes que regulam as pesquisas que envolvem seres humanos. Foram respeitados os princípios bioéticos referentes à autonomia, não maleficência, beneficência e justiça na pesquisa. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com Parecer Consubstanciado de Autorização sob número 1.899.668. (ANEXO D).

Os participantes foram devidamente informados a respeito da pesquisa, sendo sua participação firmada após atender todos os critérios de inclusão e após assinatura do TCLE em duas vias, sendo uma entregue ao participante e outra ficou com a pesquisadora.

Os riscos que esta pesquisa apresentou foram:

- Causar algum tipo de constrangimento e desconforto como cansaço, emoções, incômodo durante a entrevista, haja vista a natureza das informações requeridas;
- Eventuais problemas de armazenamento dos dados coletados, resultando em perdas de informações, cabendo às pesquisadoras a responsabilidade de utilizar medidas que minimizassem esses riscos.

A fim de minimizar tais riscos, os participantes foram esclarecidos a respeito dos riscos que estavam expostos e que poderiam retirar o consentimento em qualquer etapa da pesquisa.

Além disso, a coleta de dados aconteceu em uma sala cedida pelos coordenadores dos setores, contribuindo para a privacidade e sigilo das informações.

Foi prestada assistência aos participantes que apresentaram ansiedade, depressão ou risco de suicídio e, aos que ainda não estavam realizando acompanhamento psicológico, foi sugerido que iniciassem o tratamento na própria instituição haja vista que existe o setor de saúde do trabalhador.

Os benefícios desta pesquisa foram:

- Identificar os profissionais de enfermagem que apresentaram sinais e sintomas de sofrimento mental com o objetivo de subsidiar gestores dos serviços hospitalares a traçar possíveis intervenções e ações de prevenção/tratamento que colaborem para a melhoria da qualidade de vida destes profissionais e, conseqüentemente, melhor atuação profissional, além de diminuição dos índices de afastamento no serviço;
- Proporcionar aos profissionais um momento para exporem suas angústias e inquietações;
- Contribuir com o meio científico, com informações sobre a presença de sinais e sintomas de transtornos mentais em profissionais de enfermagem que atuam nos setores de oncologia.

Por fim, ressalta-se que a confidencialidade e a privacidade dos participantes foram garantidos e continuarão a ser mesmo após a divulgação dos dados em eventos e periódicos científicos.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão expostos em forma de tabelas e agrupados conforme categoria. A priori, serão apresentados os dados sociodemográficos da população geral de profissionais de enfermagem que trabalham em serviços de oncologia de alta complexidade de Alagoas de acordo com aspectos pessoais, familiares, profissionais, habitacionais, estrato social e condições de saúde. Em seguida, serão apresentadas as frequências de desesperança, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, risco de suicídio, outros transtornos mentais do MINI e comorbidades psiquiátricas. Posteriormente, serão apresentadas tabelas referentes à associação de desesperança com fatores sociodemográficos, aspectos pessoais, familiares, profissionais, habitacionais e estrato social e condições de saúde, transtornos depressivos, transtornos ansiosos, risco de suicídio, outros transtornos mentais do MINI e comorbidades psiquiátricas. E por fim, correlação entre desesperança e fatores sociodemográficos.

4.1 Perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem que atuam em serviços de oncologia de alta complexidade de Alagoas.

A amostra deste estudo foi composta por 89 profissionais de enfermagem atuantes em serviços oncológicos de Alagoas, mais da metade eram do sexo feminino (86,5%), com média de idade de 39,16 (\pm 8,51) anos, na faixa etária de 30 a 39 anos (43,8%), se autodeclararam pardos (62,9%) e possuem religião (89,9%). (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico, aspectos pessoais, de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.

	N = 89	%
Sexo		
Feminino	77	86,5
Masculino	12	13,5
Faixa etária		
20 - 29	11	12,4
30 - 39	39	43,8
40 – 49	27	30,4
50 – 59	10	11,2
60 – 69	2	2,2
Etnia		
Pardo	56	62,9
Branco	19	21,3
Preto	11	12,4
Amarela	3	3,4
Religião		
Possui	80	89,9
Não possui	9	10,1

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Ao analisar os aspectos familiares dos profissionais de enfermagem, observou-se que metade da amostra possui companheiro(a) (55,1%), são responsáveis pela renda familiar (84,3%), têm filhos (66,3%) e declararam ter convívio familiar harmônico (92,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.

	N = 89	%
Situação conjugal		
Com companheiro(a)	49	55,1
Sem companheiro(a)	40	44,9
Responsável familiar		
Eu	75	84,3
Cônjuge/outros	14	15,7
Filhos		
Sim	59	66,3
Não	30	33,7
Dinâmica familiar		
Harmoniosa	82	92,1
Conflituosa/negligente	7	7,9

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

A média de filhos foi de 1,30 ($\pm 1,20$) e apresentou ainda uma média de 3,00 ($\pm 1,22$) pessoas residindo na casa. (Tabela 3).

Tabela 3 – Número de filhos e residentes em casa de profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.

	Média	\pm SD	Mínimo	Máximo	IC 95%
Idade	39,16	8,51	23	61	37,36-40,95
Número de filhos	1,30	1,20	0	6	1,05-1,56
Número de residentes em casa	3,00	1,22	1	5	2,74-3,26

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Em relação aos aspectos profissionais, foi verificado que mais da metade da amostra atua na instituição 1 (79,8%), com maior número de técnicos de enfermagem (45,0%), seguidos por enfermeiros (39,3%) e auxiliares de enfermagem (15,7%) e possui apenas um vínculo empregatício (58,4%). (Tabela 4).

Tabela 4 - Perfil sociodemográfico, aspectos profissionais, dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.

	N = 89	%
Instituição		
1	71	79,8
2	9	10,1
3	6	6,7
4	3	3,4

(Continua)

Tabela 5 - Perfil sociodemográfico, aspectos profissionais, dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89

	N = 89	(Conclusão) %
Ocupação		
Auxiliar de enfermagem	14	15,7
Técnico de enfermagem	40	45,0
Enfermeiro	35	39,3
Número de empregos		
1	52	58,4
2 ou +	37	41,6

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Foi verificado que a renda média dos profissionais de enfermagem foi de R\$ 5.578,03 (\pm 2895,12), com tempo médio de experiência profissional na enfermagem de 14,06 (\pm 8,07) anos e tempo médio de atuação na oncologia de 5,65 (\pm 6,78) anos. (Tabela 5).

Tabela 6 – Dados relacionados ao trabalho dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.

	Média	\pm SD	Mínimo	Máximo	IC 95%
Renda	5.578,03	2895,12	1.100,00	15.000,00	4968,17-6187,90
Número de empregos	1,44	0,54	1	3	1,32-1,55
Tempo de atuação na enfermagem	14,06	8,07	2	37	12,36-15,76
Tempo de atuação na oncologia	5,65	6,78	0,11	34,0	4,22-7,07

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Em relação aos aspectos habitacionais e estrato social, foi observado que mais da metade da amostra tem moradia própria (73,0%), estão alocados na classe média, sendo a alta classe média com maior frequência (33,7%), seguido pela média classe média (29,2%) e baixa classe média (22,5%). (Tabela 6).

Tabela 7 - Perfil sociodemográfico, aspectos habitacionais e estrato social, dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.

	N = 89	%
Situação da moradia		
Própria/financiada/herdada	65	73,0
Alugada	24	27,0
Estrato social		
A	3	3,4
B1	4	4,5
B2	30	33,7
C1	26	29,2
C2	20	22,5
DE	6	6,7

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Ao verificar as condições de saúde da amostra estudada, observou-se que mais de três quartos da amostra possui plano de saúde (87,6%), mais da metade não referiu doença preexistente (62,9%), doenças relacionadas ao aparelho circulatório foram as mais relatadas pelos participantes (36,4%). Entre os que informaram ter doença preexistente apenas 28,1% fazia tratamento, sendo o medicamentoso o mais utilizado (80,0%). As classes medicamentosas mais utilizadas foram os anti-hipertensivos (45,0%) e os antidepressivos (20,0%). Apenas 9,0% da amostra fazia acompanhamento psicológico e 4,5%, tratamento psiquiátrico. (Tabela 7).

Tabela 8 - Perfil sociodemográfico, aspectos de saúde, dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.

	N = 89	%
Convênio de saúde		
Plano de saúde/suplementar	78	87,6
SUS	11	12,4
Doença preexistente		
Possui	33	37,1
Não possui	56	62,9
Aparelho Circulatório (n=33)		
Sim	12	36,4
Não	21	63,6
Tratamento		
Sim	25	28,1
Não	64	71,9
Tipo de tratamento (n=25)		
Medicamentoso	20	80,0
Outros	5	20,0
Anti-hipertensivo (n=20)		
Sim	9	45,0
Não	11	55,0
Antidepressivo (n=20)		
Sim	4	20,0
Não	16	80,0
Acompanhamento psicológico		
Sim	8	9,0
Não	81	91,0
Acompanhamento psiquiátrico		
Sim	4	4,5
Não	85	95,5

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

A média de tempo de tratamento de doenças preexistentes, acompanhamento psicológico e psiquiátrico em que os profissionais de enfermagem estavam realizando foi de 5,20 ($\pm 5,98$); 1,47 (± 1) e 4,25 ($\pm 4,28$) anos, respectivamente. (Tabela 8).

Tabela 9 – Tempo de tratamento, acompanhamento psicológico e psiquiátrico dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017.

	Média	SD±	Mínimo	Máximo	IC 95%
Tempo de tratamento	5,20	5,98	0,1	24,0	2,73-7,67
Tempo de acompanhamento psicológico	1,47	1,67	0,2	5,0	0,07-2,87
Tempo de tratamento psiquiátrico	4,25	4,28	0,6	10,0	-2,57-11,07

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

4.2 Frequência de desesperança, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, risco de suicídio, outros transtornos mentais e comorbidades psiquiátricas em profissionais de enfermagem que atuam em Serviços de alta complexidade de Alagoas.

Ao verificar a frequência de desesperança apresentada pelos participantes, observou-se que mais da metade da amostra apresentou desesperança mínima (75,4%), seguida por desesperança leve (21,3%), grave (2,2%) e moderada (1,1%). (Tabela 9).

Tabela 10 - Frequência de desesperança em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas conforme o BSH, 2017.

	N = 89	(%)
Desesperança mínimo	67	75,4
Desesperança leve	19	21,3
Desesperança moderada	1	1,1
Desesperança grave	2	2,2

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

A frequência de transtornos depressivos, segundo o MINI, apontou que 19,1% da amostra preencheu os critérios diagnósticos para episódio depressivo maior (EDM), 13,5% para episódio depressivo recorrente, 10,1% para episódio depressivo maior com características melancólicas e 6,7% para transtorno distímico. (Tabela 10).

Tabela 11 – Frequência de transtornos depressivos em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas conforme o MINI, 2017. N=89.

	Transtornos depressivos	
	Sim N (%)	Não N (%)
Episódio depressivo maior atual	17(19,1)	72 (80,9)
Episódio depressivo maior recorrente	12 (13,5)	77 (86,5)
Episódio depressivo maior com características melancólicas	9 (10,1)	80 (89,9)
Transtorno distímico	6 (6,7)	83 (93,3)

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Ao verificar a frequência de transtornos de ansiedade, conforme classificação do MINI, observou-se que 18,0% da população geral preencheu os critérios diagnósticos para agorafobia atual, 10,1% para transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e 3,4% para fobia social. (Tabela 11).

Tabela 12 - Frequência de transtornos de ansiedade em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas conforme o MINI, 2017. N=89

	Transtornos de ansiedade	
	Sim N (%)	Não N (%)
Transtorno de Pânico	9 (10,1)	80 (89,1)
Agorafobia	16 (18,0)	73 (82,0)
Fobia social	3 (3,4)	86 (96,6)
Transtorno de Ansiedade Generalizada	9 (10,1)	80 (89,9)

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Apenas 4 participantes (4,5%) preencheram os critérios diagnósticos para risco de suicídio conforme o MINI, desses, metade se enquadraram em baixo risco (50,0%) e a outra metade no alto risco para suicídio (50,0%). (Tabela 12).

Tabela 13 – Frequência de Risco de suicídio em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas conforme o MINI, 2017. N=89.

	Risco de suicídio	
	Sim N (%)	Não N (%)
Risco de Suicídio	4 (4,5)	85 (95,5)
Classificação de risco de suicídio		
Baixo	2 (50,0)	
Alto	2 (50,0)	

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Ao averiguar a frequência de outros transtornos mentais apresentados por profissionais de enfermagem foi evidenciado que 7,9% apresentou mania; 5,6% hipomania e síndrome psicótica; 3,4% Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), dependência de álcool, bulimia nervosa e transtorno de personalidade antissocial; 2,2% dependência de substâncias e 1,1% abuso de substâncias. (Tabela 13).

Tabela 14 – Frequência de outros transtornos mentais em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, conforme o MINI, 2017. N=89.

(Continua)

	Transtornos Mentais MINI	
	Sim N (%)	Não N (%)
Hipomania	5 (5,6)	84 (94,4)
Mania	7 (7,9)	82 (92,1)
Transtorno de Estresse Pós-Traumático - TEPT	3 (3,4)	86 (96,6)
Dependência de álcool	3 (3,4)	86 (96,6)
Dependência de Substâncias	2 (2,2)	87 (97,8)

Tabela 13 – Frequência de outros transtornos mentais em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas, conforme o MINI, 2017. N=89.

(Conclusão)

	Transtornos Mentais MINI	
	Sim N (%)	Não N (%)
Abuso de Substâncias	1 (1,1)	88 (98,9)
Síndrome Psicótica	5 (5,6)	84 (94,4)
Bulimia Nervosa	3 (3,4)	86 (96,6)
Transtorno de Personalidade Antissocial	3 (3,4)	86 (96,6)

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Ao verificar a presença de comorbidades psiquiátricas, notou-se que 43,8% apresentou comorbidades psiquiátricas. (Tabela 14).

Tabela 15– Frequência de comorbidades psiquiátricas em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de alta complexidade de Alagoas conforme o MINI, 2017.

	N = 89	%
Sim	39	43,8
Não	50	56,2

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

4.3 Associação entre desesperança e dados sociodemográficos

Ao analisar a associação entre média de desesperança com fatores sociodemográficos, aspectos pessoais, constatou-se que a média de desesperança do sexo masculino foi maior em relação ao sexo feminino, 3,50 (\pm 1,88) e 2,83 (\pm 3,28), respectivamente. A média de desesperança foi maior entre a faixa etária de 30 a 39 anos (\bar{x} 3,67; \pm 3,97), entre os participantes que se declararam brancos (\bar{x} 3,16; \pm 2,48) e não possuem religião (\bar{x} 4,44; \pm 5,61). (Tabela 15).

Tabela 16 – Associação entre desesperança e aspectos pessoais de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.

(Continua)

	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	Valor ρ	IC 95%
Sexo					
Feminino	2,83 (3,28)	0	18	0,05* ^U	2,09-3,58
Masculino	3,50 (1,88)	2	8		2,30-4,70
Faixa etária					
20 – 29	2,55 (3,11)	0	11	0,08 ^H	0,46-4,63
30 – 39	3,67 (3,97)	0	18		2,38-4,95
40 – 49	2,70 (1,87)	0	7		1,96-3,45
50 – 59	1,40 (1,43)	0	4		0,38-2,42
60 – 69	1,00 (1,41)	0	2		-11,71-13,71
Etnia					
Pardo	2,86 (3,50)	0	18	0,57 ^H	1,92-3,80
Branco	3,16 (2,48)	0	11		1,96-4,35
Preto	2,64 (2,29)	0	7		1,10-4,18
Amarelo	3,67 (3,21)	0	6		-4,32-11,65

Tabela 17 – Associação entre desesperança e aspectos pessoais de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.

	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	Valor ρ	IC 95%
(Conclusão)					
Religião					
Possui	2,75 (2,73)	0	18	0,56 ^U	2,14-3,36
Não possui	4,44 (5,61)	0	18		0,13-8,76

Fonte: Banco de dados da Pesquisa

^U Teste de Mann-Whitney; ^H Teste de Kruskal-Wallis; * $\rho < 0,05$

Ao associar desesperança com fatores sociodemográficos relacionados a aspectos familiares, não houve diferença estatística significativa, porém as maiores médias de desesperança foram observadas nos(as) profissionais que tinham companheiro(a) (\bar{x} 3,24; \pm 3,14), que o cônjuge ou outro membro familiar era o responsável pela renda (\bar{x} 3,07; \pm 2,30), nos que não tinham filhos (\bar{x} 3,40; \pm 4,56) e tinham convívio familiar conflituoso ou negligente (\bar{x} 5,43; \pm 6,05). (Tabela 16).

Tabela 18 - Associação entre desesperança e aspectos familiares de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.

	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	Valor ρ	IC 95%
Situação conjugal					
Com companheiro(a)	3,24 (3,14)	0	18	0,08 ^U	2,34-4,15
Sem Companheiro(a)	2,53 (3,11)	0	18		1,53-3,52
Responsável familiar					
Eu	2,89 (3,27)	0	18	0,45 ^U	2,14-3,65
Cônjuge/outros	3,07 (2,30)	0	8		1,74-4,40
Tem Filhos					
Sim	2,68 (2,07)	0	8	0,77 ^U	2,14-3,22
Não	3,40 (4,56)	0	18		1,70-5,10
Dinâmica familiar					
Harmoniosa	2,71 (2,71)	0	18	0,19 ^U	2,11-3,30
Conflituosa/negligente	5,43 (6,05)	0	18		-0,17-11,03

Fonte: Banco de dados da Pesquisa

^U Teste de Mann-Whitney; * $\rho < 0,05$

Ao verificar a associação entre desesperança e fatores sociodemográficos relacionados a aspectos profissionais, constatou-se que não houve diferença estatística significativa. A maior média de desesperança foi visualizada na instituição 2 (\bar{x} 3,50; \pm 2,74), em enfermeiros (\bar{x} 3,20; \pm 3,50) e nos profissionais com apenas um vínculo empregatício (\bar{x} 3,02; \pm 3,56). (Tabela 17).

Tabela 19 - Associação entre desesperança e aspectos profissionais de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.

	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	Valor ρ	IC 95%
Instituição					
1	2,94 (3,32)	0	18	0,06 ^H	2,16-3,73
2	3,50 (2,74)	1	8		0,63-6,37
3	3,22 (1,98)	1	8		1,70-4,75
4	0,33 (0,57)	0	1		-1,10-1,77
Ocupação					
Auxiliar	2,14 (2,44)	0	8	0,35 ^H	0,73-3,55
Técnico	2,95 (3,02)	0	18		1,98-3,92
Enfermeiro	3,20 (3,50)	0	18		2,00-4,40
Número de emprego					
1	3,02 (3,56)	0	18	0,85 ^U	2,03-4,01
2 ou mais	2,78 (2,44)	0	11		1,97-3,60

Fonte: Banco de dados da Pesquisa

^U Teste de Mann-Whitney; ^H Teste de Kruskal-Wallis; * $\rho < 0,05$

A associação entre desesperança, aspectos habitacionais e estrato social, exposto na tabela 18, não apresentou diferença estatística significativa, todavia, as maiores médias foram visualizadas em profissionais de enfermagem que relataram ter moradia própria, financiada ou herdada (\bar{x} 3,06; \pm 3,41) e na média classe social média (\bar{x} 3,88; \pm 4,93).

Tabela 20 – Associação de desesperança, aspectos habitacionais e estrato social de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.

	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	Valor ρ	IC 95%
Situação de moradia					
Própria/financiada/herdada	3,06 (3,41)	0	18	0,92 ^U	2,22-3,91
Alugada	2,54 (2,22)	0	11		1,60-3,48
Estrato Social					
A	3,67 (2,08)	2	6	0,81 ^H	-1,50-8,84
B1	3,25 (2,22)	1	6		-0,28-6,78
B2	2,43 (1,88)	0	8		1,73-3,14
C1	3,88 (4,93)	0	18		1,89-5,87
C2	2,35 (1,69)	0	6		1,56-3,14
DE	2,50 (2,58)	0	7		-0,22-5,22

Fonte: Banco de dados da Pesquisa

^U Teste de Mann-Whitney; ^H Teste de Kruskal-Wallis; * $\rho < 0,05$

Ao analisar a associação entre desesperança e aspectos de saúde, constatou-se que os participantes que afirmaram ter doença preexistente apresentaram média para desesperança de 4,24 (\pm 3,61) e de 2,14 (\pm 2,53) que não tem. Entre os que relataram doença preexistente relacionada ao aparelho circulatório a média de desesperança foi de 2,50 (\pm 2,06); e de 5,24 (\pm 5,24) para outras condições clínicas.

A média de desesperança para os participantes que realizavam tratamento foi de 4,20 (\pm 3,92) e de 2,42 (\pm 2,64) para os que não realizavam. O tratamento medicamentoso foi o mais relatado, sendo o uso de medicamentos antidepressivos com maior média para desesperança (\bar{x}

10,0; \pm 5,91) em relação à 2,81 (\pm 1,97) para quem não utiliza antidepressivo. O uso de anti-hipertensivos obteve média de 2,11 (\pm 1,90) enquanto que o não uso teve média 6,00 (\pm 4,75).

Os profissionais que realizavam acompanhamento psiquiátrico apresentaram média 8,00 (\pm 6,78) para desesperança em relação a 2,68 (\pm 2,70) para quem não tinha acompanhamento psiquiátrico.

Dessa forma, observou-se diferença estatística significativa em doença preexistente ($\rho = 0,00$), doenças do aparelho circulatório ($\rho = 0,02$), realização de tratamento ($\rho = 0,01$), tratamento medicamentoso com antidepressivos ($\rho = 0,00$) e anti-hipertensivos ($\rho = 0,02$) e acompanhamento psiquiátrico ($\rho = 0,00$). (Tabela 19).

Tabela 21 - Associação de desesperança e aspectos de saúde de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.

	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	Valor ρ	IC 95%
Tipo de Convênio					
Plano de saúde/suplementar	2,99 (3,24)	0	18	0,76	2,26-3,72
SUS	2,45 (2,25)	0	8		
Doença preexistente					
Sim	4,24 (3,61)	0	18	0,00*	2,96-5,52
Não	2,14 (2,53)	0	18		
Aparelho circulatório (n=32)					
Sim	2,50 (2,06)	0	6	0,02*	1,19-3,81
Não	5,24 (3,96)	2	18		
Tratamento					
Sim	4,20 (3,92)	0	18	0,01*	2,58-5,82
Não	2,42 (2,64)	0	18		
Qual tratamento (n = 25)					
Medicamentoso	4,25 (4,17)	0	18	0,82	2,30-6,20
Outro	4,00 (3,08)	0	8		
Tratamento medicamentoso (n=20)					
Antidepressivo (n=20)					
Sim	10,00 (5,94)	5	18	0,00*	0,54-19,46
Não	2,81 (1,97)	0	6		
Anti-hipertensivo (n = 20)					
Sim	2,11 (1,90)	0	6	0,02*	0,65-3,57
Não	6,00 (4,75)	2	18		
Acompanhamento psicológico					
Sim	6,38 (7,27)	1	18	0,16	0,30-12,45
Não	2,58 (2,20)	0	11		
Acompanhamento psiquiátrico					
Sim	8,00 (6,78)	3	18	0,00*	-2,79-18,79
Não	2,68 (2,70)	0	18		

Fonte: Banco de dados da Pesquisa

^U Teste de Mann-Whitney

* $\rho < 0,05$

4.4 Associação entre desesperança, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, risco de suicídio, outros transtornos mentais e comorbidades psiquiátricas conforme MINI.

Ao realizar a associação entre desesperança e transtornos depressivos, de acordo com as subcategorias do MINI, observou-se diferença estatística significativa para transtorno depressivo maior ($p = 0,02$), com média de 5,59 ($\pm 5,58$) para quem preencheu os critérios diagnósticos de depressão maior e de 2,29 ($\pm 1,74$) para quem não tem. O transtorno depressivo melancólico também foi estatisticamente significativo ($p = 0,02$), com média de 6,56 ($\pm 5,62$) para quem tem depressão melancólica e 2,51 ($\pm 2,46$) para quem não tem. Da mesma forma apresenta-se o transtorno distímico ($p = 0,01$), com média de 5,50 ($\pm 3,15$) para quem apresentou distímia e 2,73 ($\pm 3,07$) para quem não tem. (Tabela 20).

Tabela 22 – Associação entre desesperança e transtornos depressivos, conforme o MINI, em profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89

	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	Valor p	IC 95%
Transtorno Depressivo Maior					
Sim	5,59 (5,58)	0	18	0,02*	2,72 – 8,46
Não	2,29 (1,74)	0	8		1,88 – 2,70
Transtorno depressivo recorrente					
Sim	2,50 (1,93)	0	6	0,91	1,27-3,73
Não	2,99 (3,28)	0	18		2,24-3,73
Transtorno depressivo melancólico					
Sim	6,56 (5,62)	0	18	0,02*	2,24-10,87
Não	2,51 (2,46)	0	18		1,97-3,06
Transtorno Distímico					
Sim	5,50 (3,15)	2	11	0,01*	2,20-8,80
Não	2,73 (3,07)	0	18		2,07-3,40

Fonte: Banco de dados da Pesquisa

^U Teste de Mann-Whitney

* $p < 0,05$

Ao associar desesperança com transtornos de ansiedade, de acordo com categorias do MINI, observou-se diferença estatística significativa para agorafobia atual ($p = 0,002$), com média de 5,19 ($\pm 4,79$) de desesperança para quem apresentou agorafobia e 2,42 ($\pm 2,41$) para quem não tem. Ademais, também houve significância para fobia social ($p = 0,00$), média de 10,67 ($\pm 6,43$) de desesperança para quem tem fobia social e 2,65 ($\pm 2,64$) para quem não tem. Todavia, apesar de não haver diferença estatística significativa para transtorno de pânico,

ressalta-se que quem preencheu os critérios diagnósticos para esse transtorno apresentou média de 6,00 (\pm 5,59) para desesperança. (Tabela 21).

Tabela 23 - Associação entre desesperança e transtornos de ansiedade, conforme o MINI, em profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.

	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	Valor ρ	IC 95%
Transtorno de Pânico					
Sim	6,00 (5,59)	0	18	0,07	1,70-10,30
Não	2,58 (2,56)	0	18		
Agorafobia atual					
Sim	5,19 (4,79)	0	18	0,02*	2,63-7,74
Não	2,42 (2,41)	0	18		
Fobia Social					
Sim	10,67 (6,43)	6	18	0,00*	-5,30-26,64
Não	2,65 (2,64)	0	18		
Transtorno de Ansiedade Generalizada					
Sim	2,00 (0,71)	1	3	0,56	1,46-2,54
Não	3,03 (3,28)	0	18		

Fonte: Banco de dados da Pesquisa

^U Teste de Mann-Whitney

* $\rho < 0,05$; **

A análise entre desesperança e risco de suicídio, conforme informações do MINI, apontaram significância estatística ($\rho = 0,00$) com média de 8,00 (\pm 6,79) de desesperança para quem tem risco para suicídio e de 2,68 (\pm 2,71) para quem não tem risco. Além disso, quem teve risco de suicídio alto apresentou média 10,50 (\pm 10,61) de desesperança e 2,75 (\pm 2,71) para baixo risco. (Tabela 22).

Tabela 24 - Associação entre desesperança e risco para suicídio, conforme o MINI, em profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.

	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	Valor ρ	IC 95%
Risco de Suicídio					
Sim	8,00 (6,78)	3	18	0,00*	-2,79-18,79
Não	2,68 (2,71)	0	18		
Classificação de risco de suicídio					
Baixo	2,75 (2,71)	0	18	0,11	2,17-3,33
Alto	10,50 (10,61)	3	18		

Fonte: Banco de dados da Pesquisa

^U Teste de Mann-Whitney

* $\rho < 0,05$

Ao realizar a associação entre desesperança e outros transtornos mentais avaliados no MINI, constatou-se significância para dependência de álcool ($\rho = 0,02$), dependência de substâncias ($\rho = 0,00$) e transtorno de personalidade antissocial ($\rho = 0,02$). A média de

desesperança de quem apresentou dependência de álcool foi de 5,33 (\pm 1,15) em relação a 2,84 (\pm 3,15) de quem não é dependente. Entre os profissionais com dependência de substâncias a média de desesperança foi de 14,50 (\pm 4,95) e de 2,66 (\pm 2,56) de quem não é dependente de substâncias. Quem apresentou transtorno de personalidade antissocial obteve média de 5,67 (\pm 1,53) de desesperança quando comparado a 2,83 (\pm 3,13) de quem não apresenta essa classificação diagnóstica. (Tabela 23).

Apesar de não ter apresentado significância, as médias de desesperança dos que apresentaram hipomania (\bar{x} 4,60; \pm 7,60), mania (\bar{x} 4,43; \pm 2,82) e transtorno de estresse pós-traumático (\bar{x} 5,00; \pm 3,00) foram evidentes.

Tabela 25 – Associação entre desesperança e outros transtornos mentais do MINI em profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.

	Média (\pm DP)	Mínimo	Máximo	Valor p	IC 95%
Hipomania					
Sim	4,60 (7,60)	0	18	0,68	-4,84-14,04
Não	2,82 (2,72)	0	18		
Mania					
Sim	4,43 (2,82)	2	8	0,07	1,82-7,04
Não	2,79 (3,14)	0	18		
Transtorno de Estresse Pós-Traumático - TEPT					
Sim	5,00 (3,00)	2	8	0,14	-2,45-12,45
Não	2,85 (3,13)	0	18		
Dependência de álcool					
Sim	5,33 (1,15)	4	6	0,02*	2,46-8,20
Não	2,84 (3,15)	0	18		
Dependência de Substâncias					
Sim	14,50 (4,95)	11	18	0,00*	-29,97-58,97
Não	2,66 (2,56)	0	18		
Síndrome Psicótica					
Sim	1,60 (0,89)	0	2	0,31	0,49-2,71
Não	3,00 (3,20)	0	18		
Bulimia Nervosa					
Sim	1,00 (1,00)	0	2	0,13	-1,48-3,48
Não	2,99 (3,16)	0	18		
Transtorno de Personalidade Antissocial					
Sim	5,67 (1,53)	4	7	0,02*	1,87-9,46
Não	2,83 (3,13)	0	18		

Fonte: Banco de dados da Pesquisa

^U Teste de Mann-Whitney

* $p < 0,05$

Ao verificar a associação entre desesperança e comorbidades psiquiátricas de transtornos mentais avaliados pelo MINI, comprovou-se significância estatística, na qual quem tem comorbidades psiquiátricas obteve média de 4,13 (\pm 4,21) de desesperança quando comparado com quem não possui comorbidades (\bar{x} 1,98; \pm 1,33). (Tabela 24).

Tabela 26 – Associação entre desesperança e comorbidades psiquiátricas, conforme o MINI, em profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.

	Média (±DP)	Mínimo	Máximo	Valor ρ	IC 95%
Comorbidades psiquiátricas					
Sim	4,13 (4,21)	0	18	0,01*	2,76-5,49
Não	1,98 (1,33)	0	5		1,60-2,36

Fonte: Banco de dados da Pesquisa

^U Teste de Mann-Whitney

* $\rho < 0,05$

4.5 Correlação entre desesperança e fatores sociodemográficos

Ao avaliar a correlação entre desesperança e idade, renda, número de empregos, tempo de atuação na enfermagem, tempo de atuação em serviços de oncologia, tempo de tratamento clínico, tempo de acompanhamento psicológico e tempo de tratamento psiquiátrico, observou-se que não houve diferença estatística significativa. (Tabela 25).

Tabela 27 – Correlação entre desesperança e fatores sociodemográficos, aspectos pessoais, profissionais e de saúde, de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de alta complexidade de Alagoas, 2017. N=89.

	BHS	
	r	p
Idade	-0,12	0,27
Renda	0,06	0,60
Número de empregos	0,03	0,78
Tempo de atuação na enfermagem	-0,13	0,23
Tempo de atuação na oncologia	-0,08	0,45
Tempo de tratamento	0,14	0,50
Tempo de acompanhamento psicológico	0,04	0,93
Tempo de tratamento psiquiátrico	0,80	0,20

Fonte: Banco de dados da Pesquisa

Teste de Spearman

* $\rho < 0,05$; ** $\rho < 0,01$

5 DISCUSSÃO

Os resultados revelaram que 1/3 dos profissionais de enfermagem que atuavam nos serviços oncológicos de alta complexidade apresentaram algum nível de desesperança, sendo o leve (21,3%) o mais frequente. A desesperança leve foi evidenciada nos profissionais de enfermagem com transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, risco de suicídio e outros transtornos mentais como: hipomania, mania, transtorno de estresse pós-traumático, dependência de álcool e transtorno de personalidade antissocial. Enquanto que a desesperança moderada foi observada na fobia social, alto risco para suicídio e dependência de substâncias.

No presente estudo, 75,4% dos participantes apresentaram desesperança mínima, corroborando com estudo de Batista e Pawlowytsch (2012) que avaliou os aspectos emocionais de profissionais de enfermagem que atuavam em unidades de terapia intensiva, no qual apontou que 96,15% não tinham desesperança e 3,84% apresentaram desesperança leve. E divergindo do estudo de Yildiz et al (2015), realizado com profissionais de enfermagem de um hospital geral na Turquia no qual identificou que 70,0% da amostra apresentou desesperança em nível leve ou moderado, conforme BHS.

A presença de esperança está associada a interação social positiva, a espiritualidade e bem-estar da pessoa que a sente, contribuindo significativamente para a promoção da saúde mental e melhores condições de vida (QUERIDO; DIXE, 2016).

Acredita-se que pessoas com alto nível de esperança conseguem disseminar para os que estão a seu entorno maior confiança, segurança e tranquilidade. Atributos esses, capazes de propiciar ambiente terapêutico favorável para a recuperação, reinserção social, esperança em si e na vida.

Dessa forma, profissionais de saúde com nível elevado de esperança possuem maior habilidade de interação com a pessoa cuidada e com os familiares, tendo maior sensibilidade para compreender a dor, os sentimentos, angústias e limitações do outro (NWEZE et al., 2013). Além disso, conseguem inspirar outras pessoas a terem mais esperança na vida, contribuindo, assim, para melhorias na prestação de cuidados e evolução clínica da pessoa cuidada (MOORE, 2005).

Entre os profissionais da saúde, os da enfermagem, são considerados como agentes que conseguem despertar na pessoa cuidada e em seus familiares a esperança, esteja ela associada à recuperação de uma enfermidade, à mudança de comportamento ou nas relações sociais. Isso acontece pelo fato de estarem mais próximos, ouvindo, orientando, demonstrando interesse e

respeito pela história de vida desse ser humano, sendo paciente e compreensivo (HAMMER; MOGENSEN; HALL, 2009).

Partindo de tais considerações, a prática da enfermagem é considerada como o coração da esperança tendo em vista que suas ações são capazes de proporcionar empoderamento e reflexões que fazem a diferença na vida da pessoa cuidada (MOORE, 2005).

Dessa forma, a esperança é um dos determinantes que auxiliam na promoção da saúde mental, haja vista que está diretamente relacionada ao bem-estar pessoal, as relações interpessoais estáveis e ao bom desempenho no ambiente de trabalho (QUERIDO; DIXE, 2016).

Todavia, a ausência ou diminuição da esperança provoca no indivíduo alterações que podem influenciar no convívio social, nas relações familiares, atividades laborais e de vida diária.

Durante a presença de sentimentos de desespero e desesperança não é possível compreender e sentir esperança. Entretanto, essa continua a existir, porém fica atenuada durante os momentos de desesperança (HAMMER; MOGENSEN; HALL, 2009). Assim, a pessoa não consegue seguir em frente, não enxerga os fatores geradores de sofrimento, culpa-se por tudo de mal que acontece, faz autocríticas, cobra-se em excesso e tem dificuldade de buscar soluções para o que está ocasionando angústia.

Quando o profissional de enfermagem apresenta sentimentos de desesperança, a percepção em relação ao próximo fica alterada, há redução da espiritualidade, a atuação profissional tende a se tornar mecânica gerando afastamento entre profissional e usuário, afetando, assim, a prestação de cuidados (YILDIZ, 2015).

Salienta-se que do mesmo modo que a esperança tem o poder de transmitir boas energias e influenciar positivamente a promoção da saúde mental, a sua ausência pode trazer danos significativos, alterando a percepção sobre si, as pessoas e o mundo, afetando a qualidade de vida, a saúde, as relações interpessoais e as atividades laborais e do cotidiano, gerando sofrimento e adoecimento mental.

Mediante o risco de adoecimento mental, esse estudo aponta a presença de transtornos mentais em profissionais de enfermagem, sendo a depressão a mais relatada (16,9%). Destaca-se que 19,1% dos profissionais apresentaram pelo MINI episódio depressivo maior, 13,5% episódio depressivo recorrente, 10,1% episódio depressivo com características melancólicas e 6,7% distímia. Os achados deste estudo corroboram com alguns estudos que identificaram frequência de depressão variando de 24,2% a 37,7% (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011; YOON; KIM, 2013; CHEUNG; YIP, 2016).

De acordo com estudo realizado em hospital de referência em trauma no município de Arapiraca/AL, 32,0% dos enfermeiros apresentaram risco para depressão (ALVES, 2015). Dado semelhante a estudo realizado na China para avaliar a saúde mental de 850 profissionais de enfermagem de serviços hospitalares, no qual constatou que 35,8% dos profissionais apresentaram depressão, sendo 12,2% com sintomas depressivos leves e 23,6% com sintomas moderados a graves (CHEUNG; YIP, 2015; CHEUNG; YIP, 2016).

Estudo realizado na Coreia do Sul para avaliar sintomas depressivos e estresse relacionado ao trabalho entre profissionais de enfermagem mostrou que, dos 441 participantes, 37,7% apresentaram sintomas depressivos (YOON; KIM, 2013). Essa diferença na frequência de depressão entre os estudos elencados pode ser explicada devido às diferenças culturais, econômicas, populacional, setor hospitalar e regime de trabalho. Atenta-se que a frequência de depressão encontrada no atual estudo está acima da prevalência encontrada na população geral.

Por ser uma profissão caracterizada por estar propensa a altas tensões, maior tempo dispensado ao cuidado, baixa autonomia e pouco reconhecimento, os profissionais de enfermagem estão mais vulneráveis ao estresse e adoecimento físico e mental. Além disso, sofrem privação de sono devido à sobrecarga e os turnos de trabalhos, resultando em consequências prejudiciais à saúde. Entre elas: distúrbios do sono, uso excessivo de medicamentos e maior predisposição a apresentar depressão (CHEUNG; YIP, 2016).

Este estudo revelou que a desesperança leve foi evidenciada em profissionais de enfermagem com transtorno depressivo maior, transtorno depressivo melancólico e distímia, confirmando achado de Batista e Pawlowytsch (2012), no qual afirmam que profissionais de enfermagem com depressão tendem a ter sentimentos de desesperança, bem como perda de interesse pelas atividades profissionais, falta de prazer nas relações interpessoais, sentimento de culpa, além de manifestações de sintomas físicos como cefaleia, alteração no padrão de sono, dores musculares e diminuição do interesse sexual (BATISTA; PAWLOWYTSCH, 2012). Sendo assim, esse estudo sugere que há relação entre a desesperança e transtornos depressivos, tendo em vista que a desesperança faz parte da sintomatologia da depressão e traz limitações significativas para a pessoa que a experiencia, causando sofrimento.

O presente estudo constatou que 30,3% da amostra investigada apresentou transtorno de ansiedade, sendo 18,0% com agorafobia, 10,1% transtorno de pânico e/ou transtorno de ansiedade generalizada e 3,4% fobia social. Além disso, a presença de desesperança leve foi associada ao pânico e agorafobia e a desesperança moderada foram evidenciadas em pessoas com fobia social.

Os profissionais de enfermagem que atuam em serviços oncológicos podem manifestar ansiedade devido às particularidades da assistência prestada e a instabilidade no quadro clínico da pessoa cuidada, além disso, podem apresentar medo por presenciarem constantemente a dor e a perda. Esses fatores provocam no profissional alterações emocionais que afetam a prestação de cuidados e trazem danos a própria saúde (CARVALHO et al., 2014).

Além dos fatores supracitados, o aumento de transtornos de ansiedade entre os profissionais atuantes em serviços oncológicos foi associado à insatisfação com o trabalho, relações interpessoais conturbadas, dificuldade de interação com a equipe médica e falta de reconhecimento profissional (KARANIKOLA et al., 2016).

Ao avaliar o nível de ansiedade na equipe de enfermagem que lida cotidianamente com pessoas em estágio terminal de câncer foi observado que 69,8% desses apresentaram nível médio (48,14) de ansiedade-estado e 74,4% nível médio (46,74) de ansiedade traço. Esses achados apontam que a ansiedade relacionada às características pessoais e a provocada por um evento particular estavam em nível médio. Além disso, os profissionais relataram sentir tristeza, angústia, medo, impotência, apreensão, preocupação e amor diante da pessoa em fase terminal (FARIAS; MAIA, 2007). Com isso, vivenciar diariamente esses sentimentos podem favorecer o adoecimento do profissional e influenciar a assistência prestada, principalmente se eles não tiverem acompanhamento e apoio emocional para conseguir lidar com a perda e o sofrimento do outro.

Nossos achados foram semelhantes aos encontrados por Cheung e Yip (2015, 2016), no qual 37,3% dos profissionais de enfermagem preencheram os critérios diagnósticos para ansiedade (CHEUNG; YIP, 2015; CHEUNG; YIP, 2016). Todavia, alguns estudos identificaram taxas superiores, os quais variaram de 31,3% a 70,0% (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011; GAO et al., 2012, ALVES et al., 2015).

Estudo realizado na província de Liaoning, na China, em 2009, para avaliar sintomas de ansiedade em profissionais de enfermagem obteve índices superiores aos achados neste estudo, haja vista que 43,4% de sua amostra apresentava ansiedade (GAO et al., 2012).

Ressalta-se que os resultados encontrados por Alves et al. (2015), foram os mais elevados, no qual constatou que 70,0% dos enfermeiros avaliados apresentaram sintomatologia de ansiedade, tendo variação no nível de intensidade, sendo 51,0% ansiedade leve, 13,0% moderada e 6,0% grave (ALVES et al., 2015).

Logo, o profissional de enfermagem pode estar enfrentando no ambiente de trabalho situações geradoras de estresse que contribuem para aumento da ansiedade, afetando assim, sua

atuação profissional. Principalmente quando presenciam o sofrimento do outro, a perda, jornada de trabalho excessiva, vínculo empregatício precarizado e desgaste nas relações interpessoais.

Os profissionais de enfermagem exercem atividades que predispõem ao adoecimento, pois são os responsáveis pelo cuidado integral e direto à pessoa e à família, são os interlocutores da evolução clínica da pessoa cuidada para outros profissionais e ainda exercem funções administrativas. Os estressores vivenciados no ambiente de trabalho geram tensões psicológicas contribuindo para o aumento de transtornos mentais, sendo a ansiedade e a depressão as mais prevalentes (MILNER et al., 2016).

Os transtornos ansiosos foram os mais frequentes entre os profissionais de enfermagem da UTI, os quais apontaram que a ansiedade é influenciada por fatores vivenciados no ambiente de trabalho, como: instabilidade no ambiente de trabalho e quadro clínico da pessoa cuidada. E por fatores pessoais, como: família, relacionamentos e outro vínculo empregatício. Além disso, destacaram que as situações vivenciadas cotidianamente no trabalho os estimula a ter maior esperança na vida, haja vista que é essa que os impulsionam para continuar cuidando do outro (BATISTA; PAWLOWYTSCH, 2012).

Ademais, ter esperança é um importante fator para a redução da intensidade da ansiedade e depressão (QUERIDO; DIXE, 2016). Além disso, pode ser considerada como um fator protetivo para o acometimento de outros transtornos mentais, tendo em vista que a esperança influencia positivamente várias áreas da vida que estão relacionadas à promoção da saúde mental.

Dessa forma, esse estudo também identificou desesperança leve em profissionais com dependência de álcool e com transtorno de personalidade antissocial. E desesperança moderada nos que apresentaram dependência de substâncias psicoativas.

Estudos apontam para a maior probabilidade de adoecimento mental com dependência de álcool em profissionais de enfermagem quando comparados à população geral em decorrência do desgaste físico e emocional enfrentados pela enfermagem nos ambientes de trabalho, além do sentimento de desvalorização ocasionado pelas baixas remunerações e pouco reconhecimento profissional (CHEUNG; YIP, 2015; CHEUNG; YIP, 2016).

Ao realizar estudo para verificar a presença de transtornos mentais comuns que avaliam a presença de sintomas depressivos, ansiosos, somáticos, redução da energia vital e pensamentos depressivos, foi observado que 27,9% dos profissionais de saúde do hospital das clínicas do triângulo mineiro apresentavam transtornos mentais. Os profissionais de enfermagem apresentaram prevalência de 33,6% de transtornos mentais, seguidos por outras categorias profissionais (17,9%) e médicos (9,1%) (ALVES et al., 2015).

Estudo realizado com profissionais de enfermagem em hospital geral na Bahia detectou que 35,0% da amostra apresentava transtornos mentais. Sendo a maior frequência entre os enfermeiros (38,1%), seguido por técnicos de enfermagem (35,3%) e auxiliares de enfermagem (30,8%). O uso de álcool teve prevalência de 27,7% entre os participantes, além de ser identificado como o mais preocupante, haja vista os danos provocados à pessoa nas suas relações interpessoais, familiares e no ambiente de trabalho (RODRIGUES et al., 2014).

O álcool foi a droga mais utilizada pelos profissionais de enfermagem, acompanhada por anfetaminas e benzodiazepínicos. O uso de substâncias psicoativas foi elencado como o método de escolha que contribui para o relaxamento, redução do estresse, ansiedade e tristeza, cansaço decorrente do trabalho e eventos comemorativos (ROCHA; DAVID, 2015).

A percepção dos profissionais de saúde em relação à satisfação com o ambiente de trabalho é considerada como protetiva no que tange o sofrimento e acometimento de transtornos mentais, haja vista que se sentir bem e importante, gostar do que se faz e ser reconhecido são fatores que contribuem para a autoestima do profissional e, conseqüentemente, para a qualidade na assistência (BORDIGNON et al., 2015).

Salienta-se que a pessoa acometida por uso de álcool pode ter danos significativos caso não seja assistida adequadamente, tendo em vista que a depender do transtorno e de sua intensidade, as limitações e privações vivenciadas no cotidiano podem causar sofrimento intenso, isolamento social, baixa autoestima, contribuindo assim, para a redução da esperança na vida e em si.

Entre os danos decorrentes do sofrimento e transtornos mentais está o risco para o suicídio, no qual foi identificado que 4,5% dos profissionais de enfermagem têm risco de suicídio, sendo 50,0% considerado alto risco e os outros 50,0% baixo risco. Ademais, a desesperança leve teve associação com risco de suicídio e desesperança moderada para alto risco de suicídio.

Destaca-se que o BHS apresenta maior sensibilidade para identificar o comportamento suicida quando comparado ao BDI. Pessoas com escores acima de 9, conforme BHS, apresenta mais chances de ter ideação suicida em relação a escores menores que 9. Desse modo, a presença de desesperança é considerada como forte indicativo para o suicídio (BECK; STEER, 1993 apud CUNHA, 2001).

Logo, os achados desta pesquisa corroboram com o estudo de Batista e Pawlowytsch (2012), no qual constatou que o índice de ideação suicida foi 3,84% na amostra, resultado esse semelhante a quem apresentou desesperança em nível leve. Os profissionais que apresentaram

níveis leves de desesperança também apresentaram ideação suicida, confirmando, assim, que os níveis de desesperança estão relacionados com o risco para suicídio.

Pesquisa realizada em hospital de trauma em Alagoas apontou dados superiores aos desse estudo, constatando que 9,0% dos enfermeiros apresentaram ideação suicida. Entre as razões citadas como causa estão as dificuldades de relacionamento e perdas (ALVES et al., 2015).

Estudo realizado para avaliar casos de suicídio entre profissionais na Austrália constatou a presença de transtornos psiquiátricos entre os profissionais que consumaram o suicídio, sendo a depressão a mais prevalente. Entre os médicos que cometeram suicídio 59,3% tinham transtorno mental prévio, seguidos por enfermeiros (55,9%) e professores (44,7%) (KÖLVES; DE LEO, 2013).

As evidências apontam que os profissionais de enfermagem que tentam suicídio têm maiores chances de apresentar uma doença crônica e transtornos psiquiátricos quando comparado aos que apresentam ou não ideação suicida. A depressão é o transtorno mental mais frequentemente associado ao risco de suicídio, seguido por transtornos ansiosos e problemas relacionados ao sono e repouso, além de transtornos de personalidade (CHEUNG; LEE; YIP, 2016; CHEUNG; YIP, 2016; KÖLVES; DE LEO, 2013; PILGRIM; DORWARD; DRUMMER, 2017; BRAQUEHAIS et al., 2015).

A presença de transtornos mentais, entre eles a depressão, baixa realização pessoal e síndrome de Burnout aumentam o risco de suicídio entre profissionais de enfermagem. Acrescenta-se que fatores que contribuem para a depressão como relações interpessoais conflituosas, condições de trabalhos insalubres, nível elevado de estresse, baixa autonomia e falta de reconhecimento profissional também são considerados como fatores de risco para o suicídio haja vista que ter depressão é um forte preditor para o risco de suicídio (SILVA et al., 2015).

Além disso, existem outros fatores que aumentam o risco de suicídio, entre eles destaca-se a desesperança e o desespero, sentimentos esses que causam danos significativos à vida da pessoa, pois afetam a qualidade de vida, as relações sociais e o desempenho laboral (BOTEGA, 2015). Com isso, além de identificar as causas de sofrimento e intervir, é importante incentivar, estimular e apoiar a pessoa para que possa superar esse momento e consiga resgatar a esperança na vida e em si, tendo em vista que ter esperança proporciona melhorias nas condições de saúde e na promoção da saúde mental.

Entre os participantes desse estudo, 86,5% eram do sexo feminino, na faixa etária de 30 a 39 anos (43,8%), com média de idade de 39,16 (\pm 8,51), etnia parda (62,9%), tinham

companheiro(a) (55,1%) e filhos (66,3%). Corroborando com Rodrigues et al. (2014), que constatou em 90,9% da sua amostra investigada sexo feminino, com média de idade de 36,8 ($\pm 9,9$) anos, na faixa etária de 20 a 39 anos (59,1%), tinham companheiro(a) (50,3%) e filhos (58,1%).

No estudo realizado por Yildiz et al. (2015), observou-se que 96,2% da amostra estudada eram do sexo feminino, com média de idade de 27,9 ($\pm 4,0$) entre a faixa etária de 20 a 42 anos, informações semelhantes às encontradas nesse estudo, todavia, mais da metade dos profissionais (56,2%) eram solteiros.

Estudo realizado na Turquia para avaliar a desesperança apresentada por profissionais de enfermagem de um hospital geral mostrou que todos apresentaram desesperança em nível leve (\bar{x} 5,4; $\pm 4,7$) com média de 5,27 ($\pm 4,65$) para o sexo feminino e 8,67 ($\pm 5,51$) para o masculino (YILDIZ et al., 2015). Divergindo do observado nesse estudo, tendo em vista que 24,6% da amostra investigada apresentou desesperança, sendo 21,3% desesperança leve, 1,1% moderada e 2,2% grave. O sexo masculino teve maior média 3,50 ($\pm 1,88$) que o sexo feminino (\bar{x} 2,83; $\pm 3,28$). Esse achado pode retratar a dificuldade de que homem pode ter para demonstrar suas emoções, pois estão inseridos em um local sob altas tensões emocionais na qual presenciam constantemente o sofrimento de pessoas que estão a seus cuidados e não conseguem expressar o que sentem.

Pesquisa realizada na China para avaliar aspectos religiosos, adoecimento e saúde mental em profissionais de enfermagem verificou que 42,0% dos participantes relataram ter religião e, entre esse grupo, a prevalência de transtornos mentais foi insignificante. Além disso, a crença religiosa reduz o sofrimento provocado pela perda, proporcionando maior conforto durante o período do luto, aumenta a fé e a esperança e contribui para a aceitação da finitude (CHEUNG; LEE; YIP, 2017). Nesse estudo, 89,9% dos profissionais afirmaram ter alguma religião, entre esses, não houve presença de desesperança. Todavia, os que afirmaram não possuir religião apresentaram desesperança leve. Com isso, ter crenças religiosas contribui para a manutenção da esperança e redução de sentimentos negativos geradores de sofrimento.

Todas as categorias profissionais avaliadas nesse estudo apresentaram desesperança mínima. Entre os participantes, 45,0% eram técnicos de enfermagem, 39,3% enfermeiros e 15,7% auxiliares de enfermagem, 58,4% tinham um vínculo empregatício, média de 14,6 anos ($\pm 8,07$) de atuação na enfermagem e 5,65 anos ($\pm 6,78$) em serviços de oncologia.

Profissionais que referiram ter apenas um vínculo empregatício tiveram maior média de desesperança em comparação aos que tem mais vínculos. É importante lembrar que como a maior parte da amostra foi composta por mulheres, e culturalmente são as responsáveis por

manter o ambiente doméstico organizado e educar os filhos, pode ser que a dupla jornada de trabalho contribua para aumentar a desesperança. Em contrapartida, ter a possibilidade de estar mais presente no ambiente doméstico pode ser um fator que promova a esperança, principalmente se as relações interpessoais forem harmoniosas.

Estudo realizado na Grécia com 72 enfermeiros e auxiliares de enfermagem que trabalhavam no setor de oncologia de dois hospitais públicos verificou a presença de sintomas de ansiedade e a qualidade da interação entre os profissionais evidenciou que 86,1% da amostra foi composta por mulheres, sem filhos (55,6%), com média de 10,12 (\pm 7,99) anos de atuação na enfermagem, sendo 4,97 (\pm 4,80) anos no setor de oncologia (KARANIKOLA et al., 2016). Informação semelhante à encontrada por Bordignon et al. (2015) em profissionais da unidade de internação oncológica onde o tempo de atuação em serviços oncológicos foi de 4,5 anos retratando a importância de investimentos na educação permanente para o aperfeiçoamento do profissional e qualificação na assistência.

A presença de profissionais de enfermagem nos setores de oncologia e nos demais é parte essencial para assistência integral e humanizada, haja vista que o foco da profissão é o cuidado. O tempo de atuação na enfermagem e em serviços especializados, a citar a oncologia, tem aspectos positivos pois subentende-se que quanto maior o tempo na mesma atividade, melhor será o desempenho profissional e a segurança ao realizar procedimentos (KARANIKOLA et al., 2016). Além disso, favorece a formação de vínculo com a pessoa cuidada, familiares e profissionais. Entretanto, pode apresentar questões que podem limitar o cuidado, principalmente quando o profissional encara o cuidado como algo mecânico e deixa a subjetividade do outro para segundo plano. Situações como essas podem ser caracterizadas como mecanismo de defesa do profissional para evitar sofrer ao lidar com a dor, sofrimento e morte de pessoas sob seus cuidados.

O reconhecimento profissional e financeiro são fatores que contribuem com a motivação e desempenho dos profissionais da saúde, influenciando a qualidade da assistência, satisfação pessoal, sentimento de esperança e redução do adoecimento mental (GHERARDI-DONATO et al., 2015).

A renda pessoal é um fator que colabora com a manutenção da esperança, haja vista que quanto maior a renda mensal mais esperança o indivíduo sente (LUO et al., 2016). Todavia, esse estudo observou que os profissionais que apresentaram menor renda e estavam inseridos nas classes sociais mais baixas apresentaram os menores escores para desesperança quando comparados aos profissionais da alta classe social e da média classe média. Dessa forma, apesar

de terem menos recursos financeiros, esses profissionais tendem a ter melhores condições de saúde mental revelados por menores médias do BHS.

Ao analisar as condições de saúde dos profissionais, foi observado a presença de desesperança leve nos que relataram ter doença preexistente (37,1%), em acompanhamento psicológico (9,0%) e tratamento psiquiátrico (4,5%). Todavia, quem fazia uso de medicamentos antidepressivos (20,0%) apresentou desesperança moderada.

Condições de saúde físicas e mentais influenciam na manutenção da esperança, tendo em vista que o estar bem consigo é a principal característica que contribui para o sentimento de esperança (LUZ et al., 2016). Com isso, quando o profissional vivencia problemas com a própria saúde pode haver redução nos sentimentos de esperança, afetando suas crenças, pensamentos e relações com o mundo e consigo.

Dentre os profissionais de saúde, enfermeiros (61,0%) e médicos (59,3%), buscavam mais tratamento psiquiátrico quando comparado aos profissionais da educação (45,9%) (KÖLVES; DE LEO, 2013). Entretanto, essa informação não convergiu com os achados desse estudo, haja vista que apenas uma pequena parcela de profissionais recorreu ao tratamento psiquiátrico e acompanhamento psicológico mesmo relatando adoecimento anterior.

É importante destacar que o profissional da enfermagem pode desconsiderar o próprio adoecimento, sentir-se imune à situação, além de acreditar que pode superar os problemas sem ajuda de outras pessoas. Sendo assim, ele deve ser compreendido na sua singularidade, considerando-o como uma pessoa que tem necessidades, sentimentos, crenças, objetivos e precisa de atenção e receber cuidados de saúde.

6 CONCLUSÃO

Esse estudo mostra que a desesperança está presente em profissionais de enfermagem, sendo o nível leve o mais frequente. Sabe-se que a desesperança pode afetar a vida da pessoa, pois influencia na percepção sobre si e o ambiente, causando prejuízos para as relações sociais, familiares e laborais.

Observou-se ligação entre desesperança e adoecimento físico e/ou mental, haja vista que os profissionais que relataram ter alguma doença preexistente apresentaram desesperança em nível leve e os que referiram ter algum transtorno mental, entre eles os depressivos, ansiosos e risco de suicídio, tiveram variação de mínimo a moderado no nível de desesperança. O mesmo foi observado entre os profissionais que apresentaram comorbidades psiquiátricas.

Profissionais de enfermagem com transtornos depressivos apresentaram desesperança leve em todas as subcategorias, sendo a depressão melancólica com a maior média de desesperança. O transtorno de ansiedade que apresentou maior média de desesperança foi a fobia social, desesperança moderada, haja vista que a característica principal desse transtorno causa limitações nas relações sociais, autoconfiança e autonomia.

Foi observado que todos os profissionais com risco para suicídio estavam com as maiores médias de desesperança, dados que corroboram para a relação direta entre desesperança e risco de suicídio, pois pessoas que não têm esperança tendem a ter sentimentos negativos que a impedem de ver sentido na vida.

Ao verificar a presença de desesperança em outros transtornos mentais, foi observado que profissionais de enfermagem que faziam uso de álcool tinham desesperança leve e os que utilizavam outras substâncias psicoativas apresentaram desesperança moderada. Isso acontece devido ao uso de SPA estar presente em vários momentos da vida do ser humano, seja para celebrar as conquistas ou para amenizar o sofrimento e cansaço vivenciado cotidianamente. Vale lembrar que caso esse uso esteja sendo exacerbado a vida do profissional pode estar em maior risco e, conseqüentemente, a da pessoa cuidada também.

Destaca-se que pequena parcela de profissionais de enfermagem tem acompanhamento psicológico, sendo esse essencial para a manutenção da saúde mental, principalmente quando vivenciam cotidianamente o sofrimento, a dor e a perda, além de estarem inseridos em ambiente de trabalho específico e em forte tensão emocional, contribuindo, assim, para o adoecimento e, conseqüentemente, diminuição de esperança e prejuízos nas relações interpessoais e na prestação de cuidados.

Os enfermeiros apresentaram maior média de desesperança em relação as outras categorias da enfermagem, provavelmente explicada pela maior responsabilidade na qual é atribuída ao profissional do nível superior, pois é responsável por gerir a equipe de enfermagem, resolver questões administrativas e prestar cuidados à pessoa em tratamento e familiares. Dessa maneira, além das atribuições mencionadas, dificuldades de relacionamento interpessoal com a equipe de saúde, falta de reconhecimento profissional e financeiro, auto cobrança, autocríticas e problemas familiares são fatores que contribuem para a diminuição da esperança e, conseqüentemente, o adoecimento.

A partir do que foi observado durante a pesquisa, sugere-se que a saúde do trabalhador de enfermagem seja vista na sua integridade, levando em consideração que cada pessoa tem sua subjetividade e precisa ser assistida de forma singular.

Uma alternativa para melhorar a condição de saúde e, conseqüentemente, as atividades laborais dos profissionais de enfermagem seria investir em ações de promoção, prevenção, detecção precoce e tratamento de transtornos mentais através do setor de saúde do trabalhador, sendo esse responsável por executar ações voltadas a saúde mental, ao invés de se deter apenas à avaliação física, deve-se considerar os aspectos biopsiquicoespirituais destes profissionais.

Além disso, é necessário que os serviços invistam nos aspectos organizacionais em termos não apenas estruturais, mas principalmente humanos e assistenciais, envolvendo: o mapeamento entre os setores da instituição, avaliando o número de profissionais e atribuições desenvolvidas, observando a quantidade de trabalho de cada setor para redimensionar o número de profissionais evitando assim sobrecarga e, conseqüentemente, menor número de afastamento e melhorias na qualidade assistencial.

Destaca-se que esta pesquisa teve limitações por não ser representativa do Estado de Alagoas devido à recusa de uma instituição de alta complexidade em fazer parte da pesquisa.

Ao verificar a quantidade de informação referente ao exposto nesse estudo, sugere-se a realização de mais pesquisas voltadas a aspectos de saúde mental dos trabalhadores da enfermagem, principalmente em setores especializados da saúde como a oncologia.

Portanto, é importante considerar a singularidade do profissional de enfermagem, a condição de trabalho adequada, valorização e estímulo quanto a seu papel na prestação de cuidados à pessoa em tratamento oncológico, além de ser tratado como um ser humano que também precisa ser cuidado.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016 Disponível em < file:///C:/Users/flavi/Downloads/01_cceb_2015.pdf >. Acesso em: 14/01/2017.

ALENCAR, D.C. et al. Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase. *Rev Fun Care Online*. v. 9, n.4, p. 1015-1020, oct/dec. 2017. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1015-1020>

ALVES, A.P.; PEDROSA, L.A.K.; COIMBRA, M.A.R.; MIRANZI, M.A.S.; HASS, V.J. Prevalence of common mental disorders among health professionals. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro. v. 23, n. 1, p. 64-9, jan/feb. 2015. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.8150>

ALVES, V. M.; FRANCISCO, L. C. F. L.; BELO, F. M. P.; MELO-NETO, V. L.; BARROS, V. B.; NARDI, A. E. Evaluation of the quality of life and risk of suicide. *CLINICS*. v. 71, n. 3, p.135-139, mar. 2016. **DOI:** [10.6061/clinics/2016\(03\)03](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2016(03)03)

ALVES, V. M.; SANTOS, M. B. F.; NASCIMENTO, L. M. S.; FERRO, G. C.; SILVA, L. K. B.; TENÓRIO, F. E.; NARDI, A. E. Suicidal ideation and chronotype assessment in nurses and police officers. *MedicalExpress* (São Paulo, online), v. 2, n. 3, Jun. 2015. **DOI:** [10.5935/MedicalExpress.2015.03.05](http://dx.doi.org/10.5935/MedicalExpress.2015.03.05).

ALVES, V. M.; SILVA, A. M. S.; MAGALHÃES, A. P. N.; ANDRADE, T. G.; FARO, A. C. M.; NARDI, A. E. Suicide attempts in a emergency hospital. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* v.72 n.2, São Paulo Feb. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20130212>

American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, Artimed, 2014.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 22, n. 3, 2000.

Anxiety Disorders (2016). National Institutes of Mental Health. Disponível em: < <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml> >. Acesso em 01/03/2016.

BARBOSA, D. et al. **Enfermagem baseada em evidências**. 1ª edição. Editora Atheneu. São Paulo - SP, 2014.

BARBOSA, K.K.S.; VIEIRA, K. F. L.; ALVES, E. R. P.; VIRGÍNIO, N.A. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Rev Enferm UFSM*. v. 2, n. 3, p. 515-522, Set/Dez. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976925910>

BATISTA, F.C.N.; PAWLOWYTSCH, P.W.M. Aspectos emocionais de depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida nos profissionais da unidade de terapia intensiva de um hospital do interior de Santa Catarina. *Revista Interdisciplinar Saúde Meio Ambiente*. v. 1, n. 1, jun. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.24302/sma.v1i1.228>

BATISTA, J.B.V.; CARLOTTO, M.S.; MOREIRA, A.M. Depressão como causa de afastamento do trabalho: Um estudo com Professores do Ensino Fundamental. *Psico*. v. 44, n. 2, p. 257-262, 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11551/9644>> Acesso em 01/03/2016.

BECK, A.T.; STEER, R.A. **Beck Hopelessness Scale**. Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1993.

BERTOLETE, J.M.; MELLO-SANTOS, C.D.; BOTEGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 32, p. 87-95, out. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>

BORDIGNON, M.; FERRAZ, L.; BECK, C.L.C.; AMESTOY, S.C.; TRINDADE, L.L. (In)satisfação dos profissionais de saúde no trabalho em oncologia. *Rev Rene*. v. 16, n. 3, p. 398-406, mai/jun. 2015. DOI: [10.15253/2175-6783.2015000300013](http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000300013).

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, v. 25, n. 3, p. 231-236, Set/dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida**: avaliação e manejo. 1ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRAQUEHAIS, M.D.; EIROA-OROSA, F. J.; HOLMES, K. M.; LUSSILLA, P.; BRAVO, M.; MOZO, X.; MEZZATESTA, M.; MARTA, C.; PUJOL, T.; SHER, L. Differences in Physicians' and Nurses' Recent Suicide Attempts: An Exploratory Study. *Archives of Suicide Research*. v. 20, n. 2, p. 273-279, dec. 2015. DOI: [10.1080/13811118.2014.996693](http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2014.996693)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção

especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abr. 2014. Seção 1, p. 60-66.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005. Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 dez. 2005. p. 1-76.

BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. v. 9, n. 90, jun. 2011. **DOI: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>**

CARVALHO, C.M.S.; BARATA, E.M.M.A.; PARREIRA, P.M.S.D.; OLIVEIRA, D.C. Emotional labor and emotion management in oncology health care teams: a qualitative study. *Rev enferm UERJ*. v. 22, n. 1, p. 9-15, jan/feb, Rio de Janeiro, 2014. **DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2014.11356>**

CAVACO, V.S.J.; JOSE. H. M. G.; LOURO, S.P.R.L.P.; LUDGERO, A.F.A.; MARTINS, A.F.M.; SANTOS, M.C.G. Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? - Revisão Sistemática. **Revista Referência**. v. II - n.12, p. 93-103, mar. 2010.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.

CHENIAUX, E. **Manual de psicopatologia**. Guanabara Koogan, 4ª ed. Rio de Janeiro, 2014.

CHEUNG, T.; LEE, P.H.; YIP, P.S.F. The associations between religion, bereavement and depression among Hong Kong nurses. *BMC Res Notes*. v. 10, n. 242, dec. 2017. **DOI 10.1186/s13104-017-2588-7**

CHEUNG, T.; YIP, P. S. F. Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. v. 12, n.9, p.11072-11100, set, 2015. **Doi:10.3390/ijerph120911072**.

CHEUNG, T.; YIP, P. S. F. Lifestyle and Depression among Hong Kong Nurses. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. v.13, n. 1, p. 135, jan. 2016. **doi:10.3390/ijerph13010135**.

CHIANG Y.M; CHANG Y. Stress, depression, and intention to leave among nurses in different medical units: Implications for healthcare management/nursing practice. *Health Policy*. v. 108, n. 2-3, p. 149-57, dec. 2012. DOI: **10.1016 / j.healthpol.2012.08.027**

CORDÁS, T. A.; EMILIO, M. S. **História da melancolia**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CROCQ, M. A. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. **Dialogues in Clinical Neuroscience**. v. 17, n. 3, p. 319-325, set. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610616/>> Acesso em: 14/01/2017.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ERIKSEN, K.A.; ARMAN, M.; DAVIDSON, L.; SUNDFOR, B.; KARLSSON, B. Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*. v. 23, n. 2, p. 110-117, apr. 2014. Doi: **10.1111/inm.12024**

FARIA, D.A.P.; MAIA, E.M.C. Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. *Rev Latino-am Enfermagem*. v. 15, n. 6, p. 1131-7, nov/dez. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600012>

FERREIRA, G. S. Suicídio: problema de saúde pública. **Revista Conversatio / XAXIM – SC**. v. 1, n. 2, p. 533-546, jul/dez. 2016. Disponível em: <<http://www.celer.com.br/revistaconversatio/edicao/02/artigo24.pdf>> Acesso em: 10/01/2017

FERREIRA, N. S.; PESSOA, V.F.; BARROS, R.B.; FIGUEIREDO, A.L.B.; MINAYO, M.C.S. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p.115-126, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.2229>.

GAO, Y.; PAN, B.; SUN, W.; WU, H.; WANG, J.; WANG, M. Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*. v. 12, n.141, set. 2012. Doi:**10.1186/1471-244X-12-141**.

GHERARDI-DONATO, E. C. S.; CARDOSO, L.; TEIXEIRA, C. A. B.; PEREIRA, S. S.; REISDORFER, E. Associação entre depressão e estresse laboral em profissionais de enfermagem de nível médio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 23, n. 4, p.733-40, jul/ago. 2015. DOI: **10.1590/0104-1169.0069.2610**

GUEDES, C.R.; ALVARENGA, B.D.C.; ROTELLA, I.; VILELLA, D.V.A.L. Habilidades do enfermeiro no diagnóstico e cuidado ao portador de depressão. **Revista Ciência em Saúde**. v. 5, n. 4, dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.21876/rcsfmit.v5i4.402>

HAMMER, K.; MOGENSEN, O.; HALL, E.O.C. The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. v. 23, n. 3, p. 549–557, set. 2015. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2008.00635.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00635.x)

KARANIKOLA, M. N. K. et al. Anxiety symptoms and quality of interaction among oncology nurses: a correlational, cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. v. 50, n. 5, p. 800-807, set/oct. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600013>

KLIJS, B.; et. al. Neighborhood income and major depressive disorder in a large Dutch population: results from the LifeLines Cohort study. *BMC Public Health*. v. 16, n. 1, p. 1-13, ago. 2016. DOI: [10.1186 / s12889-016-3332-2](https://doi.org/10.1186/s12889-016-3332-2)

KÔLVES, K.; DE LEO, D. Suicide in Medical Doctors and Nurses An Analysis of the Queensland Suicide Register. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. v. 201, n. 11, p. 987-90, nov. 2013. DOI: [10.1097 / NMD.0000000000000047](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000047)

LUO, H. et al. Relationship between occupational stress and job burnout among rural-tourban migrant workers in Dongguan, China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. v. 6, n. 8, ago. 2016. Doi:[10.1136/bmjopen-2016-012597](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012597)

LUZ, K.R.; VARGAS, M.A.O.; BARLEM, E.L.D.; SCHMITT, P.H.; RAMOS, F.R.S.; MEIRELLES, B.H.S. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. *Rev Bras Enferm [Internet]*. v. 69, n. 1, p. 67-71, jan/fev. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690109i>

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*. v. 64, n. 1, p. 45-54, jan/fev. 2015. DOI: [10.1590/0047-20850000000056](https://doi.org/10.1590/0047-20850000000056)

MILNER, A.J.; MAHEEN, H.; BISMARCK, M.M.; SPITTAL, M.J. Suicide by health professionals: a retrospective mortality study in Australia, 2001 – 2012 *Med J Aust*. v.205, n. 6, p. 260-265, set. 2016. DOI: [10.5694/mja15.01044](https://doi.org/10.5694/mja15.01044)

MOORE, S. L. Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. v. 12, n. 1, p. 100–105, feb. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00802.x>

NERY-FERNANDES, F.; MIRANDA-SCIPPA, Â. Comportamento suicida no transtorno afetivo bipolar e características sociodemográficas, clínicas e neuroanatômicas associadas. *Revista de Psiquiatria Clínica*. v. 40, n. 6, p. 220-224, abr. 2013. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832013000600003>

NUNES, M. A. et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 38, n.2, p. 91–97, apr/jun. 2016. **DOI:10.1590/1516-4446-2015-1714**

NWEZE, O.J.; AGOM, A. D.; AGOM, J.D.; NWANKWO, A.C. A Critical Analysis of the Concept of Hope: The Nursing Perspective. **Jornal Internacional de Ciência e Pesquisa (IJSR)**. v. 6, n. 14, 2013. Disponível em: <
https://www.researchgate.net/publication/274959755_A_Critical_Analysis_of_the_Concept_of_Hope_The_Nursing_Perspective> Acesso em: 27/03/2018.

PILGRIM, J.L.; DORWARD, R.; DRUMMER, O.H. Drug-caused deaths in Australian medical practitioners and health-care professionals. *Society for the Study of Addiction*. v. 112, n. 3, p. 486–493, nov. 2017. **DOI:** <https://doi.org/10.1111/add.13619>

QUERIDO, A.; DIXE, M.A. A esperança na saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [online]. n. 3, p. 95-101, abr. 2016. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0124>.

REIS, L.N.; MERCEDES, B.P.C.; MIASSO, A.I.; GHERARDI-DONATO, E.C.S. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. v. 15, n. 4, p. 862-869, out/dez. 2013. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.18905>.

ROCHA, P.R.; DAVID, H.M.S.L. Patterns of alcohol and drug consumption in health care professionals: a portrait of students of lato sensu courses in a public institution. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. v. 11, n. 1, p.41-8, jan/mar. 2015. **DOI:** [10.11606/issn.1806-6976.v11i1p41-48](https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i1p41-48)

RODRIGUES, E.P.; RODRIGUES, U.S.; OLIVEIRA, L.M.M.; LAUDANO, R.C.S.; SOBRINHO, C.L.N. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. *Rev Bras Enferm*. v. 67, n. 2, p. 296-301, mar/abr. 2014. **DOI 10.5935/0034-7167.20140040.**

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. *Rev Esc Enferm USP*. v. 45, n. 2, p.487-93, apr. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200026>

SILVA, A.S.M.; MODESTO, B.; DUAILIBI, K. Como Diagnosticar e tratar depressão. ©Copyright Moreira Jr. Editora. RBM. v. 70, n. 12, p. 6-13, dez. 2013. Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5578> Acesso em 01/03/2016.

SILVA, D.S.D. et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP. v. 49, n. 6, p.1027-1036, dez. 2015. **DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600020>**

STEFANELLI, M. C. FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. 2º Edição. Barueri, SP: Manole, 2017.

VASCONCELOS, J.R.O.; LÔBO, A.P.S.; NETO, V.L.M. Risk of suicide and psychiatric comorbidities in generalized anxiety disorder. J Bras Psiquiatr. v. 64, n. 4, p. 259-65, oct/dec. 2015. **DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000087>**

VIDEBECK, S.L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. 5ª ed. Porto Alegre. Artmed, 2012.

VIEIRA, T.G. *et al.* Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Rev Enferm UFSM. v.3, n. 2, p. 205-214, mai/ago. 2013. **DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976927538>**

World Health Organization (WHO). **The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope**. Geneva, 2001.

_____. **mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings**. Version 1.0. Geneva, 2010.

_____. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva, 2014.

_____. **mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings**. Version 2.0. Geneva, 2016

_____. **Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates**. Geneva, 2017.

YILDIZ, T.; GÖKTAS, S.B.; MALAK, A.; EREN, E. A Clinical Survey on Hopelessness of Nurses and Their Perception of Spirituality or Spiritual Care. **Research & Reviews: Journal of Nursing & Health Sciences**. v. 1, n. 4, may/jun, 2015. Disponível em: <<http://www.rroj.com/open-access/a-clinical-survey-on-hopelessness-of-nurses-and-their-perceptionof-spirituality-or-spiritual-care.pdf>> Acesso em: 25/02/2017

YOON, S. L.; KIM, J. H. Job-Related Stress, Emotional Labor, and Depressive Symptoms Among Korean Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. v. 45, n. 2, p. 169-176, jun. 2013. **DOI: 10.1111 / jnu.12018**

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa” (Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ tendo sido convidado (a) a participar como voluntário(a) do estudo: **SINAIS E SINTOMAS PREDITIVOS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NOS SERVIÇOS DE ONCOLOGIA EM ALAGOAS**, recebi da Doutora Maria Cicera dos Santos de Albuquerque e da mestranda do curso de pós-graduação *lato sensu*: Flaviane Maria Pereira Belo, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Objetivos:

O estudo se destina aos profissionais de enfermagem atuantes nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em oncologia e nas Unidades de Assistência de Alta complexidade em Oncologia do Estado de Alagoas.

A importância deste estudo está no fato de contribuir com informações sobre o sinais e sintomas de ansiedade, depressão, risco de suicídio e ideação suicida encontrados em profissionais de enfermagem dos serviços supracitados.

O resultado que se pretende alcançar é verificar sinais e sintomas preditivos de ansiedade, depressão, risco de suicídio e ideação suicida nos profissionais de enfermagem participantes da pesquisa.

Período do estudo

Esse estudo começará em janeiro de 2017 e terminará em março de 2018;

Local do estudo:

O estudo será realizado no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) e na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital do Açúcar, do Hospital Afra Barbosa e do Centro Hospitalar Manoel André – CHAMA.

Procedimento

Que o estudo será realizado da seguinte maneira: serei informado sobre o objetivo da pesquisa, serei convidado a contribuir com a pesquisa, em seguida irei para um local reservado para garantir minha privacidade e os questionários serão aplicados individualmente e sem limite de tempo para término.

Eu serei visitado durante minha estadia nos setores dos hospitais do estudo para responder o questionário;

Eu participarei da entrevista; no qual será realizado na data e local escolhidos por mim, respeitando a minha liberdade de fazer a pergunta que eu achar conveniente.

Instrumentos utilizados:

Que o estudo será realizado mediante aplicação do Formulário Sociodemográfico; do Inventário de Ansiedade de Beck (BDA); do Inventário de Depressão de Beck (BDI); da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI); da Escala de Desesperança de Beck e da Tradução validada do M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 5.0.0).

Riscos:

Que os possíveis riscos a minha saúde física e mental são: constrangimento, desconforto, cansaço, tédio, incomodo e expressar diversas emoções durante a entrevista e aplicação dos instrumentos.

A fim de minimizar os riscos supracitados, a aplicação dos questionários será realizada em um local reservado para garantir a privacidade do entrevistado e entrevistador.

Caso seja necessário, autorizo o pesquisador a quebrar o sigilo da pesquisa.

Me será dada a opção de escolher se aceito ou não que o sigilo seja quebrado.

Benefícios:

Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: o sentimento de ter dado voz as minhas angústias e inquietações, ser informado do resultado da minha contribuição e da pesquisa em geral. Falando sobre este assunto, por meio desse estudo, após a publicações dos resultados poderá haver algumas sensibilizações que contribuam para a qualidade de vida dos participantes.

Que poderá ser encontrado sinais e sintomas de sofrimento mental e que os gestores da instituição ficarão cientes dos resultados gerais da pesquisa para que possam traçar possíveis intervenções e ações de prevenção e tratamento que venham a contribuir com a melhoria da qualidade de vida e do ambiente de trabalho.

Direitos:

Que, sempre que desejar será fornecido esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;

Que eu serei informado sobre o resultado final da pesquisa;

Que eu poderei, a qualquer momento, recusar a continuar participando do estudo e também a que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga nenhuma penalidade ou prejuízo;

Que as informações conseguidas através da minha participação no estudo não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto pelos responsáveis, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Que autorizo a utilização das minhas respostas, desde que para fins de pesquisa e divulgação dos resultados advindos delas;

Que minha participação é voluntária, não há compensação financeira;

Que os gastos da pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Portanto, não precisarei desembolsar nenhuma quantia;

Que fica garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial e extrajudicial.

Que eu receberei uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Suspensão ou encerramento da pesquisa:

Que esta pesquisa poderá ser suspensa ou encerrada caso: não haja anuência por parte dos sujeitos em participar da aplicação dos questionários; intercorrências que comprometam a continuidade do estudo, referente aos pesquisadores, o serviço ou aos participantes, sendo assim, possível rediscutir o delineamento do projeto, suspendê-lo ou mesmo encerrá-lo; é dever do pesquisador responsável suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante da pesquisa, não previsto no termo de consentimento.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Sr.(a): Flaviane Maria Pereira Belo

Endereço: Av. Menino Marcelo, 140

Bairro: Cidade universitária Cidade: Maceió/AL CEP: 57075-470

Endereço da orientadora responsável pela pesquisa:

Sr.(a): Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

Endereço: Rua Ademar Medeiros, quadra D, Lote 16. Loteamento Caramurus

Bairro: Feitosa Cidade: Maceió - Alagoas CEP: 57043-475

Endereço do Comitê de Ética:

Instituição: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C, Campus A. C. Simões

Bairro: Cidade Universitária Cidade: Maceió

Fone: 32141041

Maceió, _____ de _____ de 2017.

Assinatura da voluntária

Profa. Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

Assinatura da responsável pela entrevista

Mestranda Flaviane Maria Pereira Belo

Assinatura da responsável pela entrevista

APÊNDICE B - Formulário sociodemográfico

Data de Preenchimento do questionário: ____/____/____ Horário: ____:____
 Município: _____ Bairro: _____ Código da Entrevista: _____
 Entrevistador: _____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Idade: ____ anos **Sexo:** Masc. () Fem. () **Anos de estudo** _____
Estado conjugal: () Solteira/o () Casada/o () União estável () Separado/a Divorciado/a () Viúva/o
Você se considera: () Indígena () Preto/a () Pardo/a () Amarela/o () Branco/a
Ocupação: () Auxiliar de enfermagem () Técnico/a de enfermagem () Enfermeiro/a
Renda: () ≤ 1 Salário Mínimo (SM) () 2 SM () 3 SM () Mais de 4 SM
Número de empregos? () 1 () 2 () 3 ou + Tempo de atuação profissional: ____

2. HABITAÇÃO

Você reside em: () Casa () Apartamento () Cômodo () Outro _____
Situação: () Própria () Alugada () Cedida () Invasa () Financiada () Outra: _____
Número de cômodos: _____
Destino do lixo: () Coletado () Queimado () Enterrado () Jogado a céu aberto () Outro:

3. DADOS FAMILIARES

Responsável familiar: () Eu () Pai () Mãe () Cônjuge () Filho/s () Outros _____
Número de residentes em casa: _____
Tem filhos/as: Sim () Não () Quantos? _____
Dinâmica familiar: () Harmoniosa () Conflituosa () Negligente

4. CONDIÇÕES DE SAÚDE

Tipo de convênio/seguro de saúde?

() SUS () Plano de saúde privado () Suplementar () Convênio militar () Outro. Qual?

Doenças preexistente: () Sim () Não Qual? _____

Faz tratamento: () Sim () Não Qual? _____ Tempo: _____

Medicamento: _____

Faz acompanhamento psicológico? () Sim () Não Quanto tempo? _____

Faz tratamento psiquiátrico? () Sim Não () Quanto tempo? _____

**ANEXO A - Instrumento de identificação do estrato socioeconômico
Pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) 2016**

Variáveis	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

Fonte: Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP) – Classificação para 2016

Escolaridade da pessoa de referência	Quantidade
Analfabeto/Fundamenta I incompleto	0
Fundamento I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Fonte: Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP) – Classificação para 2016

Serviços públicos	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Fonte: Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP) – Classificação para 2016

Estrato	Pontos de corte	Classificação	
Estrato 1	45 -100	A	Alta classe alta
Estrato 2	38 – 44	B1	Baixa classe alta
Estrato 3	29 – 37	B2	Alta classe média
Estrato 4	23 – 28	C1	Média classe média
Estrato 5	17 – 22	C2	Baixa classe média
Estrato 6	0 – 16	D - E	Vulnerável - Pobre e extremamente pobre

Fonte: Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP) – Classificação para 2016

ANEXO B - Escala de Desesperança de Beck (BHS)

BHS

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com "C", indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com "E", indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

- | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 7. Meu futuro me parece negro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 12. Não espero conseguir o que realmente quero. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 15. Tenho uma grande fé no futuro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 18. O futuro me parece vago e incerto. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 19. Posso esperar mais tempos bons do que maus. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do
Psicólogo®

© 2001 Casapsi Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BHS é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

ANEXO C – M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview 5.0.0

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

Nome do(a) entrevistado(a): _____	Número do protocolo: _____
Data de nascimento: _____	Hora de início da entrevista: _____
Nome do(a) entrevistador(a): _____	Hora do fim da entrevista: _____
Data da entrevista: _____	Duração total da entrevista: _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
			296.30-296.36 Recorrente	F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
	Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto			
D EPISÓDIO MANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x
F31.9	Passado	<input type="checkbox"/>		
EPISÓDIO HIPOMANIACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8
F31.9/F34.0	Passado	<input type="checkbox"/>		
E TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01
F41.0	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCÓOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Atual	<input type="checkbox"/>		
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
F32.3/F33.3/F31.2	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
F32.3/F33.3/F31.2				
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2
(opcional)				

ANEXO D - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SINAIS E SINTOMAS PREDITIVOS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NOS SERVIÇOS DE ONCOLOGIA EM ALAGOAS

Pesquisador: Cicera Albuquerque

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63004816.4.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.899.668

Apresentação do Projeto:

Resumo:

Os profissionais de enfermagem por estarem frequentemente acompanhando a evolução da pessoa cuidada, compartilhando seus sentimentos, perdas e ganhos, além de atuarem em ambientes de trabalho insalubre, acabam sofrendo desgaste emocional que contribui para o desenvolvimento de transtornos mentais, entre eles a ansiedade, a depressão e o suicídio. Considerando essa realidade, este trabalho, tem como questão norteadora: Quais os sinais e sintomas preditivos de ansiedade, depressão, risco de suicídio e ideação suicida apresentados por profissionais de enfermagem atuantes nos serviços especializados de oncologia em Alagoas? Portanto, a presente pesquisa tem como objetivo: Identificar sinais e sintomas de ansiedade, depressão, risco de suicídio e ideação suicida em profissionais de enfermagem que prestam assistência em serviços

especializados em oncologia em Alagoas. Para tal, será realizado um estudo quantitativo, descritivo e transversal com todos os profissionais de enfermagem dos setores supracitados, utilizando os seguintes instrumentos para avaliação: Formulário Sociodemográfico; Inventário de ansiedade de Beck (BDA); Inventário de depressão de Beck (BDI); Escala de ideação suicida de Beck; Escala de desesperança de Beck; Tradução validada do Mini International Neuropsychiatric Interview

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com