

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DIRETORIA DE ENSINO
CENTRO DE ESTUDOS DE POLÍTICA, ESTRATÉGIA E DOCTRINA
CURSO DE ALTOS ESTUDOS PARA OFICIAIS**

Maj. QOBM/Méd. **DANIELE CIDADE CASTELLO BRANCO RODRIGUES**



**A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO DEPRESSIVO, TRANSTORNO
DE ANSIEDADE GENERALIZADA E DE TRANSTORNO DE
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NOS BOMBEIROS MILITARES DO
CBMDF APÓS A PANDEMIA DE COVID-19**

**BRASÍLIA
2023**

Maj. QOBM/Méd. **DANIELE CIDADE CASTELLO BRANCO RODRIGUES**

A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO DEPRESSIVO, TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA E DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NOS BOMBEIROS MILITARES DO CBMDF APÓS A PANDEMIA DE COVID-19

Trabalho monográfico apresentado ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Altos Estudos para Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Orientador: Ten-Cel. QOBM/Méd. **MARIANA SIRIMARCO FERNANDES**

BRASÍLIA
2023

Maj. QOBM/Méd. **DANIELE CIDADE CASTELLO BRANCO RODRIGUES**

A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO DEPRESSIVO, TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA E DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NOS BOMBEIROS MILITARES DO CBMDF APÓS A PANDEMIA DE COVID-19

Trabalho monográfico apresentado ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Altos Estudos para Oficiais Combatentes do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Vanessa Signale de Lucena Malaquias– Ten-Cel. QOBM/Comb.
Presidente

Clayson Augusto Marques Fernandes - Ten-Cel. QOBM/Comb.
Membro

André Telles – Ten-Cel. QOBM/Comb.
Professor de metodologia científica

Mariana Sirimarco Fernandes – Ten-Cel. QOBM/Méd.
Orientador

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

AUTOR: Maj. QOBM/Méd. **DANIELE CIDADE CASTELLO BRANCO RODRIGUES**
TÍTULO: A prevalência do transtorno depressivo, transtorno de ansiedade generalizada e de transtorno de estresse pós-traumático nos bombeiros militares do CBMDF após a pandemia de COVID-19
DATA DE DEFESA: 03/05/2023.

Acesso ao documento		
<input checked="" type="checkbox"/> Texto completo	<input type="checkbox"/> Texto parcial	<input type="checkbox"/> Apenas metadados
Em caso de autorização parcial, especificar a(s) parte(s) que deverá(ão) ser disponibilizadas:		

Licença
<p>DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA</p> <p>A referida autora:</p> <p>a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.</p> <p>b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder ao CBMDF os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.</p> <p>Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não o CBMDF, declara que cumpriram quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.</p> <p>LICENÇA DE DIREITO AUTORAL</p> <p>Na qualidade de titular dos direitos de autora da publicação, autorizo a Biblioteca da Academia de Bombeiro Militar disponibilizar meu trabalho por meio da Biblioteca Digital do CBMDF, com as seguintes condições: disponível sob Licença Creative Commons 4.0 International, que permite copiar, distribuir e transmitir o trabalho, desde que seja citado o autor e licenciante. Não permite o uso para fins comerciais nem a adaptação desta.</p> <p>A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.</p>

DANIELE CIDADE CASTELLO BRANCO RODRIGUES

Maj. QOBM/Méd.

Dedico este trabalho a todas as pessoas que tiveram suas vidas impactadas pela doença mental. Especialmente àquelas que perderam criatividade, qualidade de vida, discernimento, determinação e produtividade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e todas as oportunidades de crescimento que são ofertadas, a oportunidade de integrar uma corporação ética e valorosa, poder desempenhar com orgulho as minhas cinco facetas: esposa, mãe, militar, médica e professora.

Agradeço à minha família pela paciência em todos os momentos em que estive ausente ou ocupada demais para lhes conferir atenção e afeto. Foram muitos meses de ampla dedicação ao trabalho, exígua paciência e noites mais curtas.

Agradeço a minha iluminada orientadora, Ten-Cel. **Mariana** Sirimarco, pela pronta disponibilidade em ajudar e me guiar pelos caminhos da mente humana. Também por direcionar meus devaneios e mostrar as reais prioridades.

Agradeço aos colegas de CAEO pela convivência e solidariedade nos momentos mais difíceis, pelo apoio e amizade. Agradeço aos professores pelas lições e ensinamentos para a vida dentro e fora da corporação. Agradeço ao coordenador do curso, Maj. **Filgueira**, pelo cuidado e excelência para a confecção da grade curricular.

Por fim, agradeço aos responsáveis pela idealização e realização do CAEO para médicos e complementares, sou grata pela oportunidade de crescimento pessoal, profissional e pelos ensinamentos diversos.

"As enfermidades são os resultados,
não só dos nossos atos,
como também dos nossos pensamentos."
Mahatma Gandhi

RESUMO

A presente pesquisa abordou a saúde mental dos militares do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, com foco na avaliação do transtorno depressivo, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de estresse pós-traumático após a COVID-19. O objetivo geral foi estudar a prevalência desses transtornos entre os bombeiros militares da ativa e suas principais características sociodemográficas. Para tal foi utilizado um questionário, composto pelos questionários IES-R, GAD 7 e PHQ 9, todos validados. Foram avaliadas as seguintes variáveis sociodemográficas: gênero, faixa etária, estado civil, renda familiar, local de moradia, círculo hierárquico e tipo de serviço. Participaram do estudo 424 bombeiros militares, selecionados por meio de amostragem por conveniência. O estudo demonstrou que existe uma prevalência elevada de todos os transtornos pesquisados entre os militares da ativa do CBMDF, observando-se transtorno depressivo em 59,2%, transtorno de ansiedade generalizada em 60,61% e transtorno de estresse pós-traumático em 21% da amostra estudada. Dentre as características sociodemográficas que se associaram positivamente aos transtornos destacam-se: o gênero feminino, ser praça e ter muito tempo de serviço no CBMDF. Para o transtorno depressivo, pacientes do sexo feminino apresentam uma prevalência de depressão 19 % (RP = 1,19; p = 0,0277) maior do que a dos homens. Pacientes não casados apresentam uma prevalência de depressão 17 % (RP = 1,17; p = 0,0484) maior do que os casados. Pacientes com renda até 10 SM apresentam uma prevalência de depressão 44 % (RP = 1,44; p = 0,0014) maior do que aqueles com renda acima de 20 SM. Para o transtorno de ansiedade generalizada, pacientes do sexo feminino apresentam uma prevalência de ansiedade 26 % (RP = 1,26; p = 0,0030) maior do que a dos homens. Pacientes com renda até 10 SM apresentam uma prevalência de ansiedade 32 % (RP = 1,32; p = 0,0081) maior do que aqueles com renda acima de 20 SM. Em relação ao transtorno de estresse pós-traumático, pacientes do sexo feminino apresentam uma prevalência de TEPT 75 % (RP = 1,75; p = 0,0031) maior do que a dos homens. Pacientes praças apresentam uma prevalência de TEPT 71 % (RP = 1,71; p = 0,0132) maior do que aqueles que são oficiais. Pacientes com 13 a 27 anos de serviço e aqueles com mais de 27 anos de serviço no CBMDF apresentam uma prevalência de TEPT 118 % e 273%, respectivamente, maiores do que aqueles com até 5 anos de serviço no CBMDF. Em vista disso, o estudo permitiu concluir que a prevalência dos transtornos avaliados foi alta e que alguns subgrupos merecem atenção especial da Corporação. De modo complementar é necessário cuidado, tratamento e seguimento dos militares adoecidos. Há necessidade de reduzir o estigma da doença mental, propor planejamento financeiro, rastrear e diagnosticar os transtornos estudados.

Palavras-chave: COVID-19, transtorno depressivo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático.

ABSTRACT

The present research addressed the mental health of the military of the Military Fire Brigade of the Federal District, focusing on the evaluation of depressive disorder, generalized anxiety disorder and post-traumatic stress disorder after COVID-19. The general objective was to study the prevalence of these disorders among active military firefighters and their main sociodemographic characteristics. For this, a questionnaire was used, consisting of the IES-R, GAD 7 and PHQ 9 questionnaires, all of them have validation. The following sociodemographic variables were evaluated: gender, age group, marital status, family income, place of residence, hierarchical circle and type of service. The study included 424 firefighters, selected through convenience sampling. The study demonstrated that there is a high prevalence of all the disorders surveyed among the military of the CBMDF, observing depressive disorder in 59.2%, generalized anxiety disorder in 60.61% and post-traumatic stress disorder in 21 % of the studied sample. Among the sociodemographic characteristics that were positively associated with the disorders, the following stand out: being female, being an enlisted service member and have been worked for a long time at the CBMDF. For depressive disorder, female militaries have a prevalence of depression 19% (PR = 1.19; p = 0.0277) higher than that of males. Unmarried patients have a 17% (PR = 1.17; p = 0.0484) higher prevalence of depression than married firefighters. Militaries with income up to 10 minimum wage have a prevalence of depression 44% (PR = 1.44; p = 0.0014) higher than those with income above 20 MW. For generalized anxiety disorder, female militaries have a prevalence of anxiety 26% (PR = 1.26; p = 0.0030) higher than that of males. Militaries with income up to 10 MW have a prevalence of anxiety 32% (PR = 1.32; p = 0.0081) higher than those with income above 20 MW. Regarding post-traumatic stress disorder, female militaries have a prevalence of PTSD 75% (PR = 1.75; p = 0.0031) higher than that of males. Enlisted service members have a prevalence of PTSD 71% (PR = 1.71; p = 0.0132) higher than those who are officers. Militaries with 13 to 27 years of service and those with more than 27 years of service at the CBMDF have a prevalence of PTSD 118% and 273%, respectively, higher than those with up to 5 years of service at the CBMDF. In view of this, the study concluded that the prevalence of the evaluated disorders was high and that some subgroups deserve special attention from the Corporation. In addition, care, treatment and follow-up of sick soldiers is necessary. There is a need to reduce the stigma of mental illness, propose financial planning, track and diagnose the studied disorders.

Keywords: COVID-19, depressive disorder, generalized anxiety disorder, post-traumatic stress disorder.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Escala de impacto do evento revisada (IES-R)	38
Figura 2 – Teste de ansiedade/ GAD 7.....	39
Figura 3 – Teste PHQ-9	40
Figura 4 – Mapa das regiões administrativas do DF.....	42
Figura 5 – Distribuição territorial por comarcas.....	43
Figura 6 – Distribuição por faixa etária.....	45
Figura 7- Distribuição por sexo.....	46
Figura 8 – Distribuição por estado civil.....	46
Figura 9 – Quantitativo de filhos.....	47
Figura 10 – Distribuição racial.....	47
Figura 11 – Distribuição territorial de local de residência da amostra.....	48
Figura 12 – Renda familiar da amostra.....	48
Figura 13 – Distribuição conforme anos de estudo.....	49
Figura 14 – Distribuição por carreira.....	49
Figura 15 – Relação entre quadro oficial e de praças.....	50
Figura 16 – Tempo de serviço no CBMDF.....	50
Figura 17– Tipo de serviço desempenhado.....	51
Figura 18- Manifestação de transtorno depressivo.....	52
Figura 19- Intensidade do transtorno de Ansiedade encontrado.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação dos transtornos de estresse pós-traumático, transtorno depressivo e transtorno de ansiedade de acordo com as escalas IES-R, PHQ-9 e GAD7	41
Tabela 2 - Características da amostra.....	43
Tabela 3 - Prevalência de gravidade de depressão e ansiedade.....	51
Tabela 4 - Prevalência de ocorrência de depressão, ansiedade e TEPT.....	53
Tabela 5 - Modelo de regressão de Poisson - razões de prevalencia (RP) e IC 95% para ocorrência de depressão, segundo fatores sociodemográficos e funcionais.....	53
Tabela 6 - Modelo de regressão de Poisson - razões de prevalencia (RP) e IC 95% para ocorrência de TAG, segundo fatores sociodemográficos e funcionais.....	55
Tabela 7 - Modelo de regressão de Poisson - razões de prevalencia (RP) e IC 95% para ocorrência de TEPT, segundo fatores sociodemográficos e funcionais.....	57
Tabela 8 - Comparativo da saúde mental entre a população geral, bombeiros e militares do CBMDF, nos períodos anteriores a COVID-19 e após o evento.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

CBMDF – Corpo de bombeiros militar do Distrito Federal

COVID-19- Coronavírus 19

DSM IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais

GAD 7- *General Anxiety Disorder* (escala para avaliação de ansiedade)

IES-R- Escala de impacto de evento revisada

PHQ-9- *Patient Health Questionary* (escala para avaliação de depressão)

SM- Salário mínimo

TAG- Transtorno de ansiedade generalizada

TEPT- Transtorno de estresse pós-traumático

TMC- Transtornos mentais comuns

OMS- Organização mundial de saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

§	Parágrafo
%	Por cento

Sumário

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	15
1.2 JUSTIFICATIVA.....	16
1.3 OBJETIVOS	17
1.4 DEFINIÇÃO DE TERMOS	18
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 TRANSTORNO MENTAL E PANDEMIA.....	21
2.2 SOBRE O TRANSTORNO DEPRESSIVO.....	23
2.3 SOBRE O TRANSTORNO DE ANSIEDADE.....	26
2.4 SOBRE O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.....	29
3 METODOLOGIA.....	34
3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA.....	34
3.1.1 QUANTO À FINALIDADE.....	34
3.1.2 QUANTO À NATUREZA DAS VARIÁVEIS.....	34
3.1.3 QUANTO AOS OBJETIVOS.....	35
3.1.4 QUANTO AO MÉTODO DE ABORDAGEM.....	35
3.1.5 QUANTO AOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS.....	35
3.2 UNIVERSO OU POPULAÇÃO.....	36
3.3 AMOSTRA.....	36
3.4 QUESTIONÁRIO.....	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	422
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	622
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A.....	72

1 INTRODUÇÃO

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou um surto do novo coronavírus. Esse fato constituiu uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), que se define por “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata” (OMS, 2019).

Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, isto é, uma infecção que se distribui geograficamente por todo o planeta. A doença tem como principais sintomas febre, cansaço e tosse seca, podendo apresentar em alguns pacientes a perda de paladar ou olfato, congestão nasal, conjuntivite, dor de garganta, dor de cabeça, dores nos músculos ou articulações, diferentes tipos de erupção cutânea, náusea ou vômito, diarreia, calafrios ou tonturas. Além disso, pode haver insuficiência respiratória, cefaléia, perda de memória, tremores, anosmia, resposta inflamatória exacerbada, trombose e óbito. O quadro grave acarreta em morbimortalidade elevada, com letalidade estimada em 1,9% no Brasil em 2020, de acordo com o site informativo sobre Covid-19 do Governo do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Essa realidade trouxe consigo o adoecimento mental da população mundial devido ao medo do desconhecido, vulnerabilidade perante a incerteza dos tratamentos propostos e fragilidade em detrimento aos desfechos desfavoráveis. Famílias inteiras foram dizimadas pela doença, o medo era disseminado. As medidas impostas de proteção incluíram o isolamento social e permanência no lar por muitos meses. Fatores que contribuíram substancialmente para a instabilidade emocional e surgimento de várias doenças mentais em todas as faixas etárias da população.

Segundo a OMS, mesmo entre os países mais ricos apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais. Por esse motivo, a Organização sugeriu um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030, que juntamente aos 194 Estados-membros, comprometem-se com metas globais para transformar a saúde mental. Os progressos parciais alcançados na última década provam que a mudança é possível. Mas a mudança não está acontecendo rápido o suficiente e a história da saúde mental continua sendo negligenciada.

Segundo o diretor-geral da OMS, Tedros Ghebreyesus, “investir na saúde mental é investir em vida e um futuro melhor para todos” (OMS, 2022). Ele afirma que a conexão entre saúde pública, direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico significa que mudanças nas práticas para saúde mental podem contribuir com benefícios substanciais para a sociedade.

As recomendações da OMS incluem aprofundar o valor e o compromisso com saúde mental, remodelar ambientes que influenciam a situação, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, ambientes naturais e fortalecer os cuidados de saúde mental mudando onde, como e por quem o tipo de cuidados é prestado e recebido (OMS, 2022).

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

No ano de 2020, com o início da infecção pandêmica pelo novo Coronavírus (COVID-19), identificou-se elevada mortalidade decorrente de uma doença pouco conhecida. Associada a incerteza do amanhã e a necessidade de isolamento social, houve um aumento considerável nos casos de doenças mentais em diversas faixas etárias e segmentos sociais (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2022). Essa realidade possivelmente também acometeu as fileiras do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), uma vez que a corporação atuou como linha de frente no atendimento pré-hospitalar e transporte de pacientes. Entretanto, devido à natureza do serviço prestado e a missão da corporação, não foi possível proteger esses militares do contato social e da exposição contínua. O somatório desses fatores foi potencialmente danoso à saúde mental da tropa.

Além do contexto mundial acima explicitado, é importante mencionar que a natureza do trabalho do bombeiro militar exige tanto saúde física quanto mental, uma vez que enfrenta de modo contínuo acidentes, incêndios, perdas de patrimônio e mortes.

Sabe-se que a exposição crônica a estressores operacionais e organizacionais podem contribuir para o surgimento de problemas de saúde mental, incluindo

Burnout. O desfecho é uma resposta psicológica ao estresse ocupacional crônico podendo ser caracterizado por sintomas de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal (DE CARVALHO et al, 2021).

Por meio da instituição da BIENAL (inspeção de saúde completa que garante ao bombeiro militar da ativa a ascensão profissional, bem como a participação em cursos), foi instalado um instrumento de pesquisa de triagem de possíveis transtornos mentais comuns desde 2019. Após o advento da pandemia, percebeu-se a necessidade de avaliar esses transtornos por meio de instrumentos de pesquisa mais específicos, uma vez que o instrumento atualmente utilizado não consegue diagnosticar especificamente as principais doenças mentais. Atua como um rastreio apenas.

Mediante as informações apresentadas, é indispensável ponderar acerca do seguinte questionamento: **qual a prevalência de transtorno depressivo, transtorno de ansiedade generalizada e de transtorno de estresse pós-traumático nos bombeiros militares do CBMDF após a pandemia de COVID-19?**

1.2 JUSTIFICATIVA

O interesse em avaliar a saúde mental do bombeiro militar do CBMDF se deu a partir da percepção crescente de queixas relacionadas a esse assunto durante as consultas habituais na Policlínica Médica. Em muitos momentos os pacientes apresentavam sinais e sintomas compatíveis com alteração da psique, sem a percepção consciente das mudanças, conseqüentemente sem diagnóstico e tratamento adequados.

Sabe-se que a doença mental não tratada é responsável pela redução da capacidade laborativa e desgaste nas relações interpessoais. Esse fato pode desencadear sobrecarga aos demais militares na execução das tarefas, conflitos familiares, além de gerar aumento do absenteísmo, impactando a qualidade do serviço prestado.

Em um estudo realizado em 2018, onde foi avaliada a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) nos bombeiros do CBMDF, foi identificada alta prevalência de TMC na amostra, além disso observou-se que “alguns subgrupos merecem atenção especial da corporação. São eles: as mulheres, as praças, os militares que trabalham em atividades administrativas e quem possui TMC” (FERNANDES, 2018).

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

A presente pesquisa tem como objetivo avaliar o estado de saúde mental dos militares da ativa do CBMDF após a pandemia de COVID-19. O foco da pesquisa visa, por meio de aplicação de questionário de auto resposta, pesquisar a prevalência de depressão, transtorno de ansiedade e transtorno pós-traumático. A pesquisa busca mostrar a realidade da saúde mental dos bombeiros militares do DF para cada patologia referida, por intermédio de instrumentos de pesquisa específicos validados.

1.3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos serão divididos em 3 ações:

1.3.2.1 Identificar a prevalência de transtorno depressivo entre os bombeiros da ativa do CBMDF e correlacionar com dados sociodemográficos de modo a detectar variáveis significativas.

1.3.2.2 Identificar a prevalência de transtorno de ansiedade generalizada entre os bombeiros da ativa do CBMDF e correlacionar com dados sociodemográficos de modo a detectar variáveis significativas.

1.3.2.3 Identificar a prevalência de transtorno de estresse pós-traumático entre os bombeiros da ativa do CBMDF e correlacionar com dados sociodemográficos de modo a detectar variáveis significativas.

1.4 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Absenteísmo: ausência sistemática (INFOPÉDIA, 2018).

BIENAL - inspeção de saúde completa que garante ao bombeiro militar da ativa a ascensão profissional, bem como a participação em cursos.

Escala Likert- A escala Likert ou escala de Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, e é a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam seu nível de concordância com uma afirmação.

Mindfulness- Consiste em uma forma específica de atenção plena – concentração no momento atual, intencional, e sem julgamento. Concentrar-se no momento atual significa estar em contato com o presente e não estar envolvido com lembranças ou com pensamentos sobre o futuro (KABAT-ZINN,1990).

Síndrome de Burnout ou **Síndrome** do Esgotamento Profissional é um distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico resultante de situações de trabalho desgastante, que demandam muita competitividade ou responsabilidade. A principal causa da doença é justamente o excesso de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

TEPT – transtorno de estresse pós-traumático é caracterizado por memórias intrusivas, evitação de estímulos associados ao trauma e pela hiperestimulação do sistema nervoso autônomo, através da manifestação de taquicardia, sudorese e disforia.

Transtorno de ansiedade – é uma reação emocional que pode estar presente em qualquer momento da vida e ser causada por diferentes situações. A ansiedade se torna um transtorno quando manifestada de modo exagerado e persistente, atrapalhando diferentes áreas da vida, tornando-a disfuncional (MARTINS, 2022).

Transtorno depressivo – é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetem significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (DSM-5).

2. REVISÃO DE LITERATURA

O CBMDF, conforme previsto no art. 2º de seu Estatuto, é uma instituição militar, essencial à segurança pública e às atividades de defesa civil, fundamentada nos princípios da hierarquia e disciplina, que

destina-se à execução de serviços de perícia, prevenção e combate a incêndios, de busca e salvamento, e de atendimento pré-hospitalar e de prestação de socorros nos casos de sinistros, inundações, desabamentos, catástrofes, calamidades públicas e outros em que seja necessária a preservação da incolumidade das pessoas e do patrimônio. (Lei nº 12.086, de 2009).

Dessa forma, a partir de 2009, consta na Lei 12086 artigo 28, a atividade de atendimento de emergência pré-hospitalar, como atribuição do bombeiro militar do Distrito Federal.

§ 4º Unidade de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar é a que tem a seu cargo, dentro de determinada área de atuação operacional, as missões de emergências médicas voltadas para o atendimento pré-hospitalar e socorros de urgência, nos casos de sinistro, inundações, desabamentos, catástrofes e calamidades públicas, bem como outras que se fizerem necessárias à preservação da incolumidade das pessoas e do patrimônio (Lei nº 12.086, de 2009).

Ainda em 2020, foi publicado em boletim geral de 24 de março, a convocação para os militares atuarem na Operação de Combate ao COVID-19.

O COMANDANTE GERAL, no uso das atribuições que lhe confere o art. 7º, incisos II, III, V e VI, do Decreto Federal 7.163, de 29 abr. 2010, que regulamenta o art. 10-B, inciso I, da Lei 8.255, de 20 nov.1991, que dispõe sobre a organização básica do CBMDF; e de acordo com a Portaria 9, de 13 abr. 2007; combinada com a Portaria 34, de 28 dez. 2010, resolve: CONVOCAR, os Oficiais e Praças relacionados, discentes de cursos da área de saúde, constantes no Anexo 4, para atuarem na Operação de Combate ao COVID-19, em Caráter emergencial e com término eventual, a partir do dia 24 mar. 2020, com a finalidade de mitigar as possíveis ameaças relacionadas ao Novo Coronavírus, observando o Plano de Operação COVID-19, publicado no BG 050, de 16 de março de 2020.

Desse modo, para fins de pesquisa bibliográfica e busca por prevalência das principais patologias estudadas, os bombeiros do CBMDF foram considerados como trabalhadores na linha de frente contra o COVID-19 e emergencistas/ socorristas.

2.1 TRANSTORNO MENTAL E PANDEMIA

Em 2019, quase um bilhão de pessoas, incluindo 14% dos adolescentes do mundo, viviam com um transtorno mental. O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade. Os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, causando um em cada seis anos vividos com incapacidade. Pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis. Desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental. A depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia (BVSMS, 2023).

Estigma, discriminação e violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares; 20 países ainda criminalizam a tentativa de suicídio (PAHO,2022). Em todos os países, são as pessoas mais pobres e desfavorecidas que correm maior risco de problemas de saúde mental e que também são as menos propensas a receber serviços adequados.

Mesmo antes da pandemia de COVID-19, apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis e de qualidade. Por exemplo, 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não acessam serviços de saúde mental. Enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda. Para a depressão, as lacunas na cobertura dos serviços são amplas em todos os países: mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental e estima-se que o tratamento minimamente adequado para depressão varie de 23% em países de alta renda para 3% em países de média-baixa renda (PAHO,2022).

Uma das principais explicações para o atual aumento das doenças mentais é o estresse sem precedentes causado pelo isolamento social decorrente da pandemia. Ligados a isso estavam as restrições à capacidade das pessoas de trabalhar, busca

de apoio de familiares e envolvimento em suas comunidades. Solidão, medo de se infectar, sofrimento e morte de entes queridos, luto e preocupações financeiras também foram citados como estressores que levam à ansiedade e à depressão. Entre os profissionais de saúde, a exaustão tem sido um importante gatilho para o pensamento suicida (PAHO, 2022).

O aumento dos níveis de estresse, ansiedade e depressão, detectados durante a pandemia, revelou que os profissionais da saúde enfrentam enorme pressão, incluindo alto risco de infecção e proteção inadequada contra a contaminação, excesso de trabalho, isolamento, assistência a pacientes com emoções negativas, falta de contato com a família e, por fim, exaustão. A soma destes fatores contribuiu para que houvesse mais agravos à saúde mental. Esses sintomas mostraram-se mais presentes entre adultos jovens, mulheres e pessoas com antecedentes de depressão (GUILLAND et al., 2022).

Conforme estimativas da Organização Mundial de Saúde (2020), os transtornos de depressão e ansiedade custam à economia global US \$1 trilhão por ano em perda de produtividade. Porém, ainda são poucos os dados epidemiológicos a respeito das implicações psicológicas relacionadas à doença ou ao seu impacto na saúde pública.

Segundo um estudo publicado recentemente, existem alguns fatores que podem proteger contra as doenças mentais potencialmente induzidas pela pandemia. Neste estudo o fator protetivo mais importante contra o aumento da ansiedade e depressão foi o *mindfulness*. Trata-se da prática de se concentrar completamente no presente, em que as preocupações do passado e do futuro dão lugar à consciência avançada do agora, que inclui percepção de sentimentos, sensações e ambiente. Já em relação a fatores que podem predispor ao aumento de doenças mentais tem-se nível socioeconômico baixo, sexo feminino, orientação sexual não heterossexual e menor suporte familiar (SALDANHA-SILVA et al 2023).

Em outro estudo, realizado por Costa (2022), salientou-se a preocupação em criar ferramentas que possam dar suporte aos trabalhadores com doenças mentais. Tamanha é a importância que deve ser dada ao tema, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) inseriu a “síndrome do esgotamento profissional”, chamada como Burnout, no rol de doenças ocupacionais desde 1º de janeiro de 2022, doença que

pode ensejar no afastamento do trabalho. É crucial o tratamento dessas doenças para o bem-estar da coletividade e para o futuro das companhias públicas e privadas, que terão que redobrar os cuidados com a saúde mental de seus servidores e colaboradores (COSTA, 2022).

Apesar dos efeitos do COVID-19 no sistema nervoso permanecerem incertos, não há dúvidas de que a pandemia é ruim para a saúde mental. Um estudo utilizando registro eletrônicos de saúde dos EUA, encontrou um aumento na incidência de transtornos psiquiátricos dentro de 90 dias após o diagnóstico de COVID-19 (MOCELIN; ALVES FILHO, 2022).

Acredita-se que a experiência de uma pandemia como a de COVID-19 possa gerar uma frequência ainda maior de sintomas ansiosos e depressivos no Brasil, com prejuízo à saúde mental da população. As razões para essa relação são várias, como: as informações percorrendo todo o globo em uma velocidade sem precedentes, seu conteúdo mórbido, a morbimortalidade dessa nova doença sem tratamento, associadas à experiência de distanciamento físico, incerteza econômica, educação interrompida, mudanças no trabalho e nas relações familiares e a maneira como obtêm-se alimentos, entre outros. Ressalta-se que transtornos ansiosos e depressivos, podem alterar em vários níveis o funcionamento no trabalho, na escola ou na vida diária dos indivíduos, com expressiva morbidade, lembrando também que a depressão está relacionada ao risco de suicídio. Assim, a pandemia de COVID19 tem gerado uma “violência mental coletiva”, com grande impacto emocional de extensão global, e o Brasil ficou ainda mais exposto nesse contexto inédito.(MUSSE et al., 2022).

2.2 SOBRE O TRANSTORNO DEPRESSIVO

A disfunção, a redução de qualidade de vida e as consequências socioeconômicas relacionadas com a presença dos distúrbios psíquicos, como depressão e ansiedade, e o abuso de substâncias psicoativas, são fatores tão importantes quanto aqueles associados a outras doenças comuns como hipertensão, diabetes, asma ou lombalgia (WANG, 2016).

A característica comum entre os transtornos depressivos, de acordo com o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, o DSM-5, é a presença de

humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetem significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que os difere entre si são aspectos como duração, momento ou a etiologia presumida. O transtorno depressivo maior, popularmente conhecido como depressão, representa a condição clássica desse grupo de transtornos. (APA, 2014)

Apesar da maioria dos episódios durar um tempo consideravelmente maior, o transtorno depressivo maior é aquele caracterizado por episódios distintos, de pelo menos duas semanas de duração, envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, com remissões interepisódicas (APA, 2014).

"Os números da OMS mostram claramente que o peso da depressão (em termos de perdas para as pessoas afetadas) vai provavelmente aumentar, de modo que, em 2030, ela será sozinha a maior causa de perdas (para a população) entre todos os problemas de saúde", afirmou o médico Shekhar Saxena, do Departamento de Saúde Mental da OMS (BBC, 2009). Ainda segundo Saxena, a depressão é mais comum do que outras doenças que são mais temidas pela população, como a Aids ou o câncer (BBC, 2009).

A depressão é um transtorno comum em todo o mundo: estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram com ele. Essa condição difere das flutuações usuais de humor e das respostas emocionais de curta duração. Quando é um quadro de longa duração e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma grave condição de saúde. Essa patologia pode desencadear na pessoa afetada um grande sofrimento e disfunção no trabalho, na escola ou no meio familiar. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano - sendo essa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos (OPAS, 2023).

Embora existam tratamentos eficazes conhecidos para depressão, menos da metade das pessoas afetadas no mundo (em muitos países, menos de 10%) recebe tratamento. Os obstáculos ao tratamento eficaz incluem a falta de recursos, a falta de profissionais treinados, falta de diagnóstico e o estigma social associado aos transtornos mentais. Em países de todos os níveis de renda, pessoas com depressão frequentemente não são diagnosticadas corretamente e outras que não têm o

transtorno são muitas vezes diagnosticadas de forma inadequada, com intervenções desnecessárias (OPAS, 2023).

Um estudo realizado em 2019 mostrou que a prevalência global de depressão autorreferida em adultos domiciliados no Brasil foi de 10,2% (DE ALBUQUERQUE BRITO et al, 2022). Verificaram-se maiores taxas de depressão entre as pessoas do sexo feminino (14,7%; IC_{95%} 14,1;15,4; p-valor < 0,001), raça/cor da pele branca (12,5%; IC_{95%} 11,8;13,1; p-valor < 0,001) e residentes da zona urbana (10,7%; IC_{95%} 10,2;11,1; p-valor < 0,001). Em relação à escolaridade, as maiores prevalências foram encontradas entre os indivíduos sem escolaridade ou com ensino fundamental incompleto (10,9%; IC_{95%} 10,3;11,5) e com ensino superior completo (12,2%; IC_{95%} 11,3;13,2). Já em relação à faixa etária, adultos jovens (18 a 29 anos) apresentaram a menor prevalência de depressão (5,9%; IC_{95%} 5,2;6,7; p-valor < 0,001).

A grande maioria dos estudos internacionais realizados com bombeiros são voltados para a análise de prevalência e fatores de risco associados especificamente ao transtorno de estresse pós-traumático. Outros estudos buscam a avaliação de doenças específicas, como o caso da Coorte realizada com profissionais de resgate e recuperação do atentado ao World Trade Center, por Wisnivesky et al (2011), que evidenciou elevadas incidências cumulativas de depressão de 27,5%, TEPT de 31,9% e transtorno do pânico de 21,2% (FERNANDES, 2018).

Um estudo de 2022 evidenciou uma alta prevalência de transtornos mentais nos profissionais que prestam assistência direta ao paciente durante o surto de COVID-19. No geral, verificou-se entre os participantes que 52,68% relataram sintomas de depressão, 57,14% apresentaram ansiedade e 78,57% estresse. Esses resultados foram substancialmente maiores que os apontados em revisões de metanálises realizadas (CAVALCANTE et al., 2022).

Ainda em 2022, foi realizado um estudo com vista a avaliar a frequência de ansiedade e depressão e seus fatores associados ao longo da pandemia de COVID-19 (MUSSE et al, 2022), em amostra da população geral. Nesse estudo foram aplicados os questionários GAD-7 e PHQ-9, através de Plataforma Google Forms, com amostragem bola de neve. Quarenta e dois por cento dos participantes

apresentaram ansiedade, cerca de 53% teve escore compatível com depressão. Principais fatores de risco incluíram: gênero feminino, ser jovem, casado ou com companheiro, consumir bebidas alcoólicas, problemas psiquiátricos prévios, utilizar medicação para dormir, dormir menos de 8 horas, percepção negativa sobre COVID-19, estar em isolamento social, pesadelos frequentes e ideação suicida (MUSSE et al, 2022).

2.3 SOBRE O TRANSTORNO DE ANSIEDADE

Com relação ao transtorno de ansiedade, a OMS alerta que, somente no Brasil, cerca de 18,6 milhões de pessoas sofrem de ansiedade — o que coloca o país no topo do ranking mundial (MELO, 2022).

Segundo o Ministério da Saúde, ansiedade é uma reação emocional que pode estar presente em qualquer momento da vida e ser causada por diferentes situações. É um recurso importante e funcional para o organismo humano, pois é responsável pela adaptação em casos desconhecidos, além de ser encarregada de alertar o corpo e a mente em momentos de perigo. A ansiedade se torna um transtorno quando manifestada de modo exagerado e persistente, atrapalhando diferentes áreas da vida, tornando-a disfuncional (MARTINS, 2022).

Os transtornos de ansiedade são uma combinação de fatores genéticos e ambientais, mas pesquisas mostram que, se a avó tem uma depressão grave, maiores são as chances de o neto ter ansiedade. Além disso, ambientes conturbados também são capazes de desencadear um transtorno de ansiedade (MARTINS, 2022).

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), quatro tipos são englobados no conceito de transtornos de ansiedade: o Transtorno de Pânico, o Transtorno Obsessivo Compulsivo, o Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social e o Transtorno de Ansiedade Generalizada - TAG (MARTINS, 2022). A presente pesquisa se deteve em diagnosticar apenas este último.

O TAG se apresenta como uma sensação de ansiedade que oscila ao longo do tempo, mas não acontece em forma de "ataque", de maneira mais aguda e nem se

relaciona com situações específicas. A pessoa se sente ansiosa na maioria dos dias e por longos períodos que podem se estender por meses e até anos. Os principais sintomas incluem expectativa apreensiva ou preocupação exagerada (MARTINS, 2022).

Segundo a OMS relata no relatório mundial de saúde mental (2020), o Brasil é o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo, com uma prevalência de cerca de 10 a 20% na população em geral". Nesse sentido, entende-se que os problemas provenientes da pandemia de COVID-19 estendem-se a diferentes esferas da sociedade, trazendo problemas psicológicos e transtornos de ansiedade.

Em 2010 foi realizado um estudo com bombeiros militares de Juiz de Fora (CASTRO AMATO et al,2010) em que foi evidenciada ocorrência de TAG em militares mulheres em 26,9% e em militares homens de 8,3%. Esse estudo visava avaliar os indicadores de saúde mental dos bombeiros e os fatores que a influenciam, destacando as diferenças entre as mulheres e os homens. Os indicativos de depressão, estresse, comprometimentos em saúde mental geral prevaleceram para a amostra feminina. Os discursos de homens e de mulheres se organizaram diferentemente, tanto nas queixas sobre o trabalho e a vida pessoal e social, como nas consequências percebidas para a vida e a saúde. Concluiu-se que as influências de aspectos do trabalho, do indivíduo e de sua vida social provavelmente contribuem para a saúde mental de bombeiros, de forma não hierárquica e complexa. Da mesma maneira, cada um desses fatores pode influenciar um ao outro dinamicamente (CASTRO AMATO et al, 2010).

No Estudo São Paulo *Megacity*, os transtornos ansiosos representaram as condições psiquiátricas mais frequentes na população, com uma prevalência estimada de 19,9% nos últimos 12 meses do ano de estudo, em 2012. (ANDRADE et al, 2012). No estudo de Viana e Andrade (2012), o TAG, apresentou prevalência que variou entre 9,9% a 10,2%. Observou-se a comorbidade da ansiedade com depressão de forma substancial (13,0% a 14,6% de transtorno misto de ansiedade-depressão e a comorbidade com a depressão maior variou de 2,9% a 6,6% (VIANA, ANDRADE, 2012). Segundo a revisão bibliográfica de Mangolini (2019), em termos de saúde

pública, os trabalhos brasileiros indicaram uma associação entre a ansiedade e custos sociais, decorrentes de tratamento e dias perdidos de trabalho. Essas observações estão de acordo com estimativas de outros países, sendo estimado que a ansiedade seja a segunda principal causa de incapacitação entre os transtornos psiquiátricos (MANGOLINI et al, 2019).

Um estudo realizado por Chaves (2016) no CBMDF identificou grande número de absenteísmo no trabalho em decorrência de transtornos mentais. A pesquisa mapeou as principais características dos afastamentos por transtornos mentais no centro de perícias médicas. As patologias com maior prevalência foram os transtornos mistos (ansioso e depressivo) com 12,9% do total, seguido por episódios depressivos com 9,1%. Os casos de transtornos depressivos foram identificados em 4,2% do efetivo médio e, para as patologias relacionadas ao estresse, 2,4% (CHAVES, 2016).

As implicações para a saúde mental podem durar mais tempo e ter maior prevalência que a própria epidemia e os impactos psicossociais e econômicos. De acordo com a OMS, na Etiópia houve um aumento de três vezes na predominância de sintomas de depressão em comparação com as estimativas deste país antes da epidemia. Na China, os profissionais de saúde relataram altas taxas de depressão (50%), ansiedade (45%) e insônia (34%) e, no Canadá, 47% dos profissionais de saúde reportaram a necessidade de suporte psicológico (GUILLAND et al., 2022).

Uma revisão bibliográfica realizada por Salari em 2020 analisou os impactos da pandemia do COVID-19 (SALARI et al, 2020). Dos 29 estudos, com amostra total de 22.380 indivíduos, 21 deles deram enfoque à depressão, 23 relataram sobre a ansiedade e 9 artigos pesquisaram sobre o estresse em equipes de hospitais que cuidam de pacientes com COVID-19. Os achados mostram que a prevalência de depressão foi de 24,3% (IC95% 18,2–31,6%), a prevalência de ansiedade foi 25,8% (IC95% 20,5–31,9%) e a prevalência de estresse foi de 45% (IC95% 24,3–67,5%) nos profissionais de saúde que trabalham em hospitais e naqueles que cuidam dos pacientes positivos para COVID-19.

Em outro braço do estudo, Salari identificou que no grupo de funcionários do hospital que não são médicos nem enfermeiros, a prevalência de depressão foi de 20,6% (IC95% 13,1–30,9%), a de ansiedade foi de 27% (IC95% 20,1–35,3%) e a

prevalência de estresse foi de 36,4% (IC95% 18,3–59,5%). Além disso, em médicos a prevalência de depressão foi de 40,4% (IC95% 36,4–44,5%), a de ansiedade 19,8% (IC95% 7,1–44,3%) e a prevalência de estresse foi de 93,7% (IC95% 90–96%). Já nos enfermeiros, a prevalência de depressão e ansiedade foi de 28% (IC95% 16–44,2%) e 22,8% (IC 95% 17–29,8%), respectivamente. Diante dos achados, notou-se que a prevalência de ansiedade em funcionários do hospital apresentou-se muito maior do que em outros grupos estudados (SALARI et al, 2020).

Ainda em 2020, Oliveira realizou um estudo sobre a relação entre a rotina de trabalho e seu impacto na saúde mental dos militares das equipes de atendimento pré-hospitalar do CBMDF. Nesse estudo, a autora optou por analisar o segmento masculino da amostra em detrimento de maior tempo de serviço nessa atividade específica. Sobre a amostra masculina ficou demonstrado que 26% dos participantes apresentou índice positivo para possível ansiedade e 15% para possível depressão (OLIVEIRA, 2020).

Em 2021 foi realizada uma extensa revisão bibliográfica sobre o agravamento dos transtornos de ansiedade em profissionais de saúde no contexto da pandemia da COVID-19 (PEREIRA et al, 2021). Esse estudo permitiu observar a grande influência do contexto pandêmico no desenvolvimento e agravo de transtornos psicológicos, em especial os ansiosos. Dentre os profissionais de saúde, observou-se que os mais acometidos foram aqueles que estavam atuando na linha de frente de combate ao vírus, em especial técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, com todas as variáveis que influenciaram positiva e negativamente no adoecimento (PEREIRA et al, 2021). Os autores da revisão ressaltam que é essencial que cuidados com a saúde mental sejam implementados, assim como uma devida assistência aos profissionais já adoecidos nesse contexto.

2.3 SOBRE O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) resulta da exposição a uma ou mais situações traumáticas, e estas podem se relacionar com a ameaça à própria vida ou de pessoas próximas, acidentes graves, violência ou ato de testemunhar estes eventos. Este transtorno é caracterizado por memórias intrusivas, evitação de

estímulos associados ao trauma e pela hiperestimulação do sistema nervoso autônomo, através da manifestação de taquicardia, sudorese e disforia. Estima-se uma taxa de 61 a 80% de probabilidade de ocorrerem eventos traumáticos na vida dos indivíduos, no entanto, após o trauma, aproximadamente 5 a 10% da população desenvolvem o TEPT.

Em 2016 foi realizado um estudo com bombeiros na Arábia Saudita em que se identificou que 57% dos participantes preencheram totalmente os critérios de TEPT. A taxa relativamente alta de sintomas de TEPT neste estudo estavam associadas a fatores como o tipo, gravidade e duração dos eventos traumáticos, anos de serviço prestados, além do fato cultural em que não há canais para os bombeiros sauditas falarem sobre suas experiências (ALGHANDI M et al, 2017).

Ainda em 2016, Santana realizou um estudo com bombeiros militares do Rio de Janeiro. A pesquisa visava identificar a prevalência de TEPT entre esses trabalhadores. A prevalência de Transtorno de Estresse Pós Traumático obtida nesta investigação foi de 21%, sendo que as mulheres apresentaram duas vezes mais sintomas sugestivos que os homens. Os resultados demonstraram ainda correlação significativa entre o TEPT e afastamentos por motivo de saúde, formação na área de saúde, afetos negativos, dissociação peritraumática, imobilidade tônica, depressão e sintomas de TMC (SANTANA, 2016).

Ainda em relação a bombeiros, a pesquisadora Coimbra realizou em 2020 uma revisão bibliográfica sobre saúde mental de bombeiros, onde foi demonstrado que a exposição ocupacional destes profissionais gerou o estresse por meio do sofrimento psíquico (COIMBRA et al, 2020). Estes profissionais estão expostos a eventos estressantes, traumáticos e ergonômicos no trabalho. As gravidades das ocorrências vivenciadas interferiram no padrão de saúde mental causando danos psicológicos. Os principais impactos na saúde mental de bombeiros devido ao estresse da exposição ocupacional foram os sintomas depressivos e a TEPT. Os distúrbios de sono, uso de substâncias como o álcool e lesões osteomusculares também foram relacionados como efeitos da exposição ao trabalho. Contudo, apesar dos eventos traumáticos serem considerados como situações extremas, foi percebido que no trabalho do bombeiro, mesmo em situações de rotina, ocorre a experiência traumática (COIMBRA et al, 2020). Foi apontado taxa elevada de transtorno mental e risco de TEPT tanto em

profissionais experientes quanto em jovens, portanto a exposição do trabalho contribui para danos à saúde mental.

Por outro lado, a COVID-19 também pode apresentar efeitos deletérios à saúde mental, podendo resultar no aumento dos níveis de estresse, esgotamento e insônia. Os profissionais de saúde estão sujeitos a maior sofrimento psicológico em decorrência de atuarem na linha de frente, em resposta à pandemia. Além disso, os desafios impostos por este cenário intensificam fatores estressantes, como a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), o número restrito de leitos e ventiladores mecânicos, a falta de conhecimento e de treinamento, o nível de complexidade e gravidade dos pacientes, dentre outros fatores.

Estudos apontam que, durante a pandemia, o sofrimento psicológico foi significativamente maior em profissionais da enfermagem, sobretudo, no enfermeiro, por ser o primeiro contato com o paciente (ALMEIDA et al,2022). Vale ressaltar que os bombeiros também estão incluídos como primeira linha de resposta. A COVID-19 tornou-se um fator de risco para aumento dos níveis de estresse, depressão e ansiedade nos profissionais da área da saúde que trabalharam na linha de frente do combate deste vírus. Neste sentido, evidencia-se neles o aumento do TEPT. Aqueles que tiveram percepção de risco maior relacionado à COVID-19 relataram sintomas mais graves do TEPT. Convém salientar que as variadas respostas emocionais presentes nos profissionais de saúde durante a pandemia estão diretamente relacionadas com os mecanismos de enfrentamento individuais e coletivos, alterando o modo de agir destes, sendo a ansiedade um dos principais sintomas (ALMEIDA et al., 2022).

Os dados do Ministério da Saúde apontam que a prevalência de TEPT na população em geral gira em torno de 3%; já, nos profissionais que estão frequentemente expostos a situações de risco /emergência, essa porcentagem aumenta para 5 a 75% (NASCIMENTO et al, 2022). Um estudo realizado por Nascimento (2022) com bombeiros em Belo Horizonte reportou 6,9% de prováveis casos de TEPT nesta população. Tendo em vista que o TEPT é um agravo amplamente estudado no âmbito internacional, que ainda é um campo de estudo com tímida representação no contexto nacional, e que a natureza prejudicial do TEPT impacta em gastos mundiais estimados em 3 bilhões de dólares por ano devido ao

afastamento dos profissionais do serviço e alocação de serviços de saúde para eles (NASCIMENTO et al., 2022) é interessante avaliar a prevalência de TEPT nas fileiras do CBMDF.

Ainda em relação ao estudo de Nascimento (2022), observou-se que 31,07% da amostra apresentou escore compatível com um alto risco de TEPT, sendo um número relativamente alto, quando comparado a estudos semelhantes em nível nacional (NASCIMENTO et al., 2022). Dentre os profissionais que atuavam em segurança pública, 39,67% apresentaram escores correspondentes a provável diagnóstico de TEPT, e, nos que atuavam na saúde, 20,78%; tendo os profissionais de segurança uma prevalência 48% superior na apresentação de escores compatíveis com o diagnóstico de TEPT. Verificou-se que os principais eventos potencialmente traumáticos a que os profissionais emergencistas se submetiam em sua rotina são concordantes ao apontados por estudos semelhantes (eventos com óbito ou iminência, urgências pediátricas, indivíduos com alterações psiquiátricas, acidentes com maquinarias, risco à própria vida, ocorrências de grande escala, uso de armas, violência doméstica e estupro). Dentre as principais estratégias de enfrentamento adotadas pelos profissionais em questão frente às situações potencialmente traumáticas no âmbito de trabalho, prevaleceram a prática de esportes, o suporte religioso, a reavaliação das situações, o confronto das situações/eventos, o afastamento e o apoio psicológico (NASCIMENTO et al., 2022).

No Reino Unido foi realizada uma pesquisa sobre a exposição dos bombeiros a contaminantes livres e transtornos de saúde mental (WOLFFE, 2023). A Pesquisa de Contaminação de Bombeiros do Reino Unido avaliou a saúde dos bombeiros e a possibilidade de exposição ocupacional a contaminantes. Os participantes responderam anonimamente a 64 perguntas online. Os resultados evidenciaram que os bombeiros que perceberam fuligem no nariz/garganta por mais de um dia depois do trabalho e aqueles que permanecem em seus equipamentos de proteção individual por mais de 4 horas após incêndios, foram quase duas vezes mais propensos a relatar transtornos de saúde mental (ansiedade, depressão e/ou quaisquer transtornos de saúde mental). A pesquisa também ressaltou que problemas para dormir foram relatados por 61% dos bombeiros. Estes profissionais eram 4,2 vezes mais propensos a relatar qualquer transtorno de saúde mental, apresentavam 2,9 vezes maior probabilidade de relatar ansiedade e 2,3 vezes mais chances de relatar depressão

quando comparado a bombeiros que não relataram problemas de sono (WOLFFE, 2023).

3. METODOLOGIA

3.1 Classificação da pesquisa

De acordo com Gil (2010), as pesquisas são requeridas quando não se dispõe de informações suficientes para responder a um problema, ou quando as informações disponíveis estão desordenadas de tal forma, que não podem ser relacionadas adequadamente ao problema.

3.1.1 Quanto à finalidade

O presente estudo teve por finalidade identificar a prevalência dos transtornos mentais comuns entre os militares da ativa do CBMDF, de forma mais específica com pesquisa direcionada aos transtornos depressivos, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de estresse pós-traumático. Dessa forma, de acordo com Gil (2010), essa pesquisa pode ser classificada, quanto à finalidade, como aplicada, uma vez que é útil na resolução de problemas práticos da corporação.

Os resultados buscados no presente estudo são úteis no planejamento de estratégias que busquem a melhoria da saúde mental dos bombeiros militares do DF.

3.1.2 Quanto à natureza das variáveis

Quanto à natureza dos dados, a presente pesquisa abordou o formato quali quantitativo. A descrição qualitativa procura entender a origem, as relações e as consequências dos fenômenos identificados. Já o enfoque quantitativo “procura quantificar os dados e aplica alguma forma da análise estatística” (MALHOTRA, 2001). Dessa forma foi possível identificar o percentual de bombeiros adoecidos correlacionando com fatores sociodemográficos.

3.1.3 Quanto aos objetivos

Esse estudo pode ser classificado como descritivo, pois, identificou aspectos sobre a saúde mental da população de militares ativos do CBMDF, bem como as relações entre variáveis como faixa etária, sexo, estado civil, círculo hierárquico e o tipo de serviço.

3.1.4 Quanto ao método de abordagem

A presente pesquisa partiu da premissa de que pessoas que são repetidamente expostas a eventos traumáticos, apresentam risco aumentado de desenvolverem distúrbios psiquiátricos (KAUFMANN, 2012), ou seja, que os transtornos mentais comuns seriam mais prevalentes entre os bombeiros da ativa do CBMDF do que na população em geral.

O método de abordagem que melhor caracteriza essa pesquisa foi, portanto, o dedutivo, uma vez que, a partir de leis, teorias e percepções, prediz-se a ocorrência de um fenômeno em particular (MARCONI, LAKATOS; 2011).

3.1.5 Quanto aos procedimentos técnicos

Em relação aos procedimentos, foram utilizados como ferramentas a pesquisa bibliográfica e a aplicação de questionário de auto resposta.

Pesquisas bibliográficas são elaboradas com base em materiais publicados previamente (GIL, 2010). A análise de estudos publicados na mesma área de conhecimento, que no caso desta pesquisa foi o campo da saúde mental, foram de grande importância, no sentido de fornecer fundamentação teórica ao trabalho e obtenção de dados comparativos.

Ainda segundo Gil (2010), pesquisas do tipo levantamento “caracterizam-se pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer”. Neste

estudo, as informações acerca do problema estudado foram obtidas por meio de um questionário, que foi preenchido pelos bombeiros militares da ativa do CBMDF.

3.2 Universo ou população

Segundo Marconi e Lakatos (2011), “universo ou população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”. O número total de elementos do universo (N), no caso desta pesquisa, será o quantitativo total dos bombeiros militares da ativa, ou seja, $N = 5247$. As informações foram obtidas a partir do mapa da força, de acordo com cada quadro, posto e graduação, presentes no site do CBMDF no domínio BRADO (acessado em 15 de janeiro de 2023).

3.3 Amostra

Para a realização desse estudo, foi encaminhado um questionário on-line aos bombeiros militares da ativa do DF, por meio da divulgação do link do questionário. O número total de questionários respondidos, para que houvesse significância estatística e intervalo de confiança de 95%, deveria ser igual ou superior a 358 respostas. Foram obtidos 424 questionários respondidos entre 18 e 30 de janeiro de 2023.

A presente pesquisa foi realizada por amostragem de conveniência, não-probabilística, por abranger parte da totalidade dos componentes do universo, sendo obtida pelo número de militares da ativa que voluntariamente responderam aos quesitos do questionário.

3.4 Questionário

Para este estudo, o questionário utilizado foi desenvolvido no *Google* formulários e enviado para os bombeiros militares da ativa por meio do aplicativo denominado

WhatsApp, de forma a tornar o processo mais célere e prático, sem perder a sua fidedignidade e validade. Houve a preocupação de enviar o questionário para diversas listas de militares considerando as praças e os oficiais, além de tentar atingir territorialmente todos os quartéis do Distrito Federal.

A análise se deu em duas etapas: bivariada e múltipla, em ambas, razões de prevalência e seus respectivos intervalos de 95 % de confiança foram calculados. Inicialmente, modelos de regressão de Poisson simples foram ajustados para cada preditor. Aqueles em que o valor de p foi menor que 0,25 (HOSMER, LEMESHOW; 1989) foram incluídos na análise de regressão de Poisson múltipla. Procedeu-se posteriormente, ajustes desses preditores através de um processo de retirada/inclusão de variáveis. Permaneceram no modelo final apenas aqueles com $p < 0,05$. Usou-se a regressão de Poisson porque ela fornece uma melhor estimativa das razões de prevalência, que por sua vez representam de forma mais significativas as medidas de efeito para estudos transversais (BARROS, HIRAKATA; 2003).

Considerou-se significativo $p < 0,05$. As análises foram realizadas empregando-se o programa SAS 9.4.

Foi utilizado um questionário, com respostas fechadas, dividido didaticamente em quatro partes. A primeira parte foi referente aos aspectos sociodemográficos da população analisada. As variáveis epidemiológicas abordaram: idade, sexo, estado civil, número de filhos, raça, região de moradia, número de pessoas que residem na residência, renda, anos de estudo, quadro, grau hierárquico, tempo no CBMDF e regime de trabalho.

A segunda parte corresponde ao questionário para pesquisa de TEPT, validado e denominado Escala de Impacto do Evento Revisada (IES-R). A IES-R é uma escala do tipo *likert* no qual o indivíduo responde às questões baseando-se nos 7 dias anteriores à aplicação da escala e desenvolvida para autoaplicação. A escala é composta de 22 itens distribuídos em 3 subescalas (evitação, intrusão e hiperestimulação) que contemplam os critérios de avaliação de TEPT publicados no DSM-IV (figura 1). O escore para cada questão varia de 0 a 4 pontos e o cálculo do escore de cada subescala é obtido por meio da média dos itens que compõem as subescalas evitação, intrusão e hiperestimulação, desconsiderando as questões não

respondidas. O escore total é a soma dos escores das subescalas (CAIUBY et al., 2012).

Figura 1- Escala de Impacto do Evento Revisada (IES-R).

A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após acontecimentos de vida difíceis. Por favor, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente atualmente em relação a uma situação em concreto.

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Muitas vezes	Extremamente
1. Qualquer lembrança traz consigo sentimentos sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
2. Tive dificuldades em dormir continuamente.	0	1	2	3	4
3. Outras coisas continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
4. Senti-me irritada(o) ou zangada(o).	0	1	2	3	4
5. Evitei ficar perturbada(o) quando pensava ou me lembrava disso.	0	1	2	3	4
6. Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava.	0	1	2	3	4
7. Senti como se não tivesse acontecido ou que não era real.	0	1	2	3	4
8. Afastei-me de coisas que me lembravam o sucedido.	0	1	2	3	4
9. Surgiram-me imagens do que aconteceu.	0	1	2	3	4
10. Estive agitada(o) e assustava-me facilmente.	0	1	2	3	4
11. Tentei não pensar sobre isso.	0	1	2	3	4
12. Eu percebi que ainda tinha muitos sentimentos sobre o que aconteceu mas não os suportava.	0	1	2	3	4
13. Os meus sentimentos sobre isso estavam como que paralisados.	0	1	2	3	4
14. Dei comigo a agir ou a sentir como se estivesse nos momentos em que aquilo aconteceu.	0	1	2	3	4
15. Tive dificuldades em adormecer.	0	1	2	3	4
16. Tive momentos de emoções intensas sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
17. Tentei apagar da minha memória o que aconteceu.	0	1	2	3	4
18. Tive dificuldade em concentrar-me.	0	1	2	3	4
19. As recordações do que aconteceu causaram-me sensações físicas como suores, dificuldade em respirar, náusea ou aperto no coração.	0	1	2	3	4
20. Sonhei sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
21. Senti-me defensivo ou em alerta.	0	1	2	3	4
22. Tentei não falar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4

Fonte: CAIUBY et al., 2012

A terceira parte correspondeu ao questionário para pesquisa de TAG, validado e denominado General Anxiety Disorder- 7 (figura 2). A GAD-7 é uma escala criada por Spitzer et al., em 2005, com objetivo de ser uma medida breve de autorrelato para avaliação de casos prováveis de TAG. A escala é composta por sete itens, que medem a frequência de sinais e sintomas de ansiedade generalizada nas últimas duas semanas. Seus itens estão dispostos em 4 pontos, que variam entre 0 (*nenhuma vez*)

e 3 (*quase todos os dias*) em escala do tipo Likert. É uma escala unidimensional e seu escore final é a soma de todos os itens, sendo 10 o ponto de corte geral sugerido para identificação do TAG. (LEITE; FARO, 2022).

Figura 2- Teste de ansiedade / GAD7

Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo? <i>(Marque sua resposta com "✓")</i>	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

Fonte: SPITZER, 2005.

A quarta parte corresponde ao questionário para pesquisa de transtorno depressivo, também validado internacionalmente pela sociedade de psiquiatria, denominado Patient Health Questionnaire- 9, um instrumento de aplicação rápida, com 9 perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas de depressão maior descritos no DSM IV (figura 3). Os nove sintomas consistem em: humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamento suicida. (SANTOS et al., 2013).

Figura 3- Escala PHQ 9.

Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afectado/a por algum dos seguintes problemas? (Utilize "✓" para indicar a sua resposta)	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
1. Tive pouca interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
2. Sentí desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
4. Sentí cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
6. Sentí que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludí a mim próprio/a ou à minha família	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	0	1	2	3

PPHQ9 SCORE: 0 + + +
 = Total Score:

Fonte: SPITZER, 2005.

Sobre a distribuição das perguntas, até o item 15 do questionário foram abordadas variáveis epidemiológicas e sociais. Do item 16 ao 37 foram perguntas referentes ao questionário sobre TEPT. Do item 38 ao 45 foram questionamentos acerca do questionário GAD (transtorno de ansiedade), o item 46 refere ao nível de incapacidade mostrado. Do item 47 ao 54 foi abordado sobre o questionário PHQ9 (transtorno depressivo). E o último item retrata o nível de incapacidade mostrado.

Os diagnósticos foram realizados segundo os critérios a seguir, de acordo com as escalas previamente mencionadas na metodologia (tabela 1).

Tabela 1- Classificação dos transtornos de estresse pós-traumático, transtorno depressivo e transtorno de ansiedade de acordo com as escalas IES-R, PHQ-9 e GAD 7.

TEPT	24 a 32 pontos		33 a 36 pontos		A partir de 37 pontos	
Escala (IES-R)	Leve ou parcial		Moderado a grave		Elevado o suficiente para suprimir o funcionamento do sistema imune	
Transtorno depressivo	0 a 4 pontos	5 a 9 pontos	10 a 14 pontos	15 a 19 pontos	A partir de 20 pontos	
Escala PHQ-9	ausente	leve	moderado	Moderado a grave		
Transtorno de ansiedade	0 a 4 pontos	5 a 9 pontos	10 a 14 pontos	A partir de 15 pontos		
Escala GAD 7	ausente	leve	moderada	severa		

Fonte: a autora.

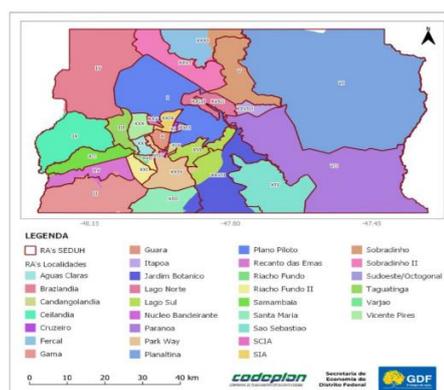
O questionário na íntegra encontra-se no apêndice A.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 424 bombeiros militares da ativa, de um universo de 5247 trabalhadores. Devido ao fato de haverem diversas variáveis acerca de cada dado explorado, ocorreu a necessidade de criar grupos para melhor explicitar a realidade retratada. Com relação a idade separou-se em dois grupos (maiores ou menores de 35 anos); sexo (masculino ou feminino); estado civil (casado ou não); raça (branca ou não); renda (até 10 salários mínimos, entre 10 e 20 salários mínimos, acima de 20 salários mínimos); anos de estudo (até 12 anos, de 13 a 15 anos, acima de 16 anos); tempo no CBMDF (até 5 anos, de 6 a 12 anos, de 13 a 27 anos, acima de 27 anos), regime de trabalho (operacional ou administrativo); residentes no domicílio (até 3 pessoas ou mais de 3 pessoas); e local de domicílio (COMAR I, COMAR II, COMAR III, COMAR IV e fora do DF). A distribuição por local de domicílio segue a abordagem realizada pela corporação para fins de atendimento e segmentação do território (comando aéreo regional- COMAR).

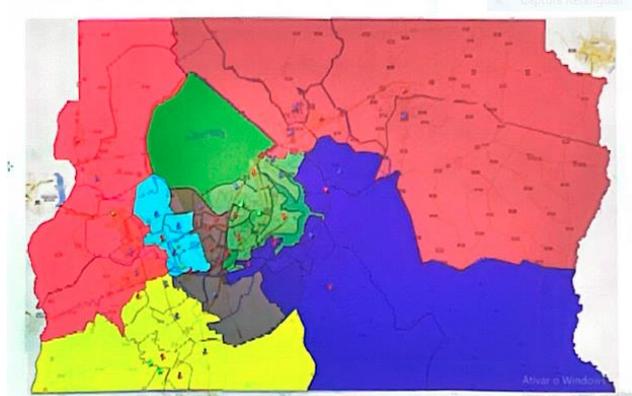
Em relação à moradia, o COMAR I abrange o Plano Piloto, Sia, Lago Sul, Guará I, Cruzeiro, Sudoeste e Octogonal; o COMAR II abrange Taguatinga, Brazlândia, Ceilândia, Samambaia, Águas Claras, Samambaia Centro, Setor Industrial da Ceilândia, P Sul, Taguatinga Sul; o COMAR III contempla Planaltina, Paranoá, São Sebastião, Sobradinho, Lago Norte, e por fim, o COMAR IV se refere a Núcleo Bandeirante, Gama, Santa Maria, Candangolândia, Recanto das Emas e Riacho Fundo (Figuras 4 e 5).

Figura 4- Mapa das regiões administrativas do DF.



Fonte: GDF

Figura 5. Distribuição territorial por comarcas.



Fonte: site CBMDF

No que tange a amostra, os dados sociodemográficos e funcionais encontrados foram distribuídos de acordo com a tabela a seguir.

Tabela 2 – Características da Amostra

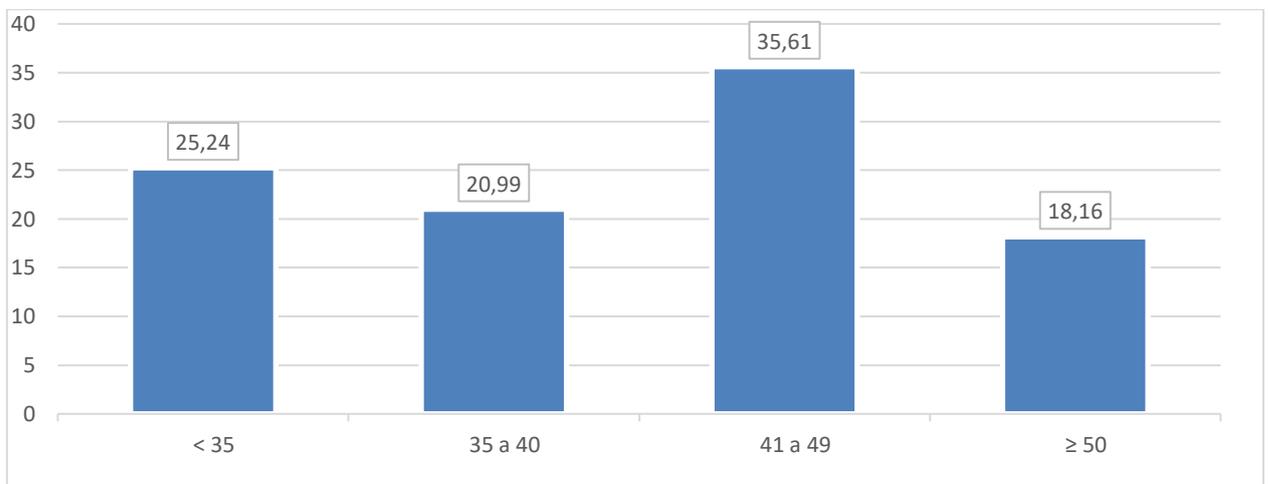
Características	Frequência	Porcentagem
Idade		
< 35	107	25,24
35 a 40	89	20,99
41 a 49	151	35,61
≥ 50	77	18,16
Sexo		
Feminino	157	37,03
Masculino	267	62,97
Estado Civil		
Casado	311	73,35
Divorciado	51	12,03
Solteiro	60	14,15
Viúvo	2	0,47
Número de Filhos		
Nenhum	98	23,11
Um	106	25,00

Dois	144	33,96
Três ou mais	76	17,92
Raça		
Amarelo	9	2,12
Branca	187	44,10
Negra	36	8,49
Parda	191	45,05
Indígena	1	0,24
Local de Moradia		
COMAR I	129	30,42
COMAR II	134	31,60
COMAR III	68	16,04
COMAR IV	70	16,51
For a do DF	23	5,42
Residem em Casa		
Até 3 pessoas	230	54,37
Mais de 3 pessoas	193	45,63
Renda		
Até 10 SM	146	35,44
10 a 20 SM	151	36,65
Mais de 20 SM	115	27,91
Anos de Estudo		
Até 12 anos	33	7,78
13 a 15 anos	98	23,11
Mais de 16 anos	293	69,10
Quadro		
Não Combatente	163	38,44
Combatente	261	61,56
Grau Hierárquico		
Oficial	174	41,04
Praça	250	58,96
Tempo no CBMDF		
Até 5 anos	121	28,54

6 a 12 anos	92	21,70
13 a 27 anos	120	28,30
Mais de 27 anos	91	21,46
Regime de Trabalho		
Administrativo	289	68,16
Operacional	135	31,84

Ainda no que tange a amostra estudada pode-se observar que a maior parte dos questionados encontrava-se na faixa etária entre 41 e 49 anos. Além disso, nota-se que 74,76% da amostra possui mais de 35 anos (figura 6). Esse achado identificou a tendência de militares com mais idade na corporação, seja decorrente do ingresso mais tardio (devido a necessidade de educação de nível superior para todos os militares, independente de posto ou graduação), ou devido ao envelhecimento da tropa. A mudança nas regras para a passagem para a reserva remunerada também pode ter impactado em uma organização avelhantada.

Figura 6- Distribuição por faixa etária.

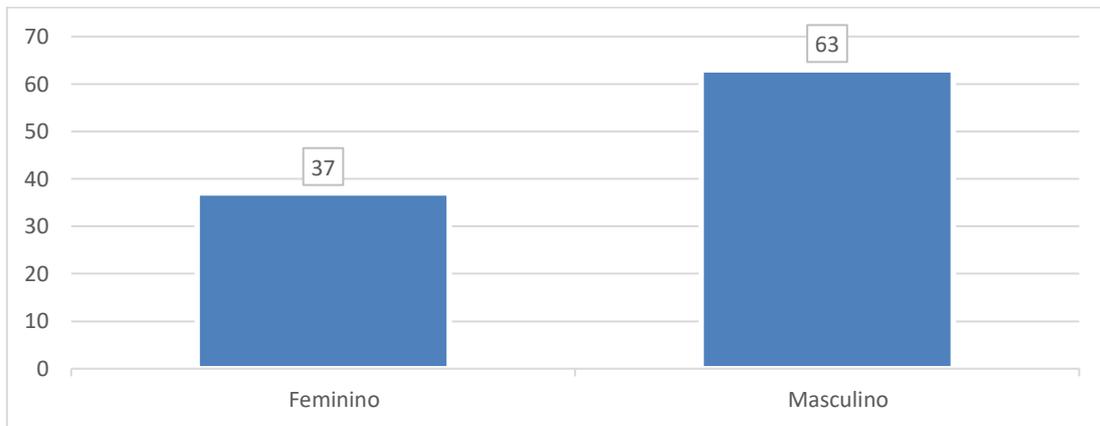


Fonte: a autora.

Em relação à distribuição por sexo, tem-se a maioria formada por homens (figura 7), o que é bastante compatível com a proporção na corporação. Sabe-se que, de acordo com o GECOPE (Sistema de Gestão e Controle de Pessoal) do CBMDF,

atualmente as mulheres representam cerca de 20% do quantitativo de bombeiros militares da ativa (acessado em 22 de fevereiro de 2023). Além disso, as mulheres apresentam maior empatia e conseqüentemente uma tendência maior a responder questionários (DAVID et al, 2018).

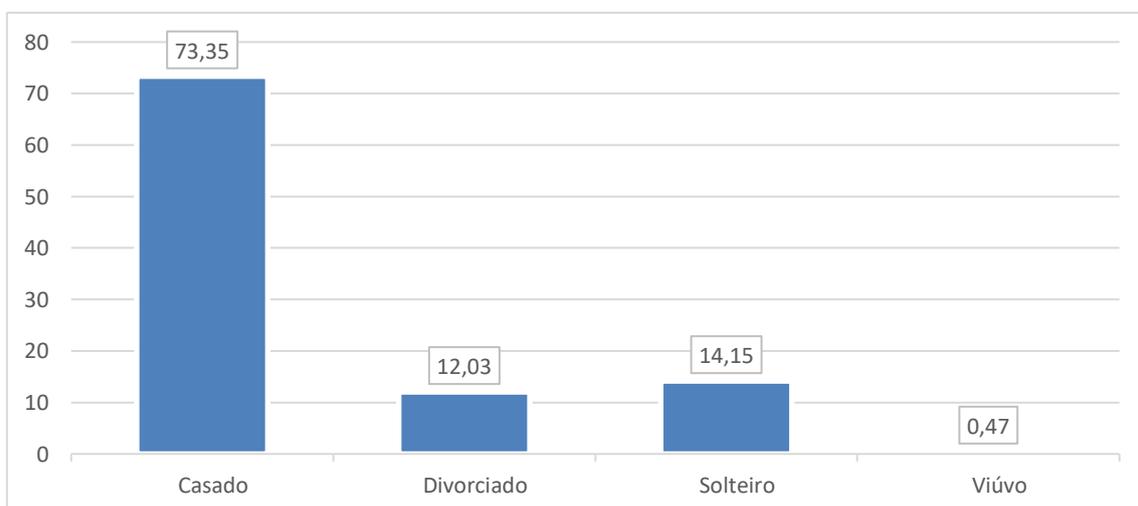
Figura 7- Distribuição por sexo.



Fonte: a autora.

Observou-se que a amostra era composta em sua maior parte por pessoas casadas (73,35%), ou que se identificavam em uma relação estável (figura 8).

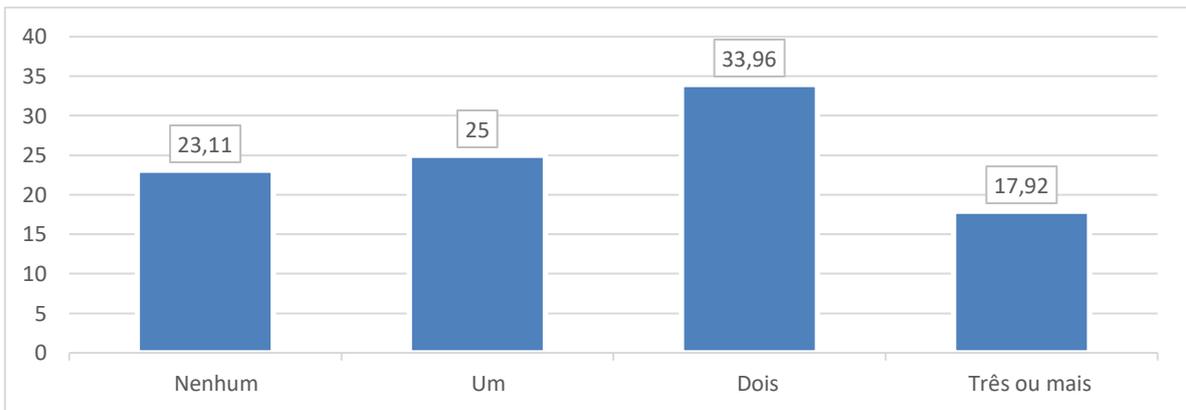
Figura 8- Estado civil.



Fonte: a autora.

A relação do número de descendentes mostrou que quase metade da amostra tem um ou nenhum filho (Figura 9). O quantitativo de filhos não mostrou nenhuma relevância estatística para o surgimento dos transtornos mentais estudados.

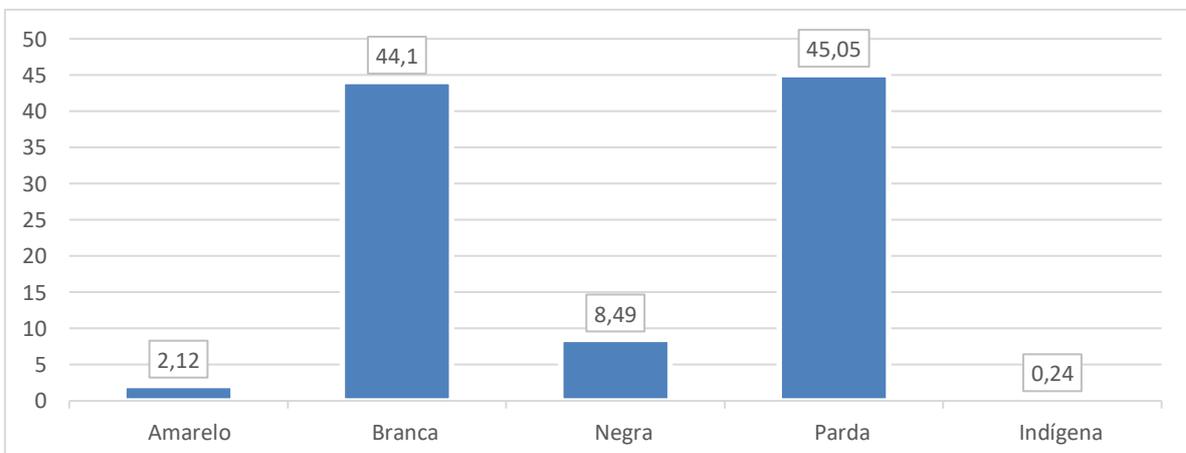
Figura 9- Quantitativo de filhos.



Fonte: a autora.

A distribuição racial encontrada evidenciou maior quantitativo de pessoas brancas e pardas (figura 10). O percentual de povos originários foi o menor encontrado na amostra, sendo o equivalente a 0,24% dos avaliados.

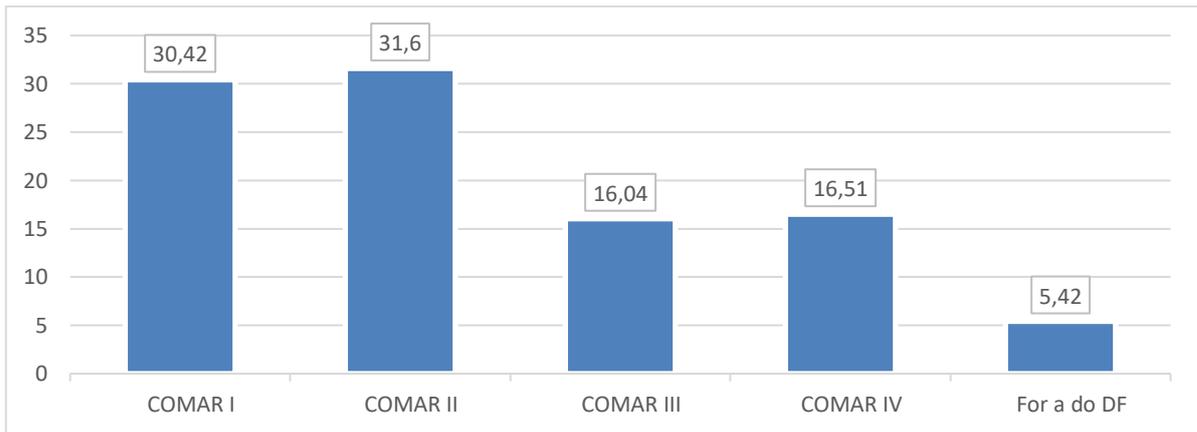
Figura 10- Distribuição racial.



Fonte: a autora.

A distribuição territorial de moradia encontrada na amostra evidenciou que esses militares estão mais concentrados nas comarcas I e II, ou seja, moram nas regiões central e sul do DF (Plano Piloto, Sia, Lago Sul, Guará I, Cruzeiro, Sudoeste, Octogonal, Taguatinga, Brazndia, Ceilândia, Samambaia, guas Claras, Samambaia Centro, Setor Industrial da Ceilândia, P Sul e Taguatinga Sul), conforme figura 11.

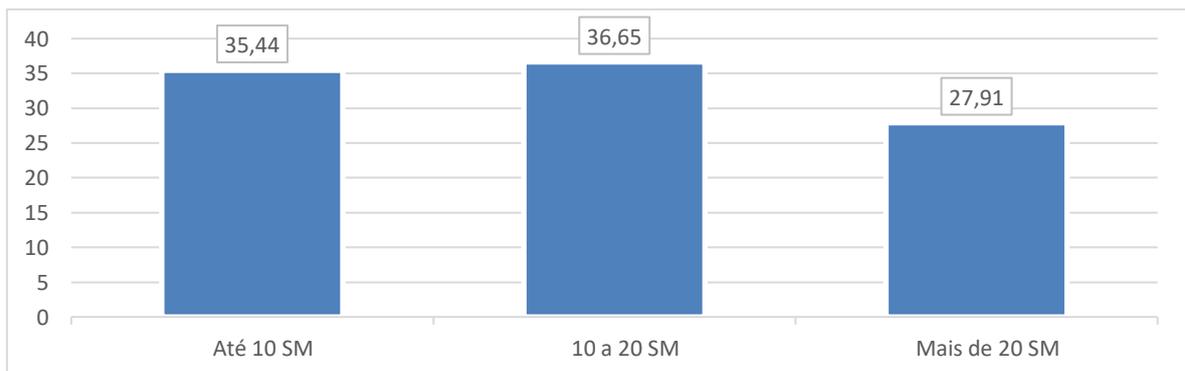
Figura 11- Distribuio territorial de local de residência da amostra.



Fonte: a autora.

A avaliao quanto à renda familiar mostrou que cerca de um terço da amostra vive com até 10 salários mínimos (figura 12). Nesses casos, acredita-se que a renda familiar seja composta prioritariamente por apenas um dos cônjuges, ou que a contribuio financeira da parceria seja pouco relevante.

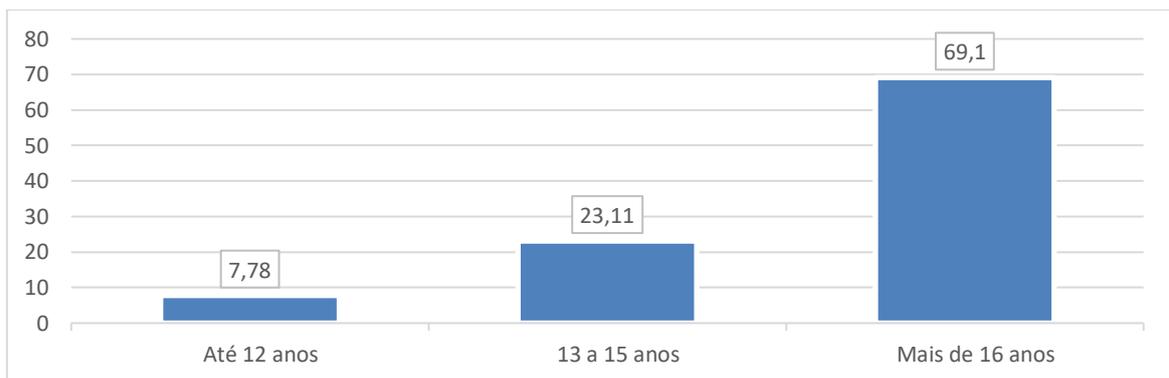
Figura 12- Renda familiar da amostra.



Fonte: a autora.

Já em relação ao tempo de estudo, observa-se que 69% possui mais de 16 anos de aprendizado acadêmico. Essa realidade demonstra a mudança no perfil da tropa com a necessidade de possuir nível superior para ingressar no CBMDF, independente se para ocupar as fileiras do oficialato ou da graduação (figura 13).

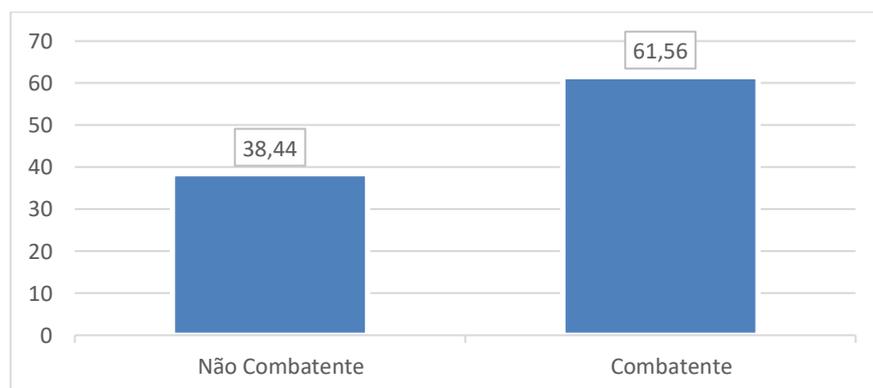
Figura 13- Distribuição conforme anos de estudo.



Fonte: a autora.

No que tange ao tipo de carreira, a maioria da amostra pertence ao quadro combatente (figura 14). A outra parte destina-se ao quadro de saúde, complementares, músicos, condutores, capelães e pastores.

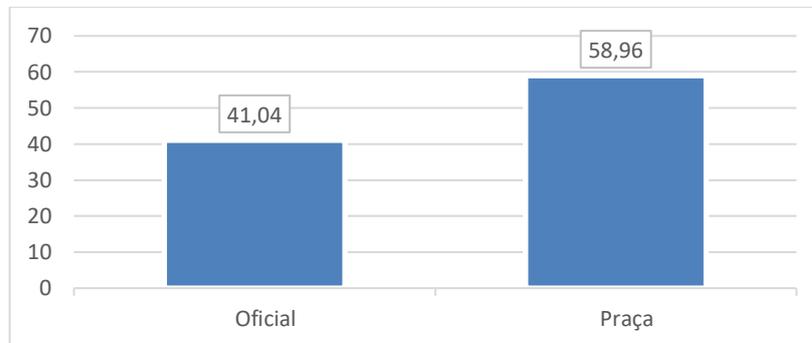
Figura 14- Distribuição por carreira.



Fonte: a autora.

Quanto ao posto e graduação, observou-se que 41% da amostra era composta por oficiais (figura 15). Provavelmente a amostragem por conveniência pode ter motivado mais os oficiais a responderem o questionário, devido empatia ao propósito do estudo, que se destina à conclusão de um curso para oficiais superiores.

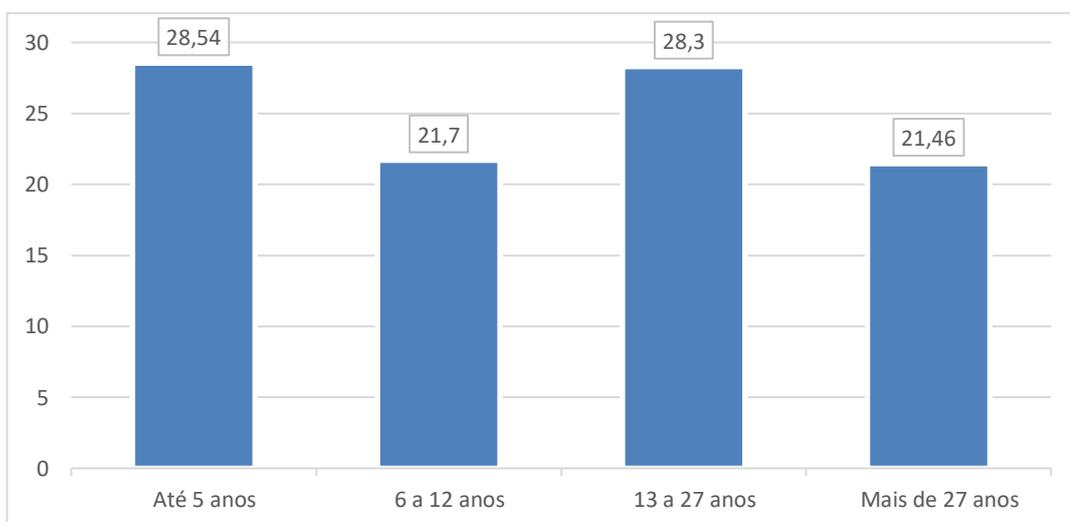
Figura 15- Relação entre quadro oficial e de praças.



Fonte: a autora.

Em relação ao tempo de serviço no CBMDF, a amostra evidencia que cerca da metade está do meio para o fim de carreira. E um percentual importante (28,54%) é ainda bem novo na corporação (figura 16).

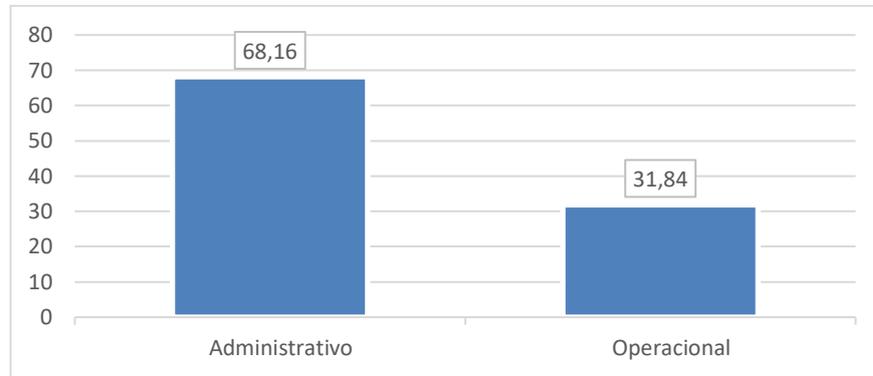
Figura 16- Tempo de serviço no CBMDF.



Fonte: a autora.

O tipo de serviço desempenhado mostra grande parte realizando trabalho do tipo administrativo (figura 17).

Figura 17- Tipo de serviço desempenhado.



Fonte: a autora.

As prevalências de transtorno depressivo, transtorno de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático foram calculadas e os respectivos intervalos de 95 % de confiança foram construídos. Foram empregados os modelos multivariados de regressão de Poisson com variância robusta a fim de determinar se os fatores sociodemográficos e funcionais (idade, sexo, estado civil, número de filhos, raça, região de moradia, número de pessoas que residem na residência, renda, anos de estudo, quadro, grau hierárquico, tempo no CBMDF e regime de trabalho) foram preditores significativos para a ocorrência de depressão, ansiedade e TEPT.

Em relação aos transtornos mentais pesquisados, observou-se que 59,2% apresentou transtorno depressivo e 60,61% mostrou transtorno de ansiedade. Esses diagnósticos são assertivos e pautados pela literatura, conforme citado anteriormente (tabela 3).

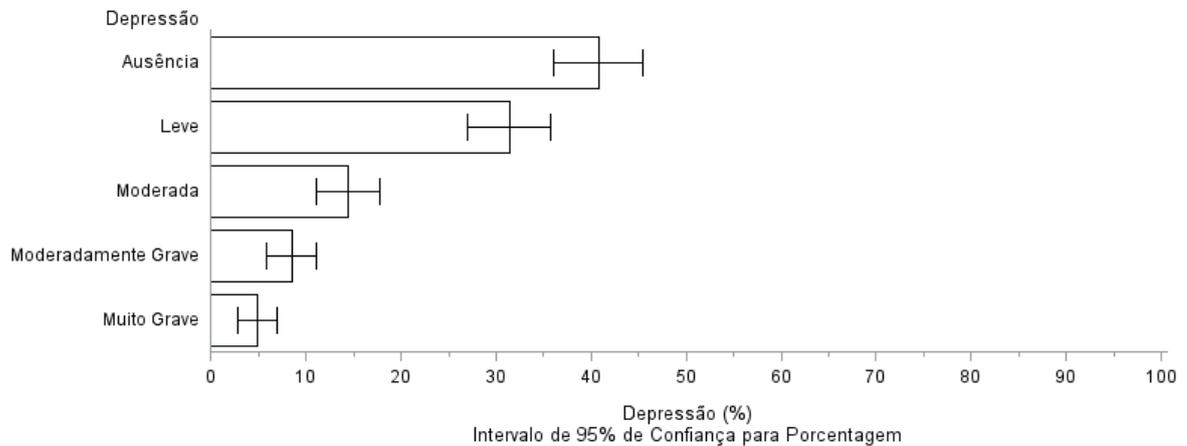
Tabela 3 – Prevalência de gravidade de depressão e ansiedade

Doenças	%	Erro Padrão	Intervalo 95% de Confiança	
			Limite Inferior	Limite Superior
Depressão				
Ausência	40,80	2,39	36,10	45,50
Leve	31,37	2,26	26,93	35,80
Moderada	14,39	1,71	11,03	17,74
Moderadamente	8,49	1,35	5,83	11,15

Grave				
Muito Grave	4,95	1,05	2,88	7,02
Ansiiedade				
Não tem	39,39	2,38	34,72	44,06
Leve	37,50	2,35	32,87	42,13
Moderada	15,09	1,74	11,67	18,52
Severa	8,02	1,32	5,42	10,61

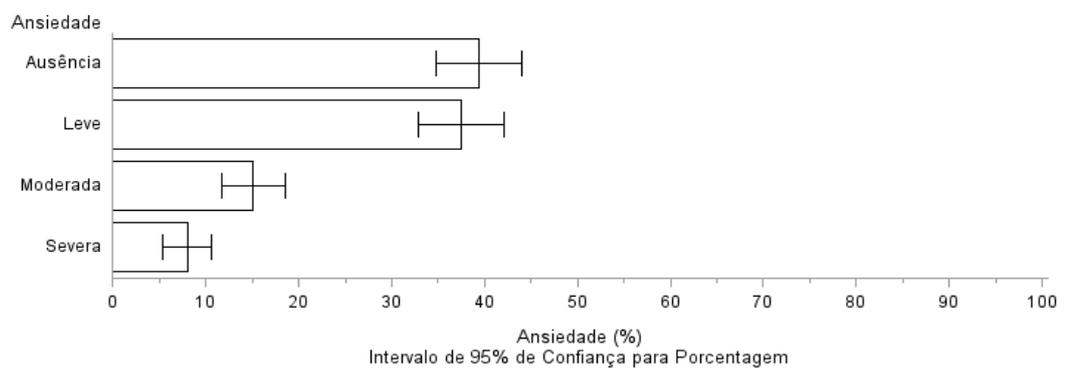
De modo mais específico, o transtorno depressivo encontrado traduz-se na figura a seguir (figura 18).

Figura 18- Manifestação de transtorno depressivo.



Em relação ao transtorno de ansiedade, é possível observar a intensidade do acometimento de acordo com a figura 19.

Figura 19- Intensidade do transtorno de ansiedade encontrado.



Em relação aos três transtornos pesquisados, observou-se prevalência superior de transtorno de ansiedade e transtorno depressivo em relação ao transtorno de estresse pós-traumático (tabela 4).

Tabela 4 – Prevalência de ocorrência de depressão, ansiedade e TEPT

Doenças	%	Erro Padrão	Intervalo 95% de Confiança	
			Limite Inferior	Limite Superior
Depressão				
Ausência	40,80	2,39	36,10	45,50
Presença	59,20	2,39	54,50	63,89
Ansiedade				
Ausência	39,39	2,38	34,72	44,06
Presença	60,61	2,38	55,94	65,28
TEPT				
Ausência	79,00	1,98	75,12	82,90
Presença	21,00	1,98	17,10	24,88

Ainda em relação às variáveis, a tabela a seguir mostra a ocorrência de depressão segundo os fatores sociodemográficos e funcionais.

Tabela 5 – Modelo de Regressão de Poisson - Razões de Prevalência (RP) e IC 95 % para ocorrência de depressão, segundo fatores sócio demográficos e funcionais

Fatores	RP Bruta (IC 95%)	p-valor	RP Ajustada* (IC 95%)	p-valor
Idade		0,1037	-	-
< 35	1,28 (0,97; 1,69)	0,0769	-	-
35 – 40	1,03 (0,76; 1,41)	0,8420	-	-
41 – 49	1,27 (0,98; 1,66)	0,0732	-	-
≥ 50	1	-	-	-
Sexo		0,0028		0,0277
Feminino	1,27 (1,08; 1,48)	0,0028	1,19 (1,02; 1,40)	0,0277
Masculino	1	-	1	-
Estado Civil		0,0106		0,0484
Não Casado	1,23 (1,05; 1,45)	0,0106	1,17 (1,01; 1,38)	0,0484
Casado	1	-	1	-
Número de Filhos		0,5021		-
Até um filho	1,06 (0,90; 1,24)	0,5021	-	-
Mais de um filho	1	-	-	-
Raça		0,5490		-

Não Branca	1,05 (0,89; 1,24)	0,5490	-	-
Branca	1	-	-	-
Local de Moradia		0,0057		0,0031
COMAR I	1,16 (0,93; 1,44)	0,1822	1,27 (1,03; 1,57)	0,0277
COMAR III	1,46 (1,18; 1,80)	0,0006	1,50 (1,21; 1,85)	0,0002
COMAR IV	1,19 (0,93; 1,53)	0,1631	1,29 (1,01; 1,65)	0,0432
COMAR II	1	-	1	-
Número de Residentes		0,2954	-	-
Até 3 pessoas	1,09 (0,93; 1,28)	0,2954	-	-
Mais de 3 pessoas	1	-	-	-
Renda		0,0093		0,0047
Até 10 SM	1,39 (1,12; 1,72)	0,0028	1,44 (1,15; 1,80)	0,0014
10 a 20 SM	1,20 (0,96; 1,50)	0,1148	1,22 (0,98; 1,53)	0,0788
Mais de 20 SM	1	-	1	-
Anos de Estudo		0,0970	-	-
Até 12 anos de estudo	1	-	-	-
13 a 15 anos de estudo	1,21 (0,85; 1,72)	0,2809	-	-
Mais de 16 anos de estudo	1,01 (0,72; 1,41)	0,9659	-	-
Quadro		0,0991	-	-
Combatente	1,16 (0,97; 1,38)	0,0991	-	-
Não Combatente	1	-	-	-
Grau de Hierarquia		0,0068	-	-
Praça	1,27 (1,07; 1,51)	0,0068	-	-
Oficial	1	-	-	-
Tempo no CBMDF		0,0546		0,0053
Até 5 anos	1,07 (0,81; 1,40)	0,6351	1,06 (0,80; 1,40)	0,7025
6 a 12 anos	1,28 (0,99; 1,67)	0,0638	1,33 (1,02; 1,74)	0,0368
13 a 27 anos	1,32 (1,03; 1,70)	0,0288	1,41 (1,09; 1,81)	0,0082
Regime de Trabalho		0,0670	-	-
Serviço Operacional	1,16 (0,99; 1,37)	0,0670	-	-
Serviço Administrativo	1	-	-	-

* Ajustada para sexo, estado civil, local de moradia, renda e tempo no CBMDF

Essa tabela mostra que os fatores preditivos significativos para a prevalência de transtorno depressivo no CBMDF foram sexo feminino, estado civil não casado, residir nas comarcas I, III e IV (Plano Piloto, Sia, Lago Sul, Guará I, Cruzeiro, Sudoeste, Octogonal, Planaltina, Paranoá, São Sebastião, Sobradinho, Lago Norte, Núcleo Bandeirante, Gama, Santa Maria, Candangolândia, Recanto das Emas e Riacho Fundo), renda inferior a 10 salários mínimos e possuir mais de 6 anos de tempo de serviço no CBMDF. A análise multivariada evidenciou que pacientes do sexo feminino apresentam uma prevalência de depressão 19 % (RP = 1,19; p = 0,0277) maior do que a dos homens. Pacientes não casados apresentam uma prevalência de depressão 17 % (RP = 1,17; p = 0,0484) maior do que os casados. Pacientes que residem nas regiões I, III e IV apresentam uma prevalência de depressão 27%, 50 % e 29 %, respectivamente, maiores do que aqueles que vivem na região II. Pacientes com renda até 10 SM apresentam uma prevalência de depressão 44 % (RP = 1,44; p = 0,0014) maior do que aqueles com renda acima de 20 SM. Pacientes com 6 a 12 anos e aqueles com 13 a 27 anos de serviço no CBMDF apresentam uma prevalência de depressão 33 % e 41 %, respectivamente, maiores do que aqueles com até 5 anos de serviço no CBMDF.

Com relação ao local de moradia, não se identifica o provável fator desencadeador do transtorno, uma vez que a maioria das regiões abrangidas não são necessariamente as mais pobres do Distrito Federal tampouco com os maiores índices de violência. Entretanto, a baixa renda é um fator a ser considerado assim como o maior tempo de serviço no CBMDF.

Também foi considerada a ocorrência de TAG segundo os fatores sociodemográficos e funcionais (tabela 6).

Tabela 6 – Modelo de Regressão de Poisson - Razões de Prevalência (RP) e IC 95 % para ocorrência de TAG, segundo fatores sociodemográficos e funcionais

Fatores	RP Bruta (IC 95%)	p-valor	RP Ajustada* (IC 95%)	p-valor
Idade		0,1133	-	-
< 35	1,30 (1,00; 1,69)	0,0513	-	-
35 – 40	1,05 (0,78; 1,42)	0,7582	-	-
41 – 49	1,24 (0,95; 1,60)	0,1064	-	-
≥ 50	1	-	-	-

Sexo			0,0065		0,0030
Feminino	1,23 (1,06; 1,44)		0,0065	1,26 (1,08; 1,46)	0,0030
Masculino	1		-	1	-
Estado Civil			0,0581	-	-
Não Casado	1,17 (0,99; 1,37)		0,0581	-	-
Casado	1		-	-	-
Número de Filhos			0,1911	-	-
Até um filho	1,11 (0,95; 1,30)		0,1911	-	-
Mais de um filho	1		-	-	-
Raça			0,6166	-	-
Não Branca	0,96 (0,82; 1,12)		0,6166	-	-
Branca	1		-	-	-
Local de Moradia			0,3838	-	-
COMAR I	1,07 (0,87; 1,31)		0,5373	-	-
COMAR III	1,19 (0,96; 1,49)		0,1183	-	-
COMAR IV	1,16 (0,92; 1,45)		0,1991	-	-
COMAR II	1		-	-	-
Número de Residentes			0,4284	-	-
Até 3 pessoas	1,07 (0,91; 1,25)		0,4284	-	-
Mais de 3 pessoas	1		-	-	-
Renda			0,0389		0,0224
Até 10 SM	1,30 (1,06; 1,59)		0,0127	1,32 (1,07; 1,61)	0,0081
10 a 20 SM	1,15 (0,92; 1,42)		0,2096	1,14 (0,92; 1,41)	0,2341
Mais de 20 SM	1		-	1	-
Anos de Estudo			0,2861	-	-
Até 12 anos de estudo	1		-	-	-
13 a 15 anos de estudo	1,06 (0,78; 1,44)		0,7131	-	-
Mais de 16 anos de estudo	0,92 (0,69; 1,24)		0,5979	-	-
Quadro			0,1868	-	-
Combatente	1,12 (0,95; 1,32)		0,1868	-	-
Não Combatente	1		-	-	-
Grau de Hierarquia			0,0650	-	-
Praça	1,17 (0,99; 1,37)		0,0650	-	-
Oficial	1		-	-	-

Tempo no CBMDF		0,4955	-	-
Até 5 anos	1,05 (0,82; 1,34)	0,7089	-	-
6 a 12 anos	1,17 (0,91; 1,50)	0,2198	-	-
13 a 27 anos	1,15 (0,91; 1,46)	0,2330	-	-
Mais de 27 anos	1	-	-	-
Regime de Trabalho		0,6541	-	-
Serviço Operacional	1,04 (0,88; 1,23)	0,6541	-	-
Serviço Administrativo	1	-	-	-

* Ajustada para sexo e renda

Por meio da análise multivariada evidenciou-se que ser do sexo feminino e ter renda mais baixa são fatores preditores significativos para a presença de ansiedade na corporação do CBMDF. Ou seja, pacientes do sexo feminino apresentam uma prevalência de ansiedade 26 % (RP = 1,26; p = 0,0030) maior do que a dos homens. Pacientes com renda até 10 SM apresentam uma prevalência de ansiedade 32 % (RP = 1,32; p = 0,0081) maior do que aqueles com renda acima de 20 SM. Para esse transtorno estudado não houve relevância o local de moradia, o tipo de trabalho desempenhado, tempo de serviço, idade ou estrutura familiar.

E por fim, a ocorrência de TEPT segundo as variáveis sociodemográficas e funcionais, com intervalo de confiança de 95% (tabela 7).

Tabela 7– Modelo de Regressão de Poisson - Razões de Prevalência (RP) e IC 95 % para ocorrência de TEPT, segundo fatores sociodemográficos e funcionais

Fatores	RP Bruta (IC 95%)	p-valor	RP Ajustada* (IC 95%)	p-valor
Idade		0,0105	-	-
< 35	1	-	-	-
35 – 40	1,56 (0,75; 3,25)	0,2354	-	-
41 – 49	2,36 (1,26; 4,40)	0,0071	-	-
≥ 50	2,79 (1,43; 5,45)	0,0026	-	-
Sexo		0,0303		0,0031
Feminino	1,53 (1,04; 2,24)	0,0303	1,75 (1,21; 2,54)	0,0031
Masculino	1	-	1	-
Estado Civil		0,5907	-	-
Não Casado	1,12 (0,74; 1,71)	0,5907	-	-
Casado	1	-	-	-

Número de Filhos		0,4772	-	-
Até um filho	0,87 (0,58; 1,28)	0,4773	-	-
Mais de um filho	1	-	-	-
Raça		0,0772	-	-
Não Branca	1,44 (0,96; 2,17)	0,0772	-	-
Branca	1	-	-	-
Local de Moradia		0,0035		0,0403
COMAR I	1,53 (0,87; 2,69)	0,1428	2,02 (1,17; 3,47)	0,0111
COMAR III	1,85 (1,00; 3,44)	0,0498	1,75 (0,96; 3,16)	0,0653
COMAR IV	2,70 (1,56; 4,68)	0,0004	2,01 (1,16; 3,50)	0,0130
COMAR II	1	-	1	-
Número de Residentes		0,4027	-	-
Até 3 pessoas	0,85 (0,57; 1,25)	0,4027	-	-
Mais de 3 pessoas	1	-	-	-
Renda		0,0125	-	-
Até 10 SM	1,84 (1,11; 3,03)	0,0174	-	-
10 a 20 SM	1,05 (0,60; 1,83)	0,8689	-	-
Mais de 20 SM	1	-	-	-
Anos de Estudo		0,0609	-	-
Até 12 anos de estudo	1,65 (0,87; 3,13)	0,1268	-	-
13 a 15 anos de estudo	1,58 (1,04; 2,42)	0,0331	-	-
Mais de 16 anos de estudo	1	-	-	-
Quadro		0,1303	-	-
Combatente	1,39 (0,91; 2,13)	0,1303	-	-
Não Combatente	1	-	-	-
Grau de Hierarquia		0,0039		0,0132
Praça	1,93 (1,23; 3,02)	0,0039	1,71 (1,12; 2,62)	0,0132
Oficial	1	-	1	-
Tempo no CBMDF		0,0001		< 0,0001
Até 5 anos	1	-	1	-
6 a 12 anos	1,58 (0,77; 3,24)	0,2130	1,58 (0,78; 3,19)	0,2045
13 a 27 anos	2,14 (1,13; 4,05)	0,0193	2,18 (1,17; 4,06)	0,0138

Mais de 27 anos	3,56 (1,94; 6,54)	< 0,0001	3,73 (2,02; 6,87)	< 0,0001
Regime de Trabalho		0,8714	-	-
Serviço Operacional	0,96 (0,63; 1,49)	0,8714	-	-
Serviço Administrativo	1	-	-	-

* Ajustada para sexo, local de moradia, grau de hierarquia e tempo no CBMDF

Também com abordagem por análise multivariada foi evidenciado que ser do sexo feminino, morar nas regiões I ou IV, ser praça e mais tempo no CBMDF são fatores preditores significativos para a presença de TEPT na corporação do CBMDF. Ou seja, pacientes do sexo feminino apresentam uma prevalência de TEPT 75 % (RP = 1,75; p = 0,0031) maior do que a dos homens. Pacientes que residem nas regiões I e IV apresentam uma prevalência de TEPT 102 % e 101 %, respectivamente, maiores do que aqueles que vivem na região II. Militares praças apresentam uma prevalência de TEPT 71 % (RP = 1,71; p = 0,0132) maior do que aqueles que são oficiais. Pacientes com 13 a 27 anos de serviço e aqueles com mais de 27 anos de serviço no CBMDF apresentam uma prevalência de TEPT 118 % e 273 %, respectivamente, maiores do que aqueles com até 5 anos de serviço no CBMDF.

Nesse transtorno específico, observa-se que o tipo e tempo de serviço no CBMDF são fatores muito importantes para o desenvolvimento de TEPT. A provável causa dessa observação pode ser atribuída ao acúmulo vivenciado de sucessivas situações de estresse vivenciadas pelo militar. Fato que corrobora para essa hipótese é a prevalência de TEPT de 273% superior encontrada nos bombeiros no terço final da carreira se comparada ao índice encontrado em militares com até 5 anos de serviço.

De um modo geral, ser do sexo feminino, morar nas Comarcas I e IV, possuir renda mais baixa e mais tempo de serviço são fatores predisponentes para uma maior ocorrência de transtorno depressivo, TAG e TEPT. Ser praça apenas impactou no desenvolvimento de TEPT, e a renda mais baixa foi observada nos transtornos depressivos e TAG.

De modo a elucidar e melhor avaliar o estado de saúde mental dos militares da ativa do CBMDF, foi realizada uma tabela comparativa utilizando os dados da literatura previamente expostos e os encontrados nesse estudo (tabela 8).

Tabela 8 – Comparativo da saúde mental entre população geral, bombeiros e militares do CBMDF, nos períodos anteriores a COVID-19 e após o evento.

		Antes de 2020	Após pandemia
Transtorno depressivo	População geral	10,2% ¹	53% ²
	Bombeiros/ emergencistas	27,5% ^{3*}	52,68% ⁴
	Militares do CBMDF	12,9% ⁵	59,2%
TAG	População geral	10 a 20% ⁶	42% ²
	Bombeiros/ emergencistas	8,3 a 26,9% ⁷	57,14% ⁴
	Militares do CBMDF	26% ⁸	60,61%
TEPT	População geral	Não há dados	45% ⁹
	Bombeiros/ emergencistas	6,9 a 21% ¹⁰	31,07% ¹¹
	Militares do CBMDF	2,4% ⁵	21%

*estudo realizado nos EUA imediatamente após o evento de 11/09/2011.

1. DE ALBUQUERQUE BRITO, 2019.

2. MUSSE, 2022.

3. WISCNIVESKY, 2011.

4. CAVALCANTE, 2022.

5. CHAVES, 2016.

6. OMS, 2020.

7. CASTRO AMATO, 2010.

8. OLIVEIRA, 2020.

9. SALARI, 2020.

10. SANTANA, 2016.

11. NASCIMENTO, 2022.

Com a avaliação da tabela anterior, pode-se observar que a ocorrência dos transtornos mentais estudados é maior entre bombeiros, emergencistas e militares do CBMDF do que na população geral. Esses índices seguem bastante semelhantes

para o transtorno depressivo e TAG. Houve relativa diferença quanto ao TEPT entre os bombeiros/ emergencistas e os militares do CBMDF. Muito provavelmente essa diferença pode ser atribuída ao ano em que foram realizados os questionários das pesquisas (em 2022 para os emergencistas/ bombeiros e 2023 para os militares do CBMDF). Essa diferença de um ano reflete o arrefecimento da pandemia por COVID-19, emprego em larga escala da vacina específica, menor agravamento dos pacientes que contraíram a doença e conseqüentemente menos impacto na saúde mental se comparado aos primeiros anos da pandemia.

Observa-se também que a prevalência de transtorno depressivo entre os militares do CBMDF aumentou de 12,9% para 59,2%. Esse índice encontrado é bastante preocupante uma vez que mostra o adoecimento progressivo da tropa. Há necessidade de se considerar que o primeiro índice possa ter sido subdiagnosticado, uma vez que a coleta de dados foi realizada a partir de atestados médicos. Os militares com depressão não diagnosticada ou sem a necessidade de afastamento laboral não foram contabilizados nesse estudo de 2016. De qualquer forma, houve um aumento substancial nos transtornos depressivos.

Com relação ao TAG, houve alteração do acometimento de 26% para 60,61%. Considerando que o trabalho realizado por Oliveira em 2020 avaliou apenas os militares que trabalhavam no atendimento pré-hospitalar, acredita-se que a presença de TAG no CBMDF todo em 2020 seja inferior a esse índice encontrado. De qualquer forma, com ou sem viés, observa-se um aumento de prevalência em 3 vezes o valor anteriormente mostrado.

No que tange ao TEPT, observou-se considerável aumento na prevalência desse transtorno. Os números mostram um aumento expressivo na identificação de TEPT entre os bombeiros da ativa do CBMDF, com maior incidência entre os militares com mais anos de serviços prestados. Novamente suspeita-se de subdiagnóstico da doença na avaliação realizada por Chaves em 2016, por ter estudado apenas os atestados médicos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou elevada prevalência das doenças mentais pesquisadas na tropa, com índices superiores se comparados aos semelhantes em atividade ocupacional. Além disso conseguiu identificar os militares mais suscetíveis ao adoecimento e aqueles que apresentam algum grau de fragilidade. É imprescindível atentar para a vulnerabilidade do sexo feminino, os militares com menor renda (ou descontrole financeiro) e aqueles com maior tempo de serviço no CBMDF.

Seria interessante, como forma de mitigar essa alta prevalência de doenças mentais na tropa, realizar busca ativa dos militares que pontuaram nas escalas e aceitaram que fosse feito contato com eles, uma vez que já foram identificados e diagnosticados. O fato de aceitar contato posterior já sinaliza uma maior abertura a possibilidade de diagnóstico de doença mental e consequentemente ao tratamento a ser instituído.

Outra abordagem interessante a ser considerada seria implementar o questionário do presente estudo nas avaliações realizadas na Bienal. Já existe um questionário para avaliação mental, entretanto esse modelo atual apenas rastreia os transtornos mentais comuns, não faz diagnóstico preciso de nenhum deles. Com a mudança do questionário toda a corporação seria rastreada em até 2 anos, com a identificação de diagnóstico preciso e encaminhamento direto para a psiquiatria, psicologia e grupos de apoio.

De forma complementar, o questionário poderia ser levado para o programa saúde nos quartéis, executado pela policlínica médica, com o apoio do centro de capacitação física e centro de assistência ao bombeiro militar, consonante com a atual expansão do projeto piloto. Esse projeto conta com avaliação física e antropométrica somada a exames solicitados pelo cardiologista, endocrinologista e nutricionista, associados a palestras do CEABM e recomendação de atividade física regular e melhora no estilo de vida. As palestras são realizadas no primeiro contato e nas semanas seguintes até que seja o momento para a reavaliação dos militares. Após 4 meses, a equipe retorna ao quartel avaliado para confrontar e comparar os dados

encontrados após a mudança do estilo de vida proposta na primeira visita. É uma ação pioneira da policlínica médica, com apoio do CEABM, CECAP e CPMD (medicina do trabalho), com vistas a promoção de saúde e prevenção primária e secundária de doenças. Esse projeto ainda funciona como piloto, possivelmente em breve se tornará um programa.

Além de realizar o diagnóstico entre os bombeiros, é importante ter uma rede de suporte para estabelecer o cuidado, tratamento e seguimento desses militares. Valorizar e implementar cuidados pessoais como o *mindfulness*, estimular o lazer, alicerçar a fé e salientar a importância da atividade física são pequenas mudanças que podem trazer valorosas e incontestáveis transformações. Essas sugestões podem ser disponibilizadas no sítio do CBMDF, seja na forma de vídeos, depoimentos, entrevistas com especialistas da corporação ou avisos das capelarias.

As capelarias disponibilizam atendimento privativo para os militares com necessidade de apoio psicológico e espiritual, entretanto a procura por esse tipo de serviço ainda está aquém do ideal para um melhor alicerce da corporação.

Outrossim, seria produtivo a realização de palestras que abordem a temática saúde mental com foco prioritário nas comarcas I e IV, onde foi evidenciado maior número de bombeiros acometidos. Essa abordagem teria como objetivo explicitar o diagnóstico e a viabilidade de tratamento com grande impacto positivo na qualidade de vida. Também serviria para desmistificar as patologias mentais e fornecer meios para que o trabalhador consiga realizar o tratamento e seja acompanhado por profissionais capacitados.

Outra abordagem interessante a ser suscitada seria o desenvolvimento e implementação de um programa que ajudasse os bombeiros a aprenderem acerca de educação financeira. Talvez a incremento de uma disciplina sobre esse assunto em todos os cursos de formação e aperfeiçoamento da carreira militar poderia reduzir a preocupação com a temática econômica.

De modo geral, esse estudo mostrou grande prevalência de transtorno depressivo, TAG e TEPT nos bombeiros militares do CBMDF. A tropa está adoecida e

precisa de intervenção imediata para que a missão da corporação (Proteção de vidas, patrimônio e meio ambiente) seja realizada antes mesmo de sair para o atendimento das ocorrências. Existe a necessidade de se realizar estudos complementares para verificar e sanar as vulnerabilidades já expostas anteriormente. Avaliar mais detalhadamente as causas do maior adoecimento entre as mulheres e identificar mecanismos de proteção para essas militares. Também é imprescindível avaliar causas e detectar mecanismos de resguardo para os militares que estejam entre o meio e o fim de carreira.

REFERÊNCIAS

ALGHANDI M, HUNT N, THOMAS S. Prevalence rate of PTSD, Depression and Anxiety symptoms among Saudi Firefighters **Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment** 06(01) 2017.

ALMEIDA, T. F. et al. Análise do transtorno do estresse pós-traumático em profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 31, 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR**. Tradução: Cláudia Dornelles; 4.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ANDRADE LH, WANG Y-P, ANDREONI S, SILVEIRA CM, ALEXANDRINO-SILVA C, et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLoS ONE**. 2012;7(2):e31879. doi: 10.1371/journal.pone.0031879, 2012.

BARROS AJ, HIRAKATA VN: Alternatives for logistic regression in crosssectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol** 2003, 3:21.

BBC. Depressão será a doença mais comum em 2030, diz OMS. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2009/09/090902_depressao_oms_cq#:~:text=%22Os%20n%C3%BAmeros%20da%20OMS%20mostram,Saxena%2C%20do%20Departamento%20de%20Sa%C3%BAde publicado em 02 de Setembro de 2009.

BRASIL. Lei nº 12.086, de 06 de novembro de 2009. Dispõe sobre os militares da Polícia Militar do Distrito Federal e do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 nov. 2009. Seção 1, p. 5.

BVSMS. OMS divulga informe mundial de saúde mental: transformar a saúde mental para todos. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/oms-divulga-informe-mundial-de-saude-mental-transformar-a-saude-mental-para-todos/> acesso em Janeiro de

2023.

CASTRO AMATO, PAVIN T, FERNANDES L, LI M, BATISTA A. Trabalho, gênero e saúde mental: uma pesquisa quantitativa e qualitativa entre bombeiros. **Cadernos de psicologia social do trabalho**, vol 13, n 1, pp 103- 118. 2010.

CAIUBY, C. A. et al. **Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R)**. São Paulo: [s.n.].

CAVALCANTE F, NEGREIROS B, MAIA E. Depressão, ansiedade e estresse em profissionais da linha de frente da COVID-19. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** (2022) (27) 6-20

CHAVES, Flávio Mascarenhas Starling. Perfil dos Afastamentos Por Transtornos Mentais e Comportamentais No Corpo de Bombeiros Militar Do Distrito Federal. Brasília, DF, 68 p. **Monografia para o curso de aperfeiçoamento de oficiais– Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal**, 2016.

COFEN. Brasil enfrenta uma segunda pandemia, agora na saúde mental. Disponível http://www.cofen.gov.br/brasil-enfrenta-uma-segunda-pandemia-agora-na-saude-mental_103538.html#: publicado em 13/10/2022.

COIMBRA M, FERREIRA L, ARAÚJO A. Impacts of stress on occupational exposure of firefighters: an integrative review. **Revista Enfermagem UERJ**. 28:e52825, 2020.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Boletim Geral do CBMDF**, nº 056, 24 de março de 2020, XV – Convocação de oficiais e praças para atuarem na Operação de combate ao COVID-19. 2020.

COSTA, A. C. A. DA. Implementação de políticas públicas para tratamento dos problemas de saúde mental decorrentes da pandemia do COVID-19. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 1, p. 1287–1301, 31 jan. 2022.

DAVID M., WARRIER V., ALLISON C., BARON-COHEN S. Testing the Empathizing–

Systemizing theory of sex differences and the Extreme Male Brain theory of autism in half a million people. **Psychological and cognitive sciences**. 115 (48) 12152-12157, novembro, 2018. <<https://doi.org/10.1073/pnas.1811032115>>

DE ALBUQUERQUE BRITO V, BELLO-CORASSA R, VIANA M. Prevalence of self-reported depression in Brazil: National Health Survey 2019 and 2013. **Epidemiologia e Servicos de Saude** 31(Special issue 1), 2022.

DE CARVALHO T, ARAÚJO L, LIMA E, ANDRADE A, BASTOS M, LACERDA E, FERREIRA M. Burden and protection. **Journal of Occupational and Environmental Medicine** 63(12) E899-E904, 2021.

FERNANDES, M. S. Avaliação da prevalência dos transtornos mentais comuns entre militares da ativa. **CBMDF CAEO 2018**. Brasília: [s.n.].

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010

GUILLAND, R. et al. Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em trabalhadores durante a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022a.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. Chapter 4 pag 88. Wiley. New York. 1989.

KABAT-ZINN, J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of *mindfulness* meditation: Theoretical considerations and preliminary results. **General Hospital Psychiatry**, 4, 33-47, 1982

KAUFMANN, Cristopher Norfleet et al. Mental Health of Protective Services Workers: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, 2012;

LEITE, M. FARO, A. Evidence of validity of the GAD-7 Scale in Brazilian adolescents. **Psico-USF**, v. 27, n. 2, p. 345–356, 2022.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MANGOLINI V, ANDRADE LH, WANG Y-P. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. **Revista De Medicina**, 98(6), 415-422. Ano 2019 <<https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i6p415-422>>

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINS F. Transtornos de ansiedade podem estar relacionados a fatores genéticos. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/transtornos-de-ansiedade-podem-estar-relacionados-a-fatores-geneticos> publicado em 21 de Setembro de 2022.

MELO A. Brasil é o país mais ansioso do mundo, segundo OMS. Disponível em <<http://www.revistanursing.com.br/brasil-e-o-pais-mais-ansioso-do-mundo-segundo-a-oms/#>> publicado em 21 de julho de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coronavírus Brasil. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>> acessado em 18 de janeiro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Síndrome de Burnout. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>> acessado em 27 de fevereiro de 2023.

MOCELIN L, ALVES FILHO J. Estudo de prevalência de depressão e ansiedade durante a pandemia do COVID-19: Revisão de literatura. **Research, Society and Development** (2022) 11(13) e56111335245

MUSSE, F. C. C. et al. Violência mental: ansiedade e depressão durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Saúde e Pesquisa**, v. 15, n. 1, p. 1–17, 31 jan. 2022.

NASCIMENTO, J. C. P. et al. Análise do transtorno do estresse pós-traumático em

profissionais emergencistas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 22 fev. 2022.

OLIVEIRA, B. S. Estudo sobre a relação entre a rotina de trabalho e o seu impacto na saúde mental dos militares das equipes de atendimento pré-hospitalar do CBMDF. **Monografia para o curso de aperfeiçoamento de oficiais– Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal**, 2020.

OMS. Implementação do regulamento sanitário internacional (RSI). [s.l: s.n.]. Disponível em: <[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content & view=article & id=10319:2014-archive-by->](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10319:2014-archive-by->)>.

OMS Relatório Mundial de Saúde Mental. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>> publicado em 17 de Junho de 2022.

OPAS. Depressão. Disponível em <<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao> > acesso em Janeiro de 2023.

PAHO. OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. Disponível em <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao> publicado em 17 de Junho de 2022.

PAHO. Pandemia de Covid-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. Disponível em [https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20\(OMS\)](https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20(OMS).). publicado em 02 de Março de 2022.

PEREIRA A, PEREIRA M, SILVA B, FREITAS C, CRUZ C, DAVID D. O agravamento dos transtornos de ansiedade em profissionais de saúde no contexto da pandemia da COVID-19 / The aggravation of anxiety disorders in healthcare professionals in the context of COVID-19 pandemic. **Brazilian Journal of Health Review** 4(2) 4094-4110, 2021.

SALARI, N.; KHAZAIE, H.; HOSSEINIAN, F. A.; KHALEDI, P. B.; KHAZEMINIA, M.; MOHAMMADI, M.; SHOHAIMI, S.; DANESHKHAH, A.; ESKANDARI, S. The

prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. **Human Resources Health**, v. 18, n 100, 2020.

SALDANHA-SILVA, R. et al. Common Mental Disorders During the COVID-19 Pandemic: Frequency and Associated Factors. **Psicologia - Teoria e Prática**, v. 25, n. 1, 2023.

SANTANA, Thais Gouvea da Silva. Prevalência de transtorno de estresse pós traumático e fatores associados em bombeiros militares do Rio de Janeiro. 86 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - **Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro**, Seropédica, 2016. Disponível em <<https://tede.ufrrj.br/jspui/handle/jspui/5232>>

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, 2013.

VIANA MC, ANDRADE LH. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2012;34(3):249-60. doi: 10.1016/j.rbp.2012.03.001.

WANG, Yuan-Pang. Entrevistas diagnósticas e instrumentos de triagem. In: Gorenstein, Clarice; Hungerbühler, Ines; Wang Yuan-Pang. **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental**. São Paulo: Artmed, 2016, p. 59-64.

WISNIVESKY, J.P. et al. Persistence of multiple illnesses in World Trade Center rescue and recovery workers: a cohort study. **Lancet**. 2011 Sep 3;378(9794):888-97. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61180-X.

WOLFFE T, ROBINSON A. Mental health of UK firefighters. **Scientific Reports** 13(1) 2023.

SILVA, K. M. A percepção de socorristas sobre o atendimento pré-hospitalar de pessoas em agudização do transtorno mental. **Revista Uningá ISSN 2318-0579**, v. 56, p. 58–70, 2019.

SOUZA, J. C.; PRADO, J. S. DO; SOUSA, I. F. DE. Estudo da prevalência e análise de fatores de proteção ao surgimento do estresse em bombeiros militares. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e500974321, 15 maio de 2020.

VOLOVICZ, T. H. Atendimento pré-hospitalar pelo Corpo de Bombeiros do Estado do Paraná e a relação da atividade para o desenvolvimento do estresse ocupacional. **Revista Ibero- Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 1, 2021.

APÊNDICE A

A SAÚDE MENTAL DOS BOMBEIROS

Este questionário foi desenvolvido pela Maj. QOBM/Méd. Daniele Cidade como parte da atenção em saúde mental e objetivo de compreender o impacto da pandemia e seus aspectos na saúde mental dos bombeiros militares do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Este questionário é **absolutamente sigiloso** e somente profissionais de saúde terão acesso ao resultado.

A análise coletiva dos dados coletados servirá para propósitos epidemiológicos e acadêmicos e excluirá qualquer identificação dos sujeitos.

*Obrigatório

*Obrigatório

1. 1. Seu e-mail *

2. 2. Você concorda com que nossa equipe entre em contato futuramente, em caso de necessidade assistencial? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

3. 3. Idade *

4. 4. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino

5. 5. Estado civil *

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro (a)
 Casado (a)
 Divorciado (a)
 Viúvo (a)

6. 6. Você tem filhos? *

Marcar apenas uma oval.

- Não tenho filhos
 Sim, tenho 1 filho
 Sim, tenho 2 filhos
 Sim, tenho 3 filhos ou mais

7. 7. Raça *

Marcar apenas uma oval.

- Branco
 Negro
 Pardo
 Amarelo
 Indígena

8. 8. Em qual região administrativa do DF você vive? *

Marcar apenas uma oval.

- Plano Piloto
 Gama
 Taguatinga
 Brazlândia
 Sobradinho
 Planaltina
 Paranoá
 Núcleo Bandeirante
 Ceilândia
 Guará
 Cruzeiro
 Santa Maria
 Samambaia
 São Sebastião
 Recanto das Emas
 Lago Sul
 Riacho Fundo
 Lago Norte
 Candangolândia
 Águas Claras
 Riacho Fundo 2
 Sudoeste/Octogonal
 Várzea
 Park Way
 SCIA
 Sobradinho 2
 Itapoá
 STA
 Vicente Pires
 Fercal
 Sol Nascente
 Amiqueira

<https://docs.google.com/forms/d/1zDbdTrE8oUuKORMEdtN7cVVOE8KvWmgfAcu4GHDNzE/edit>

2023, 16:09

A SAÚDE MENTAL DOS BOMBEIROS

Não vivo no DF

9. 9. Contando com você, quantas pessoas residem na sua casa? *

10. 10. Qual a renda total de sua casa? *

Marcar apenas uma oval.

- Até um salário mínimo (até R\$ 1.039,00).
 Entre 1 e 3 salários mínimos (entre R\$ 1.039,00 e R\$ 3.177,00).
 Entre 3 e 5 salários mínimos (entre R\$ 3.177,00 e R\$ 5.195,00).
 Entre 5 e 10 salários mínimos (entre R\$ 5.195,00 e R\$ 10.390,00).
 10 e 20 salários mínimos (entre R\$ 10.390,00 e R\$ 20.780,00).
 Mais de 20 salários mínimos (mais de R\$ 20.780,00).
 Prefiro não responder.

11. 11. Quanto ao número de anos de estudo: (O número de anos de estudo é o resultado total de anos de estudo desde a primeira série ou período do Ensino Fundamental até este momento, excluindo reprovações.) *

Marcar apenas uma oval.

- 3 a 5 anos de estudo
 6 a 9 anos de estudo
 10 a 12 anos de estudo
 13 a 15 anos de estudo
 Mais de 16 anos de estudo

12. 12. Quadro *

Marcar apenas uma oval.

- Combatente
- Condutor e Operador de viaturas
- Manutenção
- Músico
- Intendente
- Médico
- Cirurgião Dentista
- Complementar
- Capelão

13. 13. Grau hierárquico *

Marcar apenas uma oval.

- Soldado/2
- Soldado/1
- Cabo
- 3º Sargento
- 2º Sargento
- 1º Sargento
- Sub-Tenente
- Aspirante a oficial
- 2º Tenente
- 1º Tenente
- Capitão
- Major
- Tenente-Coronel
- Coronel

14. 14. Ano de ingresso no CBMDF *

15. 15. Regime de trabalho *

Marcar apenas uma oval.

- Expediente administrativo
- Serviço operacional

Escala do Impacto do Evento – Revisada.

Nesta parte do questionário nós queremos saber o quanto a pandemia impactou na sua vida.

Listamos abaixo as dificuldades que as pessoas algumas vezes apresentaram, após passar por eventos estressantes. Considere o evento a pandemia pelo novo coronavírus. Com relação às memórias do evento estressor, por favor, leia cada item abaixo e depois marque a opção que melhor corresponde a seu nível de estresse, nos ÚLTIMOS 7 DIAS.

Responda de acordo com o que é mais próximo da sua realidade.

16. 16. Qualquer lembrança trazia de volta sentimentos sobre a situação. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

17. 17. Eu tinha problemas em manter o sono *

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

18. 18. Outros acontecimentos faziam com que eu ficasse pensando sobre a situação

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

19. 19. Eu me sentia irritável e bravo *

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

20. 20. Eu evitava ficar chateado quando pensava sobre a situação ou era lembrado dela. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

21. 21. Eu pensava sobre a situação mesmo quando não tinha intenção de pensar *

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

22. 22. Eu sentia como se não tivesse passado pela situação ou como se não fosse real.

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

23. 23. Eu me mantive longe de coisas que pudessem relembrar a situação. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

24. 24. As imagens sobre a situação saltavam em minha mente. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

25. 25. Eu ficava sobressaltado e facilmente alarmado. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

26. 26. Eu tentei não pensar sobre a situação. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

27. 27. Eu sabia que ainda tinha muitas emoções ligadas à situação, mas as evitei.

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

28. 28. Meus sentimentos sobre a situação estavam como que entorpecidos. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

29. 29. Eu me peguei agindo ou sentindo como se estivesse de volta à situação. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

30. 30. Eu tive problemas para dormir. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

31. 31. Eu tive ondas de fortes emoções relativas à situação. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nem um pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

32. 32. Eu tentei retirar a situação da minha memória. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nenhum pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

33. 33. Eu tive problemas de concentração. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nenhum pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

34. 34. Lembranças da situação faziam com que eu tivesse reações físicas, como suores, problemas para respirar, náuseas ou coração disparado. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nenhum pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

35. 35. Eu tive sonhos sobre a situação. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nenhum pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

36. 36. Eu me sentia atento e na defensiva. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nenhum pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

37. 37. Eu tentei não falar sobre a situação. *

Marcar apenas uma oval.

0. Nenhum pouco
 1. Um pouco
 2. Moderadamente
 3. Muito
 4. Extremamente

General Anxiety Disorder- 7.

Agora vamos para o segundo questionário. Neste momento, gostaríamos de saber com que frequência você se incomodou com os seguintes problemas nas ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

Responda de acordo com o que é mais próximo da sua realidade.

38. 38. Sentir-se nervoso(a), ansioso(a) ou muito tenso(a) *

Marcar apenas uma oval.

- De modo nenhum
 Alguns dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

39. 39. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações. *

Marcar apenas uma oval.

- De modo nenhum
 Alguns dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

40. 40. Preocupar-se muito com diversas coisas. *

Marcar apenas uma oval.

- De modo nenhum
 Alguns dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

41. 41. Dificuldade para relaxar. *

Marcar apenas uma oval.

- De modo nenhum
 Alguns dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

42. 42. Ficar tão agitado(a) que se torna difícil permanecer sentado(a). *

Marcar apenas uma oval.

- De modo nenhum
 Alguns dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

43. 43. Ficar facilmente aborrecido(a) ou irritado(a) *

Marcar apenas uma oval.

- De modo nenhum
 Alguns dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

44. 44. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer. *

Marcar apenas uma oval.

- De modo nenhum
 Alguns dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

45. 45. Quão difícil esses problemas (listados nesta seção do questionário) tornaram para você trabalhar, cuidar de coisas em casa ou conviver com outras pessoas? *

Marcar apenas uma oval.

- De modo nenhum
 Alguns dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

Patient Health Questionnaire- 9

Inventário sobre sintomas depressivos: Nesta seção, gostaríamos que você nos falasse como você tem se sentido nas ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

Responda de acordo com o que é mais próximo da sua realidade.

46. 46. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas? *
- Marcar apenas uma oval.
- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias
47. 47. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva? *
- Marcar apenas uma oval.
- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias
48. 48. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume? *
- Marcar apenas uma oval.
- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias
49. 49. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia? *
- Marcar apenas uma oval.
- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias
50. 50. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais? *
- Marcar apenas uma oval.
- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias
51. 51. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)? *
- Marcar apenas uma oval.
- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

52. 52. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum dia
 Menos de uma semana
 Uma semana ou mais
 Quase todos os dias

53. 53. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum dia
 Menos de uma semana
 Uma semana ou mais
 Quase todos os dias

54. 54. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum dia
 Menos de uma semana
 Uma semana ou mais
 Quase todos os dias

55. 55. Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores (listados * nesta seção do questionário) lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum dia
 Menos de uma semana
 Uma semana ou mais
 Quase todos os dias

Mensagem de confirmação:

Agradecemos sua participação. Com certeza ela irá contribuir para atendermos melhor os bombeiros militares do CBMDF. Estamos cientes de que alguns assuntos tratados neste formulário são delicados e podem ter trazido algum desconforto. Se for o caso, sugerimos que você não fique sozinho e procure a companhia de alguém em quem confie, como um amigo ou familiar.

O CBMDF também disponibiliza atendimento psicológico e psiquiátrico aos bombeiros militares. Mais informações entre em contato com a secretaria do CEABM pelos telefones (61) 3901-3588 e 3901-3630.

O Centro de Valorização da Vida (CVV) também está disponível para contato 24 horas por dia no telefone 188. Mais informações, como endereço, e-mail para contato ou chat virtual com a equipe do CVV estão disponíveis no site da organização: <https://www.cvv.org.br/>.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários