



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO  
TRABALHADOR, NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL.

DURVAL VELOSO DA SILVA

**ANSIEDADE, ESTRESSE, DEPRESSÃO E USO DE DROGAS ENTRE  
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR**

UBERLÂNDIA

2017

DURVAL VELOSO DA SILVA

**ANSIEDADE, ESTRESSE, DEPRESSÃO E USO DE DROGAS ENTRE  
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do  
Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia,  
Instituto de Geografia (PPGAT), como requisito obrigatório  
para obtenção do título de Mestre em Saúde Ambiental e  
Saúde do Trabalhador.

Área de concentração: Saúde do Trabalhador.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcelle Aparecida de Barros  
Junqueira

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina de Moura Ferreira

UBERLÂNDIA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

S586a  
2017      Silva, Durval Veloso da, 1954-  
            Ansiedade, estresse, depressão e uso de drogas entre trabalhadores  
de enfermagem no ambiente hospitalar / Durval Veloso da Silva. - 2017.  
            80 f. : il.

            Orientadora: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira.  
            Coorientador: Maria Cristina de Moura Ferreira.  
            Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Uberlândia,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do  
Trabalhador .  
            Inclui bibliografia.

            1. Geografia médica - Teses. 2. Saúde e trabalho - Teses. 3. Drogas -  
Abuso - Teses. 4. Enfermeiros - Stress ocupacional - Teses. I. Junqueira,  
Marcelle Aparecida de Barros . II. Ferreira, Maria Cristina de Moura. III.  
Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. IV. Título.

---

CDU: 910.1:61

DURVAL VELOSO DA SILVA

**ANSIEDADE, ESTRESSE, DEPRESSÃO E USO DE DROGAS ENTRE  
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR.**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resultado \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcelle Aparecida de Barros Junqueira (orientadora)  
Universidade Federal de Uberlândia- Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em  
Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Instituto de Geografia

---

Prof. Dr. Arthur Velloso Antunes (Membro)  
Universidade Federal de Uberlândia- Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em  
Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Instituto de Geografia

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia de Assis Simões (Membro)  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro- Programa de Pós-Graduação Mestrado  
Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Instituto de Geografia



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
Instituto de Geografia  
Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental  
e Saúde do Trabalhador



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

No. 19 PPGAT

Ano: 2017

Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – PPGAT, do Instituto de Geografia – IG, da Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

DATA: 26 /05 /2017

INÍCIO: 14 horas

ENCERRAMENTO: 15:40h

LOCAL DA DEFESA: Campus Umuarama – Anfiteatro do Bloco 4K Umuarama

DISCENTE: Durval Veloso da Silva

Nº. MATRÍCULA: 11512GST007

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

LINHA DE PESQUISA: Saúde do Trabalhador

TÍTULO: “ Ansiedade, estresse, depressão e uso de drogas entre trabalhadores de enfermagem no ambiente hospitalar.”

Banca Examinadora

Profa. Dra.: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira Orientador(a) (Presidente)	UFU/MG
Profa. Dra.: Ana Lúcia de Assis Simões	UFTM/MG
Prof. Dr.: Arthur Velloso Antunes	UFU/MG

Em sessão pública, após exposição de cerca de 35 minutos, o(a) aluno(a) foi arguido(a) oralmente, sendo que a Banca Examinadora considerou o(a) candidato(a) A provado(a) com louvor.

Esta defesa de Dissertação de Mestrado Profissional é parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, legislação e regulamentação internas da UFU.

Na forma regulamentar, foi lavrada a presente Ata que é assinada pelos membros da banca e pelo (a) aluno (a).

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marcelle Ap. de Barros Junqueira  
Profa. Dra.: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira  
(Presidente)

Ana Lúcia de Assis Simões  
Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

Arthur Velloso Antunes  
Prof. Dr.: Arthur Velloso Antunes

Durval Veloso da Silva  
Aluno: Durval Veloso da Silva

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que em todos os dias da minha vida me deu forças para nunca desistir.

À minha família, que nunca poupou esforços para estar comigo e que sempre me motivou, incentivou e apoiou nessa caminhada. Esposa Natalina Veloso e filhos, Leandro Veloso, Henrique Veloso e Fernando Veloso. Amo vocês!

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e seus diretores, assessores e pessoal técnico-administrativo da Secretaria Geral da Direção, por me incentivarem e apoiarem nos estudos.

Às assessoras, enfermeiras e amigas, Fabíola Gomes e Rosangela Felice, e ao Prof. Dr. Arthur Velloso Antunes pelo apoio e competência na condução dos trabalhos da Diretoria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Sem esse apoio não seria possível a conclusão deste trabalho.

Às Gerências, Chefias de Enfermagem, enfermeiros (as), técnicos (as) e auxiliares de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia pela dedicação e participação na pesquisa e, sem os quais, não seria possível a conclusão deste estudo.

À orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcelle Barros, por seu apoio e amizade, além de sua dedicação, competência e especial atenção nas revisões e sugestões, fatores fundamentais para a conclusão desta dissertação.

A todos os professores, que de alguma forma contribuíram para minha formação.

Aos colegas da primeira turma do Mestrado Profissional em Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental, por todo companheirismo e pela troca de saberes compartilhada.

Aos estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia - MG, Isadora Brito, Fernanda Bernadeli, Adriane Araújo, Priscilla Larissa, Rubbianne Monteiro e Gabriel T. Soares, pela ajuda com os questionários da pesquisa. Sem vocês eu não teria conseguido.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Efigenia Aparecida Maciel de Freitas, pelo apoio, dedicação, disponibilização de referencial teórico e colaboração com o desenvolvimento durante o curso.

À colega e amiga Vanessa Bertussi, por ter compartilhado de forma enriquecedora todas as angústias, alegrias e conhecimento no decorrer dos estudos.

À equipe e aos companheiros (as) do CEPEPE – Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem do Hospital de Clínicas de Uberlândia, pelas contribuições e dedicação durante o período de realização deste mestrado.

Aos amigos (novos e antigos), pela paciência, pelo carinho, pelo apoio, pela presença e, acima de tudo, pela amizade sincera.

## RESUMO

As atividades de Enfermagem no ambiente hospitalar apresentam um cenário de práticas conflituosas e competitivas. Corroboram com o adoecimento dos trabalhadores, os fatores relacionados à deficiência de infraestrutura, a carga horária exaustiva, a baixa remuneração, o lidar com o sofrimento do outro e, muitas vezes, com a morte. **OBJETIVOS**- Analisar os níveis de problemas de saúde mental, como estresse, ansiedade e depressão, associados ao uso de álcool e outras drogas entre profissionais de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. **METODOLOGIA**-Pesquisa quantitativa, descritiva, transversal. Foram utilizados os questionários ASSIST, para triagem do uso de álcool, tabaco e outras drogas, e o DASS, que avalia níveis de depressão, estresse e ansiedade. A análise dos dados se deu por meio de utilização de estatística descritiva e exploratória. O nível de significância estabelecido foi de  $p > 0,005$ . **RESULTADOS** - A população do estudo foi de 1.152 trabalhadores, com uma amostra de 416 participantes. Observou-se predominância do sexo feminino (85,2%), estado civil casado (69,5%), religião católica (44,1%), nível superior de escolaridade – graduação (63,8%), faixa etária foi maior que 80 anos (39,7%), e tempo de exercício na Enfermagem entre de 6 e 10 anos (22,1%). Quanto ao uso de drogas, evidenciou-se risco para o uso de álcool em 6,7% dos participantes e uso em *binge* em 36,1%, sendo que 5,3% fazem uso de risco para o tabaco. Sobre a presença de níveis de transtornos mentais, 27,4% apresentaram algum nível de depressão, 25,7% de estresse e 28,4% de ansiedade. Foram encontradas correlações positivas entre as características sociodemográficas e o uso de álcool e outras drogas, bem como coma depressão, a ansiedade e o estresse. Além disso, verificou-se correlação positiva entre os três transtornos mentais, entre o uso de álcool e de sedativos com a depressão, estresse e ansiedade, e do uso de álcool com outras drogas. **CONCLUSÃO** - O acompanhamento das condições de saúde mental nos trabalhadores de Enfermagem é imprescindível, uma vez que depressão, estresse e ansiedade aparecem juntas e correlacionadas e associadas ao uso de álcool e outras drogas, contribuindo para o surgimento de doenças psíquicas e dependência química na população estudada.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Trabalho. Saúde.



## ABSTRACT

Nursing activities at hospital environment present a scenario of competitive and confrontational practices. The factors related to the poor infrastructure, the exhaustive work hours, the bad salaries, the fact of have to deal with pain and sometimes with the death contribute with the workers' processing of sickness. **OBJECTIVES** - Analyze the levels of mental health problems, such as stress, anxiety and depression, related to the use of alcohol and other drugs among the nursing staff of the *Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia* (General Hospital of University of Uberlândia). **METHODOLOGY** - Quantitative, descriptive, cross-sectional research that used ASSIST questionnaires (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) to screen the use of alcohol, tobacco and other drugs, and Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS), which assesses depression, stress and anxiety symptoms. The analysis of the data was done through the use of descriptive and exploratory statistics. The level of significance was set at  $p > 0.005$ . **RESULTS** - The study population was made by 1.152 workers, with a sample of 416 participants. It was observed a prevalence of female (85.2%), married (69.5%), Catholics (44.1%), undergraduate degree (63.8%), age between 30 and 39 years (60.2%), and time of working in Nursing between 6 and 10 years (22.1%). In terms of drug use, there was a risk for alcohol use in 6.7% of the participants and use in binge in 36.1%. It was also presented that 5.3% of the participants have risky use of tobacco. Regarding the presence of mental disorders symptoms, 27.4% reported some level of depression, 25.7% of stress and 28.4% of anxiety. Positive correlations were found between socialdemographic characteristics and use of alcohol and other drugs, as well as with depression, anxiety and stress. In addition, there was a positive correlation between the three mental health disorders, between alcohol and sedative use with depression, stress and anxiety, and between alcohol use with other drugs. **CONCLUSION** - The attendance of Nursing workers' mental health conditions is primordial, since depression, stress and anxiety may appear together and are related to the use of alcohol and other drugs. That fact demonstrates the possibility of a greater number of mental comorbidities in those professionals, exacerbating their general health.

**Keywords:** Nursing. Work. Health.

## LISTA DE TABELAS E QUADRO

<b>Tabela 1</b>	Informações sociodemográficas dos profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416).....	50
<b>Tabela 2</b>	Nível de risco de uso de álcool, tabaco e outras drogas dos profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416).....	53
<b>Tabela 3</b>	Valores do questionário sobre a presença de ansiedade, depressão e estresse (DASS), independente do nível, nos profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416).....	53
<b>Tabela 4</b>	Valores do questionário sobre os níveis de ansiedade, depressão e estresse (DASS) nos profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416) .....	54
<b>Tabela 5</b>	Associação entre características sociodemográficas e uso de álcool e tabaco entre profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416).....	55
<b>Tabela 6</b>	Associação entre características sociodemográficas e uso de sedativos e maconha entre profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416).....	57
<b>Tabela 7</b>	Associação entre características sociodemográficas e depressão, estresse e ansiedade entre profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416)...	59
<b>Quadro 1</b>	Correlação entre os níveis do uso de álcool, tabaco, sedativos e maconha, e depressão, estresse e ansiedade entre profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416).....	61

## LISTA DE SIGLAS

ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEPEPE	Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem
CEP/UFU	Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Uberlândia
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DASS	<i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i>
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno
EADS-21	Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
HC	Hospital de Clínicas
HC - UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
NR-5	Norma Regulamentadora 5
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
SAGE-MS	Sala de Apoio à Gestão Estratégica - Ministério da Saúde
SPSS	<i>Statistical Program of Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
2.1 TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES.....	17
2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR.....	17
2.3 A ENFERMAGEM E SEU TRABALHO. ....	20
2.4 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	22
2.5 RISCOS OCUPACIONAIS E AGRAVOS À SAÚDE.....	24
2.6 O CONTEXTO HOSPITALAR. ....	27
2.6.1 A Enfermagem inserida no contexto hospitalar e os riscos de adoecimento pelo trabalho no hospital.....	27
2.7 ANSIEDADE, ESTRESSE, DEPRESSÃO e USO DE DROGAS EM GERAL	28
2.7.1 ANSIEDADE.....	29
2.7.2 DEPRESSÃO.....	32
2.7.3 ESTRESSE.....	35
2.7.4 ÁLCOOL E DROGAS.....	40
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	45
3.1 GERAL.....	45
3.2 ESPECÍFICOS.....	45
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	46
4.1 DELINEAMENTOS DO ESTUDO.....	46
4.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	47
4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	47
4.4 ANÁLISE DE DADOS.....	49
<b>5 RESULTADOS</b> .....	50
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	63
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	90
<b>ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b> .....	98
<b>APÊNDICE– TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	103

## APRESENTAÇÃO

Em minha atuação profissional como enfermeiro e docente de Enfermagem, constantemente percebia e recebia as queixas dos profissionais da equipe, referentes aos aspectos que comprometiam a saúde física e emocional desses (cansaço, presença de ansiedade, estresse, depressão e doenças osteomusculares) e correlacionava essas queixas ao ambiente e às condições de trabalho que, muitas vezes, envolviam o lidar com o adoecimento de outras pessoas e com responsabilidades no limiar de vida e morte de pacientes.

O presente estudo insere-se na linha de pesquisa da Saúde do Trabalhador, como desdobramento de um projeto guarda-chuva de intervenção breve e tem por objeto de estudo analisar os riscos inerentes às atividades de trabalho em Enfermagem hospitalar, caracterizando os níveis de ansiedade, estresse e depressão, associados ou não ao abuso de drogas por parte dos trabalhadores.

A equipe de Enfermagem é a mais expressiva em número de profissionais que prestam assistência à saúde e a que mais se expõe, diariamente, a uma gama variada de riscos ocupacionais em seu ambiente de trabalho. Alguns fatores, comuns à categoria, como longas jornadas de trabalho, turnos ininterruptos e duplo vínculo, recebem destaque, pois podem levar ao desencadeamento de doenças psicossomáticas.

“A jornada de trabalho é definida como os lapsos temporais diários em que o empregado coloca-se a disposição de empregador em virtude do respectivo contrato” (DELGADO, 2010, p. 833).

Na Enfermagem, essas longas jornadas devem-se ao fato de que a presença de profissionais dessa categoria é necessária durante as 24 horas do dia em instituições de saúde com internações e durante toda a jornada de trabalho em outros tipos de estabelecimentos de saúde, tornando mais intenso o impacto das condições de trabalho (FELLI, 2012).

As condições de trabalho dos profissionais em hospitais têm sido consideradas inadequadas devido às especificidades do ambiente e à rotina laboral relacionada aos fatores de risco que podem causar danos à saúde dos que ali atuam (MARZIALE; ROBAZZI, 2000). Os riscos ocupacionais são conceituados como situações de trabalho que podem romper o equilíbrio físico, mental e social dos trabalhadores e não somente situações que originam acidentes e doenças (BESSA et al., 2010; BRASIL, 2001a; NISHIDE; BENATTI, 2004).

Os tipos de agentes de riscos ocupacionais são: físicos, químicos, biológicos, psicológicos e situações anti-ergonômicas. Conjuntamente ao modo pelo qual o trabalho é

organizado, esses fatores de riscos proporcionam aos trabalhadores um processo laboral arriscado, inseguro e insalubre. Dependendo da maneira como é executado – com ou sem segurança e proteção, presença de equipamentos coletivos e/ou individuais, tecnologias sofisticadas ou rudimentares e ritmos de intensidade, o trabalho desgasta os indivíduos e fragiliza sua saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2017).

Na atuação da Enfermagem, há riscos para o desenvolvimento de estresse ocupacional, de forma mais reconhecida nos hospitais, devido às altas cargas de trabalho e às jornadas noturnas, as quais ocasionam cansaço extremo, perda da concentração, queda no desempenho profissional e desgaste físico e emocional (MIRANDA; STANCATO, 2008; VERSA, 2012).

Os riscos podem ser exacerbados e os efeitos da insegurança e insalubridade laboral agem mais efetivamente, alterando a condição de higiene dos trabalhadores e favorecendo a ocorrência de acidentes e de enfermidades relacionadas ao trabalho, bem como ocasionando a perda da vida (ROBAZZI et al., 2006). Segundo Mauro (1990), a probabilidade de ocorrência de acidentes aumenta à medida em que aumenta também a jornada de trabalho ou o trabalho em turnos, comprovando, pois, a correlação positiva entre risco de acidentes e horas trabalhadas.

As doenças relacionadas à saúde mental dos trabalhadores de Enfermagem correspondem a causas altamente incapacitantes. Essas causas são recorrentes motivos de afastamentos laborais e acarretam altos custos às empresas e aos serviços públicos. A doença ocupacional em profissionais da Enfermagem é decorrente da intensa carga emocional gerada pela relação paciente-equipe de Enfermagem e da demasia de responsabilidades atribuídas a esses profissionais (LAUTERT, 1999; PRETO; PEDRÃO, 2009).

O Referencial Teórico desta dissertação contém os seguintes temas de discussão: a saúde do trabalhador, o cenário de trabalho da Enfermagem hospitalar e o processo saúde-doença do trabalhador de Enfermagem no contexto hospitalar.

Desta forma, este trabalho contribui para a literatura na produção de conhecimento sobre os trabalhadores da Enfermagem hospitalar e permite refletir, discutir, desenvolver e fomentar ações voltadas para a saúde desses profissionais, intensificando e ampliando o olhar sobre quem tem a responsabilidade de cuidar de outras pessoas.

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é desdobramento do estudo denominado “Intervenção breve para o uso problemático de drogas e fatores associados em profissionais e estudantes de Enfermagem”, que teve como um de seus objetivos gerais, avaliar o efeito da aplicação da técnica de Intervenção Breve sobre o uso problemático de álcool e de outras drogas, associadas ou não aos níveis de fadiga, estresse, depressão e Síndrome de *Burnout* entre profissionais e estudantes de Enfermagem.

Define-se Saúde do Trabalhador como um conjunto de atividades que se destinam, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde, assim como à recuperação e reabilitação da saúde de trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Essa área de conhecimento pretende, também, compreender a produção de informações, a utilização de tecnologias e práticas assistenciais, seja no plano técnico ou político, que visam a promoção da saúde e a prevenção de doenças, sendo essas de origem ocupacional ou relacionadas ao trabalho, por meio da detecção de fatores que interferem na saúde do trabalhador (BRASIL, 2001).

O ofício da Enfermagem é caracterizado por ter como objeto de trabalho o cuidado com o ser humano. Nessa atividade, há uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com o trato direto e ininterrupto do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo de doença. Além disso, os profissionais de Enfermagem experimentam jornadas de trabalho desenvolvidas, na maioria das vezes, em turnos, com excesso de trabalho, esforço físico, acúmulos de tarefas, ansiedade e controle supervisionado (GUERRER; BIANCHI, 2008).

A Enfermagem, com suas diferentes categorias, é a maior força de trabalho de uma instituição hospitalar. São profissionais mal remunerados, que desempenham múltiplas jornadas de trabalho e possuem pouco tempo para descanso, o que os priva do convívio social e familiar. Todos esses fatores, somados ao ambiente ansiogênico, possibilitam a vulnerabilidade, a ocorrência de eventos adversos, a rotatividade de pessoal, além de acarretar estresse ao indivíduo (CARVALHO et al., 2004). Logo, como prática social, a Enfermagem está sujeita a uma ampla carga de estresse.

Nesse cenário, procura-se compreender o mundo do trabalho e os riscos à saúde do trabalhador em Enfermagem hospitalar e associar, ou não, esses fatores à ansiedade, ao estresse, à depressão e ao uso de drogas.

A importância deste estudo está em investigar temas pouco conhecidos na ótica da Saúde do Trabalhador de Enfermagem, que é o uso de drogas e os níveis de transtornos mentais neste público. Os resultados poderão fundamentar possíveis ações de promoção e prevenção de agravos à saúde desses trabalhadores, no contexto hospitalar.



## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES**

Na linguagem cotidiana, a palavra trabalho, embora pareça compreensível, mostra-se como uma das formas elementares de ação dos homens. Seu conteúdo oscila às vezes carregado de emoção, lembra dor, tortura, suor no rosto, fadiga. O trabalho é concebido também como um conjunto de atividades exercidas pelo homem, seja na produção, gestão ou transformação dos recursos em busca de um determinado fim. Além disso, possui uma conotação existencial, na medida em que os indivíduos se sentem produtivos por terem uma função, um emprego, uma rotina, e também, por ser um fator de inclusão social e reconhecimento pessoal (ALBORNOZ, 2008).

Guido (2003) refere que o trabalho é entendido como uma atividade que permite ao ser humano a inserção social e com o qual os aspectos físicos e psíquicos estão diretamente relacionados. Ele pode tanto representar equilíbrio, desenvolvimento, satisfação, como pode causar desgaste e deterioração, além de ser responsável pelo aparecimento de doenças, o que pode levar o trabalhador a uma crescente insatisfação.

As características essenciais de um trabalho que promove o sofrimento psíquico consistem em, simultaneamente, impor exigências e criar restrições ambientais sobre a capacidade de respostas do trabalhador. A tensão surge em razão das características do trabalho e não da percepção subjetiva do trabalho. Assim, as demandas psicológicas correspondem às situações de trabalho em que o trabalhador é exigido psiquicamente: pressão intensa, pressão do tempo para realização de tarefas, ritmo e volume de tarefas a serem realizadas (KARASEK; THEORELL, 1990).

### **2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR**

Essa área de conhecimento pretende compreender a produção de competências, a utilização de tecnologias e práticas assistenciais no plano técnico ou político, que visem à promoção da saúde e a prevenção de doenças de origem ocupacional ou relacionadas ao trabalho, por meio da detecção de fatores que interfiram na saúde do trabalhador (BRASIL, 2009).

Na década de 1990, o plano de reforma administrativa estabeleceu novas normas jurídicas para o trabalho e permitiu que instituições privadas em associação com o Estado cumprissem seus objetivos de bem-estar social. Para Nogueira (2006), a reforma efetuada pelo governo federal objetivou a redução do papel do Estado, a diminuição dos gastos públicos e favoreceu a desregulamentação das relações de trabalho no setor público.

Essa tendência de afastamento dos princípios que orientavam o trabalho na administração pública afetou os estados e municípios que, com a Constituição de 1988, passaram a ser responsáveis pela prestação de serviços de saúde em sua integralidade, necessitando reestruturar e ampliar seu quadro próprio de funcionários. As medidas restritivas para contratação de pessoal no setor público (entre elas a Lei de Responsabilidade Fiscal), *versus* a demanda por recursos humanos, resultaram na proliferação de contratos de trabalho pouco regulados nos estados e municípios, sendo mediados por cooperativas, fundações privadas e organizações não governamentais, chamados de “contratos precários” (MENDONÇA, 2010).

No âmbito desses vínculos precários, a insegurança gerada pelo receio do desemprego faz com que os trabalhadores da saúde se submetam a esses regimes e contratos de trabalho. Observa-se no Sistema Único de Saúde (SUS) a incorporação de diferentes formas de contratação em cada esfera de governo. Além dos impactos negativos para a gestão do sistema de saúde, esse modelo de vínculo empregatício incide diretamente na assistência prestada pelas equipes de saúde, dificultando a harmonia entre os trabalhadores e, por consequência, a qualidade do trabalho coletivo, tão importante nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Apesar de o vínculo empregatício se constituir como o principal fator de precarização do trabalho, outros aspectos precisam ser considerados, tais como a jornada de trabalho excessiva, a remuneração ofertada, a exigência de cumprimento de metas e as condições ruins de trabalho. Esses fatores estão diretamente relacionados à saúde mental do trabalhador.

Nesse sentido, considera-se a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte-se do princípio de que a forma de inserção dos homens e mulheres nos espaços de trabalho contribui decisivamente para os meios específicos de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001).

Para esse campo temático, trabalhador é toda pessoa que exerça uma atividade de trabalho, podendo estar inserido no mercado formal ou informal e, até mesmo, familiar e/ou

doméstico (BRASIL, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem se empenhado não só no estudo das doenças profissionais, que são aquelas que possuem uma relação direta de causa e efeito entre risco e enfermidade, mas também no estudo das doenças relacionadas ao trabalho, que são aquelas que englobam características pessoais do trabalhador, fatores socioculturais e riscos do próprio ambiente de trabalho. As doenças do trabalho referem-se a um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, que podem ser causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. Manifestam-se de forma lenta e insidiosa, podendo levar anos para manifestarem o que, na prática, tem demonstrado ser um fator dificultador no estabelecimento da relação entre uma doença sob investigação e o trabalho. São consideradas doenças provenientes de contaminação acidental no exercício do trabalho e doenças endêmicas quando contraídas por exposição ou contato direto, determinado pela natureza do trabalho realizado (BRASIL, 2001c).

A identificação dos riscos ambientais é de suma importância no processo que servirá de base decisória quanto às ações de prevenção, eliminação ou controle desses riscos. Da mesma forma, é necessário identificar no ambiente de trabalho, fatores ou situações potenciais causadoras de dano à saúde do trabalhador (BRASIL, 2008) e, também, analisar o impacto desses riscos sobre a produtividade e a qualidade da assistência.

Pode-se inferir que no Brasil, a saúde do trabalhador começou a ser impulsionada na década de 1940, quando os problemas de saúde causados pelo trabalho começaram a ser estudados no país. Datando dessa mesma época, houve a criação da Associação de Prevenção de Acidentes do Trabalho. Em 1943, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) entrou em vigor, constituindo um importante marco no campo da proteção legal dos trabalhadores. Na década de 50, iniciaram-se as contribuições aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) e na década de 60 foi criado o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Já em 1972, com a publicação das Portarias do Ministério do Trabalho nº 3.236 e 3.237, torna-se obrigatória nas empresas com mais de 100 empregados, a existência do Serviço de Saúde Ocupacional (HAAG et al., 2001).

A partir da análise da Lei nº 8.080/90 fica evidente que, com o advento do SUS, a saúde do trabalhador adquiriu visibilidade, ampliando as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde, superando a lógica até então predominante de que as atividades e as ações de saúde nessa área eram práticas exclusivas de especialistas (ALMEIDA et al., 2013).

Nesse contexto, considera-se que o hospital é uma organização social cuja tarefa primária é cuidar de pessoas doentes que não podem ser tratadas em suas próprias casas, sendo que grande parte da responsabilidade no desempenho dessa tarefa cabe ao serviço de Enfermagem, que representa o maior contingente de profissionais que atuam no ambiente hospitalar (TAKAHASHI, 1991).

O ambiente hospitalar, por ser um local de prestação de serviços de saúde à população, deveria possuir condições adequadas para o exercício dos profissionais que nele atuam. Entretanto, o que se constata é que são organizações cada vez mais exigentes, burocratizadas e competitivas, que tendem a massificar os trabalhadores (LAUTERT, 1997). Desse modo, evidenciam-se os potenciais efeitos nocivos decorrentes do trabalho em ambientes hospitalares, saturados de estressores relacionados com carga horária, forma de trabalho e interação com os pacientes (SCHMIDT et al., 2009). Aparentemente, há pouca preocupação dessas instituições com a proteção, promoção e manutenção da saúde de seus empregados (XELEGATI; ROBAZZI, 2003).

Diante das inadequadas condições de serviço oferecidas aos funcionários nos hospitais de muitos países, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), desde a década de 40, tem considerado o problema como tema de discussão, recomendando medidas de higiene e segurança, com a finalidade de adequar as condições de trabalho dos profissionais (MARZIALE; ROBAZZI, 2000).

Gelbeck (2003) afirma que, com base nas relações existentes entre contexto de trabalho e saúde do profissional de Enfermagem, esse trabalhador, enquanto força de trabalho, é explorado como qualquer outro membro da classe trabalhadora. Assim, a necessidade de fragmentação do trabalho de Enfermagem - para melhorar a organização e a produtividade -, caracterizou-o como mercadoria a ser comprada de acordo com a demanda da função (LAGO; CODO, 2010).

### 2.3 A ENFERMAGEM E SEU TRABALHO

A Enfermagem compõe o grupo dos trabalhadores da saúde que, em geral, tem contato direto com os pacientes e, em consequência, com sangue e/ou outros fluidos orgânicos, roupas, instrumentos e aparelhos utilizados em procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. O ambiente em que o profissional de Enfermagem desenvolve suas atividades varia e nem sempre pode ser controlado (ALMEIDA et al., 2013). Além de ser considerada uma profissão

de grande destaque em função da representatividade numérica no conjunto de trabalhadores da área de saúde (BORGES; MORAIS, 2007), é subdividida em categorias, a saber: enfermeiros(as), técnicos(as) de Enfermagem e auxiliares de Enfermagem.

A Lei nº 7.498/86, art. 2º, parágrafo único determina que a Enfermagem é exercida privativamente pelo enfermeiro, pelo técnico de Enfermagem, pelo auxiliar de Enfermagem e pela parteira, respeitados os seus respectivos graus de habilitação (BRASIL, 1986).

O art. 6º da mesma lei, em seu inc. III diz que é enfermeiro “o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira.” (BRASIL, 1986). A mencionada lei dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, dá outras providências para regulamentação do exercício da Enfermagem no país e foi registrada em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidação de diploma estrangeiro no Brasil, como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz. Cita-se a seguir, alguns artigos da referida lei:

Art. 7º, inc. I refere que é técnico de Enfermagem, “o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente.” (BRASIL, 1986);

Art. 8º, inc. I, declara que o auxiliar de Enfermagem é “o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente.” (BRASIL, 1986);

Art. 9º, inc. I, informa que é parteira, “a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil.” (BRASIL, 1986).

No Brasil, no ano de 2011, a quantidade de inscrições de profissionais de Enfermagem era de 1.535.568 profissionais em todo país. Desse total, 314.127 inscrições correspondiam à categoria de enfermeiros (20,46% do total), 698.697 inscrições à categoria de técnicos de Enfermagem (45,50%), 508.182 inscrições à categoria de auxiliares de Enfermagem (33,09%), 14.275 inscrições a atendentes (0,93% do total), duas inscrições a parteiras (0,0001%) e 285 inscrições a categorias não informadas (0,02%) (COFEN, 2010).

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO (2002), estão entre as atribuições de Enfermagem: prestar assistência ao paciente/cliente em clínicas, hospitais, ambulatorios, transportes aéreos, navios, postos de saúde e domicílios, realizando consultas e procedimentos de maior complexidade e prescrevendo ações; coordenar e auditar serviços de

Enfermagem; implementar ações para a promoção da saúde junto à comunidade, e realizar pesquisas.

## 2.4 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR

A preocupação com as condições laborais das equipes de Enfermagem em hospitais vem aumentando nas últimas décadas, devido aos riscos que o ambiente oferece e devido aos aspectos penosos das atividades peculiares à assistência (MUROFUSE; MARZIALE, 2005).

O ambiente de trabalho possui a capacidade de provocar danos específicos e não específicos à saúde de quem trabalha, em razão da multiplicidade de fatores de riscos ocupacionais, mesmo existindo medidas que permitam evitar e/ou reduzir esses riscos (ALMEIDA et al., 2013).

De uma forma geral, os riscos relacionados ao trabalho dependem do tipo de atividade profissional e das condições em que esta é desempenhada. Assim, os serviços de saúde de modo particular os hospitais, proporcionam aos seus trabalhadores condições laborais reconhecidamente piores que as constatadas na maioria dos outros setores de atividade (MARZIALE, 2001). Ou seja, os profissionais de saúde, especialmente os das unidades hospitalares, submetem-se a um número maior de riscos ocupacionais que trabalhadores de outras categorias (CAVALCANTE et al., 2006).

A presença de ansiedade e estresse profissional em uma instituição de saúde nem sempre é de origem assistencial ou decorrente das exigências do processo de produção. Esses fatores podem também estar relacionados a incompatibilidade entre trabalhador e local de trabalho, insatisfação profissional com o serviço e especificidades da estrutura organizacional da instituição (falhas do desenho organizacional e subvalorização de recursos humanos). As consequências desse cenário, inevitavelmente, refletem-se na eficiência e eficácia da prática profissional (VILLAVICENCIO et al., 2010).

Os profissionais de Enfermagem, que têm como essência de trabalho o cuidado, são predispostos à exposição aos riscos ocupacionais, o que pode causar danos a sua integridade física, mental ou social (HIPOLITO et al., 2011), em virtude do quantitativo de pessoal, do contato direto durante a assistência aos pacientes e da exposição aos ambientes insalubres. Além das condições de trabalho precárias, associadas à baixa qualidade de vida, estão em contato com os riscos biológicos, químicos, ergonômicos, físicos, mecânicos, psicológicos e sociais (CAVALCANTE et al., 2006).

A realidade do trabalho da Enfermagem diferencia-se de outras categorias de profissionais de saúde, já que esta presta cuidados integrais ao paciente, relacionados não apenas a necessidades fisiológicas, mas também a necessidades psicológicas e sociais. Entretanto, a polivalência de suas atividades não é acompanhada pela autonomia e diferenciação de suas funções, o que gera um papel conflituoso e ambíguo. Nessa perspectiva, o estresse surge como um dos principais problemas ocupacionais do profissional, comumente relacionado aos sentimentos de desconforto, opressão e adversidade.

Além dos aspectos relacionados à questão saúde/doença no trabalho, a prática de Enfermagem realizada de forma saudável oferece espaço para a capacidade criadora do trabalhador sobre o próprio trabalho (NUNES, 2009).

O panorama recente revela que, para o funcionamento de um bom atendimento em saúde, faz-se necessário equilíbrio por parte de quem cuida, ou seja, o cuidador precisa se sentir valorizado enquanto pessoa e profissional (MARTINS, 2002). Para assumir a posição de cuidador, portanto, é indispensável que o indivíduo seja bem cuidado, ou por ele mesmo e/ou pela ajuda e participação dos que convivem com ele (COSTENARO; LACERDA, 2002).

No que tange ao cuidador assistencial, fatores relacionados às inúmeras atribuições que devem ser empreendidas nos serviços de saúde, incluindo liderança, assistência, competência, motivação e desenvolvimento de relações terapêuticas, somados a exposição diária à dor, à doença e à morte, geram nesses profissionais, conflitos e desgaste emocional que comprometem a qualidade do cuidado com o outro (MARTINS, 2002).

Os profissionais de saúde, inclusive os da Enfermagem, sentem a necessidade de acompanhamento e preparo no que diz respeito a sua rotina diária de estresse e de pressão, muitas vezes causadas pelas cobranças da direção e coordenação dos hospitais ou órgãos da saúde e, também, do próprio paciente. Além disso, faz-se necessária uma habilidade emocional do trabalhador, que se expõe e se coloca como ferramenta de trabalho. Outro aspecto fundamental nesse processo é a disponibilidade da Enfermagem para entender e lidar com a “pessoa inteira”, uma vez que, para isso, o profissional se coloca diante da sua própria existência (ESPERIDIÃO, 2001).

Observa-se que as ações dos governos e das instituições estão permanentemente mais voltadas para os usuários, ou seja, todos os cuidados no espaço da promoção da saúde, seus recursos humanos e tecnológicos focam na clientela externa. A atenção sempre foi voltada para o ser doente e nunca ao cuidador. Em vista disso, o profissional de saúde fica em segundo plano (PIRES, 2005; TEIXEIRA, 2005).

As enfermidades que acometem os trabalhadores da saúde são mais perceptíveis quando já estão em estágio avançado e podem ser observadas através de comportamentos cotidianos que sinalizam que algo está errado, como por exemplo, em momentos críticos nos quais decisões emergenciais devem ser tomadas. O adoecimento pode se manifestar através da alteração frequente de humor, do alto nível de estresse, do alcoolismo e da desmotivação ao chegar para a jornada de trabalho (CAMPOS; GUTIERREZ, 2005).

Muitas são as dimensões com as quais o cuidador deve estar comprometido, como prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover e produzir saúde. Muitos são, também, os desafios que se aceita enfrentar quando se está lidando com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

## 2.5 RISCOS OCUPACIONAIS E AGRAVOS À SAÚDE

No mundo contemporâneo, o processo humano de viver é marcado pelo crescimento das incertezas e da sensação de fragilidade diante dos fatores de risco e vulnerabilidade aos quais todas as pessoas, direta ou indiretamente, estão expostas. Essas características repercutem-se também no cotidiano de trabalho dos indivíduos, pois o trabalho é um dos principais eixos estruturantes da vida humana. No âmbito das práticas laborais dos profissionais da saúde, as questões referentes a risco e/ou vulnerabilidade estão ainda mais presentes, uma vez que esses profissionais se expõem rotineiramente a múltiplos e variados riscos, como fatores desencadeantes de doenças (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009).

Na perspectiva da vulnerabilidade dos profissionais da saúde, o caminho que pode levar o trabalhador a um acidente de trabalho pela exposição aos riscos ocupacionais é determinado por um conjunto de condições, individuais e institucionais, dentre as quais o comportamento é apenas um deles, pois o contexto, as condições coletivas e os recursos para o seu enfrentamento produzem maior suscetibilidade aos agravos em questão. Desse modo, não há como pensar em intervenções e/ou medidas de prevenção voltadas somente ao trabalhador, sem considerar as situações que interferem em seus comportamentos pessoais e sem analisar os elementos externos, tais como políticos, econômicos, culturais e de gestão das instituições de saúde, que podem apoiar e direcionar os trabalhadores, numa perspectiva de maior ou menor autoproteção. Além disso, deve-se considerar que para o cuidado se processar, o cuidador deve exercitar, sobretudo antes de prestar o cuidado ao outro, o cuidado



a si mesmo (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009).

Classicamente, risco é conceituado como a possibilidade de perda ou dano e a probabilidade de que tal perda ou dano ocorra (COVELLO; MERKHOFFER, 1993). Implica, pois, a presença de duas condições: a possibilidade de um dano acontecer e a probabilidade de ocorrência de um efeito adverso. Já os termos perigo, situação ou fator de risco referem-se a uma condição ou a um conjunto de circunstâncias que têm o potencial de causar um efeito adverso. Ou seja, risco é um conceito abstrato e não observável, enquanto perigo, fator ou situação de risco é um conceito concreto, observável (BRASIL, 2001c).

Os riscos ocupacionais têm origem nas atividades insalubres e perigosas, aquelas cuja natureza, condições ou métodos de trabalho, bem como os mecanismos de controle sobre os agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos do ambiente hospitalar podem provocar efeitos indesejáveis à saúde dos profissionais (MAURO et al., 2004).

Segundo Boix e Vogel (1989), a questão dos riscos profissionais tem mais de um século e refere-se a certas situações ou fatos que podem danificar a saúde das pessoas no trabalho, permitindo o reconhecimento desses danos como acidentes de trabalho ou como enfermidades profissionais, além de indenização pelos mesmos.

Existem critérios para assegurar que a avaliação de riscos seja realmente um instrumento para fortalecer a prevenção. Dentre eles destacam-se:

1 - A avaliação não serve para determinar se os riscos são aceitáveis ou não. A regra básica é a eliminação do risco, sempre que possível;

2 - A avaliação de riscos não equivale a apresentar um certificado de conformidade da empresa. Ela assegura que sejam encontradas soluções apropriadas a todos os riscos detectados, ainda quando a legislação não contemple, expressamente, soluções particulares;

3 - A avaliação de riscos é feita em um determinado momento e deve levar a um plano de ações preventivas;

4 - A avaliação é um instrumento para o debate entre trabalhador e empresário, no sentido de confrontar prioridades e identificar claramente as necessidades em matéria de saúde do trabalhador;

5 - A avaliação deve produzir debate público dentro e fora da empresa, objetivando compartilhar os problemas e experiências, e constituindo um instrumento de debate político (BOIX; VOGEL, 1989).

A Norma Regulamentadora 5 (NR-5) estabelece a obrigatoriedade de identificar riscos à saúde humana no ambiente de trabalho, atribuindo às Comissões Internas de Prevenção de

Acidentes (CIPA) a responsabilidade pela elaboração de mapas de riscos ambientais, que objetivam estimar o potencial de danos à saúde, decorrentes da exposição dos indivíduos a agentes ambientais (BRASIL, 2001a).

Existem várias classificações de riscos, algumas já apresentadas anteriormente (CAVALCANTE et al., 2006; FIOCRUZ, 2011). Ribeiro (2008) explica que, atualmente, são considerados seis grupos de agentes que oferecem riscos: agentes químicos, físicos, biológicos, mecânicos (risco de acidentes), ergonômicos e psicossociais. O Ministério do Trabalho reconhece cinco grupos (expressos no Mapa de Riscos): químicos, físicos, biológicos, riscos de acidentes e ergonômicos. Já o Ministério da Saúde também agrupa os riscos em cinco categorias, porém com algumas diferenças: físicos, químicos, biológicos, mecânicos e de acidentes, e o grupo de riscos ergonômicos e psicossociais (BRASIL, 2001b).

Considerando-se que as situações de risco são aquelas causadas por natureza das próprias funções laborais e em resultado de ações ou fatores externos, e que essas situações aumentam a probabilidade de ocorrência de lesão física, psíquica ou patrimonial, é necessário que a equipe de Enfermagem conheça o processo de trabalho e os riscos potenciais aos quais está exposta (BESSA et al., 2010).

O rompimento desse ciclo só poderá ocorrer, quando o trabalho for considerado a ponto de ter seu ambiente e suas condições transformadas, no intuito de se tornar saudável. Para isso, é imprescindível que se realizem a avaliação dos riscos ocupacionais (NUNES, 2009).

Mauro et al. (2004) entendem que os fatores de riscos inerentes ao exercício da Enfermagem, quando não prevenidos e/ou controlados, constituem os problemas do trabalho, e que os funcionários devem lutar por estratégias preventivas que possam ser implementadas, a fim de não perderem sua capacidade laboral em função do trabalho que realizam.

A presença de risco ocupacional no desempenho do trabalho dos profissionais de Enfermagem apresenta visibilidade multifatorial, devido à diversidade de riscos aos quais os trabalhadores estão expostos, dependendo da atividade realizada. Nessa vertente, verifica-se a importância da análise dos riscos para os profissionais (DUARTE; MAURO, 2010), no intuito de que os mesmos atuem em ambientes mais seguros.

O ambiente de trabalho possui agentes psicossociais causadores de danos à saúde dos trabalhadores de Enfermagem, tais como: medo, cansaço mental, fadiga e estresse, visto que na relação com o paciente, o profissional tem contato frequente com o sofrimento e com a morte, além da monotonia de atividades repetitivas e parceladas, e dos turnos rotativos de

trabalho, sendo-lhe exigido preparo e dedicação (MELLO,1998; BARBOZA; SOLER, 2003).

Os trabalhadores de Enfermagem enfrentam, rotineiramente, situações como: o aumento constante do conhecimento teórico e prático exigido na área da saúde; a especialidade do trabalho; a hierarquização e a dificuldade de circulação de informações; o ritmo de trabalho e o ambiente físico; o estresse e o contato com o paciente; a dor e a morte. Todos esses elementos intensificam a carga de trabalho, ocasionando riscos à saúde física e mental dos profissionais (MARZIALE; ROBAZZI, 2000).

Poucos estudos abordam a associação entre a natureza do trabalho de Enfermagem e o estado de saúde dos profissionais da área, apesar da conexão lógica entre satisfação do funcionário e qualidade do trabalho executado, e entre interrupção ou abandono do serviço e questões de saúde. Atualmente, para muitos trabalhadores da Enfermagem, o trabalho é uma parte estressante de suas vidas (MC NEELY, 2005).

Visto que o cuidado é considerado objeto de trabalho da Enfermagem, não se pode aceitar tal situação. É fundamental melhorar as condições laborais e continuar o exercício de uma assistência de Enfermagem de qualidade, cumprindo assim, o real papel profissional (MARZIALE, 2001).

## 2.6 O CONTEXTO HOSPITALAR

### 2.6.1 A enfermagem inserida no contexto hospitalar e os riscos de adoecimento pelo trabalho no hospital

O trabalhador de Enfermagem hospitalar, em sua rotina laboral, desenvolve atividades assistenciais de cuidado direto ao paciente, convive com limitações técnicas, pessoais e materiais que se contrapõem ao alto grau de expectativas e cobranças lançadas sobre ele pelo paciente, equipes, familiares e instituição hospitalar e, até mesmo, dele próprio, ocasionando medo e angústia (FOGAÇA et al., 2008). Acrescenta-se, ainda, a realização de procedimentos complexos, que empregam alta tecnologia e que podem ocasionar agravos e morte. Esses fatos desencadeiam o surgimento de impotência e insegurança em toda a equipe, refletindo assim no relacionamento interpessoal e no nível de autossatisfação e realização profissional.

Entre os trabalhadores da saúde, os profissionais de Enfermagem são conhecidos como os que apresentam índices mais altos de transtornos psíquicos relacionados à atividade ocupacional (KAWAGUCHI et al., 2007). Os transtornos psíquicos apresentados pelos

trabalhadores de Enfermagem, independente da sua origem, repercutem nos pacientes, na medida em que a concentração, os reflexos, o humor, o raciocínio e a sensibilidade do funcionário encontram-se comprometidos, podendo, assim, prolongar o processo de cura do paciente. A condição de trabalho da Enfermagem influencia direta e indiretamente o cuidado, o conforto moral e o conforto físico dos pacientes, bem como potencializa a ação dos fatores que causam danos ao bem-estar físico e psíquico dos profissionais (STACCIARINI; TRÓCCOLLI, 2001). Os enfermeiros das instituições hospitalares estão expostos a elevadas situações de tensão emocional, associadas a longas jornadas de trabalho, a condições de insalubridade do ambiente laboral, a baixos salários e ao duplo vínculo trabalhista. Todos esses fatores aumentam também a possibilidade do absenteísmo (MARTINO; MISKO, 2004).

Segundo a Associação Brasileira de Enfermagem (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2006), a prevenção e o controle dos danos produzidos pelas cargas mentais e psíquicas do trabalho da Enfermagem convergem nas medidas relacionadas com a transformação organizacional, ou seja, melhoria das condições laborais, maior relação interpessoal e multiprofissional e ações voltadas à saúde do trabalhador.

Há também estudos que sugerem uma forte relação entre o exercício de certas atividades profissionais e o desenvolvimento de distúrbios mentais específicos, enquanto outros questionam o nexo causal entre tais aspectos (LIMA, 2003).

Nesse sentido, estudos nacionais mostram que doenças por transtornos mentais e comportamentais estão entre as maiores causas de absenteísmo e afastamento no trabalho por profissionais de Enfermagem, sendo que, nesse âmbito, os agravos mais prevalentes foram o estresse, a ansiedade, a depressão e a Síndrome de *Burnout* (MANETTI; MARZIALLE, 2007).

## 2.7 ANSIEDADE, ESTRESSE, DEPRESSÃO E USO DE DROGAS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ao revisar a literatura científica entre os anos de 1995 e 2005, sobre a saúde mental dos profissionais de Enfermagem, Marnetti e Marziale (2007) constataram que as doenças psíquicas têm acometido frequentemente esses trabalhadores. Dentre os fatores que desencadeiam essas doenças, cita-se: os setores de atuação profissional, o turno de trabalho, o relacionamento interpessoal, a sobrecarga de atividade, o serviço desempenhado, os problemas na escala de trabalho, a autonomia na execução de tarefas, a assistência aos

pacientes, o desgaste cotidiano, o suporte social, a insegurança com o trabalho e o conflito de interesses entre os membros das equipes de saúde.

### 2.7.1 ANSIEDADE

Ainda no século XIX, especulações começaram a ser feitas sobre uma possível relação entre eventos emocionalmente relevantes e doenças físicas mentais. No século XX, várias áreas se dedicaram ao estudo da ansiedade, analisando o tema em todos os aspectos: psicanalítico, cognitivo, comportamental, biológico, sociológico e antropológico. A ansiedade enquanto resposta funcional corresponde à ativação do organismo como um todo, frente a certas circunstâncias ambientais, tal qual na reação de luta e fuga dos animais. Mudanças fisiológicas e comportamentais ocorrem simultaneamente no indivíduo e diferentes reações do organismo se manifestam em conjunto e com o mesmo padrão de resposta (NODARI; DAL BÓ; CAMARGO, 2009).

A sensação causada pela resposta funcional se caracteriza por sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, frequentemente acompanhado por níveis autonômicos como cefaleia, perspiração, palpitações, aperto no peito e leve desconforto abdominal. Uma pessoa ansiosa também pode sentir inquietação, indicada pela incapacidade para permanecer sentada ou imóvel por muito tempo. A constelação particular de níveis presentes durante a ansiedade tende a variar entre as pessoas (NODARI; DAL BÓ; CAMARGO, 2009; HULLEY et. al., 2008).

Além dos efeitos motores e viscerais da ansiedade, seus efeitos sobre o pensamento, a percepção e o aprendizado não devem ser ignorados. A ansiedade tende a produzir confusão e distorções perceptivas, não apenas em termos de tempo e espaço, mas de pessoas e significados de eventos. Essas distorções podem interferir no aprendizado, baixando a concentração, reduzindo a memória e prejudicando a capacidade de associação de eventos (HULLEY et. al., 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) há um favorecimento da saúde física e mental quando o trabalho se adapta às condições do trabalhador e quando os riscos para a saúde estão sob controle (CARVALHO et. al., 2004). A ansiedade é considerada um estado de tensão, apreensão e desconforto, que se originam de um perigo interno ou externo iminente, podendo ser a resposta para algum evento estressor ou estímulo ambiental. Ela envolve fatores emocionais e fisiológicos. No aspecto emocional, o indivíduo pode manifestar

sensação de medo, sentimento de insegurança, antecipação apreensiva, pensamento catastrófico, aumento do período de vigília ou alerta. Quanto às manifestações fisiológicas, o indivíduo apresenta níveis neurovegetativos, tais como insônia, taquicardia, palidez, aumento da perspiração, tensão muscular, tremor, tontura, desordens intestinais, entre outros (BRAGA, 2011).

No Brasil, aproximadamente 12% da população é ansiosa, de acordo com o Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Isso representa 24 milhões de brasileiros com ansiedade patológica. Estima-se, também, que 23% da população brasileira terá algum tipo de distúrbio ansioso ao longo da vida. Para quem sofre de ansiedade, são necessários maiores cuidados com a saúde, pois a probabilidade de morrer por doença cardíaca pode ser até quatro vezes maior. Segundo pesquisa de uma associação internacional voltada ao estudo do estresse, oito em cada dez trabalhadores apresentam algum nível de ansiedade ao longo da carreira. Os transtornos de ansiedade correspondem à categoria mais frequente encontrada na população geral, com prevalência de 12,5% ao longo da vida e 7,6% no ano. Alguns grupos estão mais susceptíveis a desenvolver esse tipo de transtorno, principalmente em ambiente de trabalho (ANDRADE et al., 2013).

O termo ansiedade deriva do latim *anxius* que significa agitação e angústia, sendo que este termo deriva de outra palavra latina, *angere* que significa sufocar ou estrangular e é daí que o termo pode se referir à sensação de sufoco, frequentemente sentida pelos sujeitos ansiosos (BAPTISTA; CARVALHO; LORY, 2005).

A ansiedade é um estado emocional que apresenta componentes psicológicos e fisiológicos que fazem parte da condição normal da experiência humana. É considerada uma reação natural e fundamental para a autopreservação, sendo responsável pela adaptação do organismo frente a situações de perigo. Contudo, também pode ter repercussões negativas para o indivíduo se for excessiva e prolongada no tempo, pois em vez de contribuir para o confronto com a situação que causa ansiedade, limita ou impossibilita a sua capacidade de adaptação.

Segundo Baptista, Carvalho e Lory (2005) a fenomenologia da ansiedade é variável e pode alternar ao longo do tempo ou de acordo com as situações que a provoca. Para esses autores, a ansiedade é um estado emocional aversivo, sem desencadeadores claros e que não pode ser evitado. É uma emoção que se baseia na avaliação pessoal de um indivíduo a partir de determinada ameaça. Os principais níveis podem incluir, por um lado, tristeza, vergonha e

culpa e, por outro, cólera, curiosidade, interesse e excitação (BAPTISTA; CARVALHO; LORY, 2005).

Baptista, Carvalho e Lory (2005) acreditam que a ansiedade é uma experiência subjetiva que surge na medida em que o indivíduo, perante uma situação, não pode fazer face às suas exigências e sente ameaça à sua existência ou aos valores que considera essenciais.

Quando uma situação estressante é percebida como uma ameaça/perigo, a pessoa experimenta mudanças fisiológicas e comportamentais. Essas mudanças resultam a partir da ativação do sistema nervoso autônomo e incluem níveis fisiológicos, como tremores, palpitações, falta de ar, tonturas, entre outros e, também, níveis comportamentais, como sentimentos de tensão, apreensão e preocupação (BAPTISTA; CARVALHO; LORY, 2005).

Estados de ansiedade são vivenciados de maneiras diferentes em termos de intensidade e duração. Níveis moderados de ansiedade são caracterizados por sentimentos de tensão, apreensão e nervosismo. Altos níveis de ansiedade estão associados a intensos sentimentos de medo, pavor e pânico. A intensidade e duração dos estados de ansiedade dependem da percepção do agente estressor pela pessoa. Mesmo quando a situação é objetivamente não ameaçadora, pode resultar em um estado de ansiedade intensa se a pessoa interpretar como intimidação à sua autoestima e bem-estar (CARVALHO et al., 2004). Deve-se ter em consideração que a mesma situação pode ser percebida por algumas pessoas como ameaça e por outras, como não ameaçadoras. A avaliação pessoal da situação e a experiência passada da pessoa determinam se é ou não uma situação de advertência (CARVALHO et al., 2004).

A ansiedade é um fenômeno natural, sendo sua intensidade o fator que determina a diferença entre o normal e o patológico (BAUER, 2002). Quando a ansiedade é um modo habitual e consistente de reação designa-se por “ansiedade traço”; quando é uma reação episódica ou situacional designa-se por “ansiedade estado” (CARVALHO et al., 2004). Bauer (2002) refere que os indivíduos com maior nível de ansiedade traço têm maior tendência para entender as situações como mais ameaçadoras.

A ansiedade encontra-se classificada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), que agrupa um conjunto de perturbações (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2006). A perturbação generalizada da ansiedade apresenta duas características essenciais, que são a ansiedade e a preocupação constante e exagerada acerca de um conjunto de acontecimentos que perduram por, pelo menos, seis meses (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2006). As preocupações de difícil controle interferem no quotidiano do sujeito. (BAPTISTA et al., 2001).

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA) (2006) o sujeito deverá apresentar, além de preocupação e ansiedade, três ou mais dos seguintes níveis: agitação, nervosismo, tensão interior, fadiga fácil, dificuldades de concentração ou mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono (dificuldade em adormecer ou manter o sono, ou sono agitado e pouco satisfatório). Na perturbação generalizada da ansiedade, os sujeitos nem sempre classificam suas preocupações como excessivas, embora possam descrever mal-estar subjetivo devido a um constante desassossego, assim como apresentam dificuldade em controlar suas inquietações e podem evidenciar deficiências no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes. Os níveis de ansiedade também podem ser provocados pelos efeitos de alguma substância tóxica ou de algum estado físico geral e não ocorrem exclusivamente durante uma perturbação do humor (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2006).

De forma a compreender os mecanismos e processos implicados na ansiedade, foram desenvolvidos, ao longo dos tempos, diversos modelos teóricos. Nesse enquadramento, aborda-se o modelo cognitivo das reações de ameaça de Beck et al., (1985).

## 2.7.2 DEPRESSÃO

As características sintomatológicas de um episódio depressivo maior, segundo o DSM-IV-TR, podem ser resumidas em humor deprimido, perda de interesse ou prazer, problemas psicomotores, de concentração, sono, apetite, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa (CUNHA, 2001). Em relação à epidemiologia, a depressão prevalece em cerca de 15 a 25% das mulheres e em 5 a 12% dos homens, independente do tipo de etnia, nível de escolaridade, aspectos económicos ou estado civil. Quanto à etiologia, pesquisas neuroanatômicas e genéticas confirmam a hipótese de envolver uma patologia do sistema límbico, gânglios basais e hipotálamo. Em relação aos fatores psicossociais, acontecimentos estressantes frequentemente precedem os transtornos de humor (KAPLAN, et al., 2007).

Na literatura verifica-se a existência de inúmeros estudos relacionados à depressão, mas, em contrapartida, a prevalência de depressão entre os profissionais de Enfermagem tem sido pouco pesquisada (FRANCO et al., 2005). Os fatores desencadeantes de depressão nesses trabalhadores relacionam-se à sua exposição a riscos químicos, radiações, contaminações biológicas, sistema de plantões, excessiva carga horária de trabalho e convivência diuturna com o sofrimento, dor, doença, morte e problemas emocionais



decorrentes dessa realidade. Tudo isso provoca repercussões na qualidade do trabalho prestado, entre outros problemas (CAMAROTTI; TEIXEIRA, 1996; MANETTI; MARZIALE, 2007).

A palavra depressão provém do latim *deprimere* que significa abatimento, diminuição, afundamento. O conceito de depressão parece ter origem no termo melancolia, usado por Hipócrates, que atribuía o estado melancólico ao excesso de bÍlis negra (humores básicos). Nos séculos seguintes, numerosos autores descreveram a melancolia e outros conceitos nela enxertados até ser elaborada uma conceitualização mais clara, na virada do século XIX, por Kraepelin, que também estabeleceu a fronteira entre psicose maníaco-depressiva e demência precoce. A nosologia descrita por esse autor serviu de base para muitos dos modelos atuais da depressão, embora alguns aspectos sejam motivo de grande controvérsia. Adolf Meyer propôs o termo depressão para substituir melancolia. Esse autor descreveu que as perturbações depressivas correspondem a reações de má adaptação ao estresse ambiental, introduzindo o conceito de reatividade na depressão (TELLES-CORREIA, 2009).

A depressão é um transtorno psiquiátrico que afeta cerca de 121 milhões de pessoas no mundo inteiro. Estima-se que uma em cada quatro pessoas do mundo sofre, sofreu, ou vai sofrer de depressão. Os custos pessoais e sociais dessa doença são muito elevados, sendo uma das principais causas mundiais de incapacidade laboral. Pode ser diagnosticada e tratada em cuidados de saúde primários, contudo menos de 25% dos que padecem de depressão têm acesso a tratamentos eficazes (WHO, 2009).

A depressão é um transtorno multifatorial e, por isso, as variáveis que desencadeiam ou mantêm a sintomatologia depressiva variam de pessoa para pessoa, bem como os fatores de risco que estão implicados, tais como o gênero, aspetos neuroendocrinológicos, indicadores familiares, sociais e estratégias de *coping*, entre outros (BAPTISTA, 2004). A pessoa que sofre de depressão é afetada no seu todo, com repercussões psicológicas, biológicas e sociais (SERRA, 2011).

Entre os principais níveis emocionais manifestados pelo indivíduo com depressão estão a tristeza e o abatimento, que ocasionam sentimento de desesperança em relação à vida futura, perda desinteresse e de vontade de fazer atividades que antes eram prazerosas (BAPTISTA, 2004). Os níveis podem ser subdivididos em quatro categorias: emocionais, cognitivas, físicas e motivacionais. A categoria emocional caracteriza-se pela tristeza, abatimento e diminuição ou perda total de prazer nas atividades de vida, que antes eram executadas com satisfação; a cognitiva é formada por pensamentos negativos de si próprio,

que causam baixa autoestima, desesperança sobre a vida futura, diminuição da concentração e da memória; a categoria física é composta por cansaço excessivo, mudança no apetite, no sono e mal-estar geral causado por aumento de dores e, por último, a motivacional tem como características principais, a falta de iniciativa e a total inércia perante alguma situação (ATKINSON, 2002). É a intensidade desses níveis e os prejuízos por eles causados no funcionamento global do indivíduo que determinam se a pessoa apresenta diagnóstico de depressão ou se apresenta apenas alguns níveis.

A depressão, como fenômeno clínico, continua a apresentar dificuldades na sua conceitualização, podendo ser vista sob diferentes ângulos e ser analisada em níveis conceituais diferentes (CAMPOS, 2009). As duas principais classificações e nosologias independentes que conceituam a depressão são a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR).

Segundo o DSM-IV-TR, a depressão é uma Perturbação do Humor e sua sintomatologia caracteriza-se por humor depressivo, diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades diárias, perda ou aumento de peso significativo em curto espaço de tempo, insônia ou hipersônia, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpabilidade excessiva ou inapropriada, diminuição das capacidades de pensamento, concentração ou indecisão e, por último, pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente ou, até mesmo, tentativa ou plano para cometer suicídio. Todas essas características podem estar presentes nos indivíduos, em todos ou quase todos os dias. Para que seja feito o diagnóstico de depressão é necessário pelo menos cinco desses níveis durante duas semanas.

A APA (2006) estabeleceu como critérios de diagnóstico de Episódio Depressivo Maior apenas os previamente referidos. No entanto, é importante perceber quando se tratar de um episódio misto. Para se diagnosticar um Episódio Depressivo Maior, é preciso que o sujeito manifeste algum mal-estar clinicamente significativo, deficiências no funcionamento social, ocupacional, ou em qualquer outra área relevante. Os níveis não podem estar relacionados aos efeitos fisiológicos desencadeados pelo uso de substâncias de abuso ou por estados físicos gerais, como por exemplo, o hipotireoidismo (APA, 2006). Em relação à prevalência na população, observa-se que o sexo feminino apresenta maior risco, em comparação com o masculino, principalmente na Europa e Estados Unidos da América (APA, 2006). Quanto ao diagnóstico diferencial, o Episódio Depressivo Maior deve ser distinguido da Perturbação do Humor Secundária a um estado físico geral, que é considerado como

consequência fisiológica direta de um estado físico específico. A Perturbação do Humor induzida por substâncias tóxicas difere do Humor Depressivo, na medida em que o sujeito consome substâncias ilícitas. Também pode se verificar, em idosos, confusão entre perturbação do humor e estado demencial, visto que existem muitas comorbidades com semelhança de níveis (APA, 2006). Em relação à distratibilidade e baixa tolerância à frustração, que são níveis que ocorrem simultaneamente na perturbação hiperativa com déficit de atenção e no Episódio Depressivo Maior, quando se preenchem critérios para as duas perturbações, estas podem ser diagnosticadas em conjunto. Um Episódio Depressivo Maior que ocorre em resposta a um acontecimento psicossocial distingue-se da Perturbação da Adaptação com Humor Depressivo. Em última análise, o diagnóstico de Perturbação Depressiva, sem outra especificação, poderá ser apropriado para os quadros clínicos com humor depressivo e deficiência clinicamente significativa, que não preenchem os critérios de duração ou intensidade (APA, 2006).

O modelo cognitivo da depressão (BECK et al., 1979), evoluiu a partir de observações clínicas sistemáticas e experimentais e organizou-se a partir de três conceitos específicos para explicar a depressão: tríade cognitiva, esquemas/crenças centrais e distorções cognitivas. A tríade cognitiva é constituída por três padrões cognitivos, típicos dos doentes deprimidos: visão negativa de si mesmo (o sujeito vê a si próprio como inadequado ou defeituoso); visão negativa das interações com o meio ambiente e interpretação distorcida do meio que o rodeia, visão negativa do futuro, em que o sujeito antecipa que o sofrimento próprio será permanente.

Essa interpretação errônea da realidade faz com que a pessoa deprimida se sinta encurralada, envolvida em situações onde só podem decorrer decepções, sofrimento e sentimentos de desamparo e desesperança. Desse modo, o sujeito classifica e avalia as situações através de um conjunto de esquemas, sendo que o tipo de esquema pode determinar a sua experiência (BECK et al., 1997). Por último, no modelo cognitivo existe a noção de erros cognitivos ou distorções cognitivas. Esse modelo tem como pressuposto que as emoções, os comportamentos e as reações estão diretamente ligados à forma como o indivíduo avalia suas experiências no mundo (BECK et al., 1979).

### 2.7.3 ESTRESSE

O termo estresse advém da Física e, nesse campo de conhecimento, tem como sentido o grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço (FRANÇA;

RODRIGUES, 2012). Atualmente esse termo tem sido utilizado para diferentes situações.

O estresse foi definido pelo endocrinologista Hans Selye, como uma reação inespecífica do organismo a qualquer estímulo (SELYE, 1959). Ele é uma manifestação normal do funcionamento do corpo e uma consequência do ato de viver (SELYE, 1956).

De acordo com Chamon (2006), é o conjunto de percepções de impotência e mal-estar que invadem o indivíduo diante de eventos difíceis de controlar (é uma reação complexa do organismo, envolvendo componentes físicos e/ou psicológicos, mentais e hormonais, que se desenvolve em etapas, ou fases). Essa reação pode ser causada por alterações psicofisiológicas que ocorrem no momento em que o indivíduo se confronta com uma situação que cause temor, irritação, confusão, excitação ou, até mesmo, provoque felicidade (LIPP, 2000a).

O estresse não pode ser entendido como uma condição estática e sim como condição multifatorial, determinada pela demanda ambiental e pelas características individuais, além das interações entre o homem e o ambiente. Diversos estudos tratam da associação entre o estresse e a interrupção de atividades habituais, já que essa condição resulta em atitudes de retração e ausência de contatos sociais ou, ainda, em irritabilidade e mudanças repentinas de controle emocional. O fator estressor é considerado algo que quebra a homeostase interna, que exige alguma adaptação que gera desgaste e, em consequência, estresse (CAMELO; ANGERAMI, 2004; STACCIARINI; TROCCOLI, 2001).

O estresse excessivo tem sido considerado um dos principais problemas do mundo moderno e tema de interesse da Organização Mundial da Saúde (OMS). Pode interferir na qualidade de vida do ser humano, levando-o a uma série de prejuízos (LIPP; MALAGRIS, 2001). O estresse funciona como um estímulo essencial ao funcionamento homeostático do organismo, tendo efeito protetor em curto prazo. Entretanto, quando em excesso, pode provocar mudanças deletérias específicas no organismo humano, como por exemplo, transtornos de humor, síndrome de *Burnout*, alterações permanentes na memória, supressão do sistema imunológico, distúrbios cardiovasculares, metabólicos (WINGENFELD et al., 2009) e distúrbios clínicos variados, resultante da má adaptação do homem ao seu trabalho (STACCIARINI; TROCCOLI, 2001).

Dentre os principais sinais e níveis do estresse destacam-se: aumento da sudorese, tensão muscular, taquicardia, hipertensão, aperto de mandíbula, ranger de dentes, hiperatividade, náuseas, mãos e pés frios, ansiedade, tensão, angústia, insônia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, inabilidade de

se concentrar em outros assuntos não relacionados ao estressor, dificuldades de relaxar, ira e hipersensibilidade emotiva (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

Entretanto, há sintomas específicos que são apresentados por pessoas do sexo feminino, tais como: dor pélvica, dor nos seios, acnes ou pele ressecada, cólicas menstruais, tensão pré-menstrual (TPM), dificuldade para amamentar, perda de sensibilidade e vontade sexual, medo e ansiedade, preocupação constante, queda da autoestima, ciúme excessivo e dependência emocional (LIPP, 2002).

O estresse afeta os indivíduos de maneira diferente. A medida do estresse ocupacional e do estresse em geral é uma tarefa complicada, portanto mais pesquisas na área do cuidado à saúde são necessárias para promover a saúde ocupacional e a melhoria da assistência em saúde (KAWAGUCHI, 2007).

O estresse constitui um processo que envolve a totalidade do organismo. Embora cada pessoa reaja de maneira singular, todo indivíduo, ao perceber um estressor, estimula de forma inconsciente o hipotálamo e desencadeia um mecanismo de resposta hormonal.

Seja físico ou neurogênico, o estresse é capaz de provocar um aumento acentuado na secreção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) pela adeno-hipófise, ao qual se segue um significativo aumento na secreção adrenal de cortisol. A liberação de ACTH, adrenalina, noradrenalina e cortisol ocorrem de forma paralela e são responsáveis pelas alterações psicofisiológicas que acontecem no animal ou no homem submetido a um estressor. Em última instância, a rápida liberação de cortisol e os efeitos metabólicos decorrentes visam a amenizar os efeitos nocivos do estado de estresse (GUYTON; HALL, 2011).

A relação entre o estresse ocupacional e a saúde mental do trabalhador vem sendo tema de várias pesquisas nos últimos anos, em nosso meio e em outros países, revelando índices alarmantes de incapacidade temporária ou permanente de trabalho, absenteísmo, aposentadoria precoce e riscos à saúde decorrentes dessa relação (VASCONCELOS; GUIMARÃES, 2009). Causas que levam o trabalhador à condição de estresse são: sobrecarga, fatores inerentes ao posto de trabalho, características ergonômicas insatisfatórias, desenvolvimento de carreira profissional, falta de perspectiva, relações no trabalho, estrutura e atmosfera institucional e função da organização (VASCONCELOS; GUIMARÃES, 2009).

O modelo *Effort-reward imbalance* (ERI), ou esforço por recompensa de Johannes Siegrist, tem como vantagem a expansão do conceito de controle do modelo demanda – controle proposto por Karasek (1979), incluindo a segurança no trabalho e a mobilidade ascendente (perspectivas de promoção) (VASCONCELOS; GUIMARÃES, 2009).

Esse modelo postula que o papel do trabalho na vida adulta define uma ligação fundamental entre funções autorreguladoras, como autoestima e autosuficiência e as oportunidades de estrutura social (SIEGRIST, 2001).

O *status* ocupacional é associado à recompensa, à estima e a fazer parte de algum grupo significativo. Esses efeitos, potencialmente benéficos sobre o papel do trabalho na autorregulação emocional e motivacional, são ligados a um pré-requisito básico: o das trocas ocorridas na vida social, denominado reciprocidade (VASCONCELOS; GUIMARÃES, 2009).

O estudo de Lazarus e Folkman (1984) propõe um modelo de caráter cognitivo, motivacional e relacional para o enfrentamento. É relacional, pois se refere à aceitação de que as emoções são sempre acerca das relações da pessoa com o meio, constituindo o âmago desse modelo. É motivacional, já que as emoções são reações avaliativas dos objetivos a toda hora, em todos os aspectos da nossa vida e é cognitivo por se referir ao conhecimento e à avaliação acerca do que está acontecendo no meio em adaptação (MENDES, 2002).

Nesse modelo, o estresse foi definido como qualquer evento que demanda do ambiente externo ou interno e que estipule ou exceda a capacidade de adaptação de um indivíduo ou sistema social (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

É um processo dinâmico de avaliação contínua entre o indivíduo e seu ambiente, levando em consideração as características pessoais como a natureza do acontecimento ambiental. O estresse é definido como a relação entre o indivíduo e o meio, que é percebido por este como nefasto ou ao qual não se sente capaz de dar resposta, ameaçando o seu bem estar (MENDES, 2002).

O modelo transacional descreve o estresse como um processo complexo, que implica na análise das interações e das trocas (transações) contínuas entre o organismo e o ambiente, daí o seu nome “transacional”. Essa abordagem supõe a existência de interações e transações contínuas entre o sujeito e seu ambiente (CHAMON, 2006).

A reação pessoal aos acontecimentos depende de como cada indivíduo a percebe, se ameaçadora ou não. A questão de saber como diferentes acontecimentos podem, no seu conjunto, determinar a situação de saúde da pessoa encontra-se no centro da discussão sobre o estresse (MENDES, 2002).

Considerando que o estresse ocupacional pode ser compreendido através da identificação de estressores vivenciados no trabalho, o modelo de Cooper (1993) evidencia seis categorias que podem originar estresse ocupacional: fatores intrínsecos para o trabalho

(condições inadequadas de trabalho, turno de trabalho, carga horária, remuneração, riscos, novas tecnologias e sobrecarga laboral), papéis estressores (papel ambíguo, conflituoso e alto grau de responsabilidade), relações no trabalho (relações difíceis com o chefe, colegas, subordinados, clientes, podendo estar diretamente ou indiretamente associadas), estressores na carreira (falta de desenvolvimento na carreira, insegurança no trabalho, aposentadoria precoce), estrutura organizacional (estilos de gerenciamento, falta de participação, falha na comunicação), interface trabalho-casa (dificuldade de manejo dessa interface) (STACCIARINI; TROCCOLI, 2001).

No ambiente organizacional, todos os elementos, aspectos ou situações que influenciam o surgimento de estresse no indivíduo podem ser considerados fontes de pressão, não importando em que grau elas afetam a pessoa. Cooper et al., (1988) também destacam que o impacto das fontes de pressão sobre o sujeito dependerá das suas características individuais específicas.

A principal hipótese é que reações adversas à saúde aconteçam devido ao desgaste psicológico decorrente da exposição simultânea por parte dos trabalhadores, às elevadas demandas psicológicas, à escassa amplitude de decisão sobre o seu processo de trabalho (controle) e aos trabalhos de alta exigência (*jobstrain*) (ALVES; HOKERBERG; FAERSTEIN, 2013).

Esse modelo, já testado em diversos países com diferentes conformações econômicas e sociais, privilegia duas dimensões psicossociais no trabalho: o controle sobre o trabalho e a demanda psicológica advinda do trabalho. A partir da combinação dessas duas dimensões, o modelo distingue situações laborais específicas, que por sua vez estruturam riscos diferenciados à saúde (ARAÚJO et al., 2003).

Karasek (1979) sistematizou o chamado Modelo Demanda-Controle (DC) que distingue quatro tipos básicos de experiências no trabalho, gerados pela interação dos níveis de demanda psicológica e de controle: alta exigência do trabalho (caracterizado como alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda e alto controle). A principal predição estabelecida aqui é que a maioria das reações adversas das exigências psicológicas, tais como fadiga, ansiedade, depressão e doença física ocorrem quando a demanda do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo (trabalho em alta exigência). O modelo de Karasek estabelece que o trabalho realizado em condições de baixo controle e alto demanda (alta exigência) é nocivo à saúde dos

trabalhadores, sendo preditor da maioria das reações adversas produzidas pelo trabalho (ARAÚJO et al., 2003).

#### 2.7.4 ÁLCOOL E DROGAS

Preocupados com o trabalhador e as influências do trabalho na saúde física e psíquica de trabalhadores em Enfermagem hospitalar, a categoria vem desenvolvendo estudos sobre o fenômeno das drogas. Porém, é necessário discutir a possibilidade de uso dessas substâncias pelo trabalhador de Enfermagem como um problema de saúde do trabalhador, considerando aspectos predisponentes da realidade de trabalho desses profissionais (MARTINS; ZEITOUNE, 2007).

No que se refere às influências do trabalho na saúde física e psíquica de trabalhadores, para Goulart Junior et al., (2013), o abuso do álcool pode estar relacionado ao aumento da carga de trabalho, às cobranças para atingir metas e aumentar a produtividade, dentre outras questões. Segundo esses autores, o estresse, a ansiedade e o cansaço podem se associar ao abuso de drogas (álcool, tabaco, calmantes e outros), o que são ocorrências comuns relacionadas ao adoecimento advindo do processo de trabalho. No que se refere às influências do trabalho na saúde física e psíquica de trabalhadores, para Goulart Junior et al., (2013), o abuso do álcool pode estar relacionado ao aumento da carga de trabalho, às cobranças para atingir metas e aumentar a produtividade, dentre outras questões.

O *binge drinking* geralmente se refere a beber muito em um curto período de tempo, com a intenção de ficar embriagado, resultando em intoxicação imediata e severa. Consumir cinco doses de bebida alcoólica no período de duas horas para homens ou quatro doses para mulheres já é considerado como beber em *binge* (FLORIPES, 2008). Vale ressaltar que o abuso de substância é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais. A presença de comorbidades de transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de drogas e/ou de outros transtornos psiquiátricos vem sendo estudada desde a década de 80 (ZALESKI et al., 2006).

O uso abusivo de bebidas alcoólicas constitui um importante problema de saúde pública observado no mundo todo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002), cerca de 4,0% do conjunto de morbidades e 3,2% de toda mortalidade mundial são atribuídas ao álcool, sendo ele o principal risco para a saúde nos países em desenvolvimento com baixa mortalidade e o terceiro nos países industrializados. Segundo a Secretaria Nacional Antidrogas, de 10,0 a



15,0% da população mundial é dependente de álcool (BRASIL, 2000). No Brasil, os resultados do Primeiro Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas abrangeram as 107 maiores cidades do país, com população superior a 200.000 habitantes (CARLINI et al., 2002). No Segundo Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, os dados encontrados mostraram que 12,3% das pessoas com mais de 12 anos de idade são dependentes de álcool, sendo que a porcentagem de dependentes do sexo masculino é três vezes maior que a do sexo feminino (CARLINI et al., 2006). Esse consumo abusivo de bebidas alcoólicas se destaca como fator determinante em mais de 10,0% de toda morbidade e mortalidade geral no país (MELONI; LARANJEIRA, 2004). De acordo com a OMS (2005), o uso abusivo de álcool repercute gravemente no bem-estar humano, pois afeta as pessoas, as famílias, as comunidades e a sociedade como um todo. Também contribui para as desigualdades sociais e sanitárias e está relacionado com a ocorrência de lesões, violências, acidentes de trânsito, incapacidades e mortes prematuras.

De acordo com a Política Nacional de Álcool e Outras Drogas o crescimento econômico do Brasil nos últimos 10 anos foi o maior da história. Evidências mostram que maior renda per capita está relacionada ao aumento do consumo de álcool, o que torna o país um mercado promissor para essa indústria. Embora o primeiro Levantamento Nacional de Álcool (I LENAD), realizado em 2006, tenha mostrado que metade dos brasileiros não era consumidora de álcool, constatou-se, também, que os índices de uso nocivo e dependência eram altos entre os bebedores. Dessa forma, a investigação das mudanças no padrão do uso de álcool nos últimos seis anos, através das comparações entre dados de 2006 e 2012, é de extrema importância.

De acordo com a prevalência de pessoas que consomem bebidas alcoólicas na população, consideram-se abstinente aqueles que não beberam em nenhuma ocasião nos últimos 12 meses; os demais (não abstinente) compõem a base de “bebedores” das amostras analisadas. A proporção de abstinente entre 2006 e 2012 apresentou pequena variação: eram 48% do total da população em 2006 e passaram para 50% no último estudo. Em relação a esse indicador, não se notaram mudanças específicas na população abstinente por gênero entre 2006 e 2012. Foi observado o mesmo padrão, proporção significativamente maior de bebedores entre os homens (o número de homens adultos não abstinente observado em 2012 é 1,6 vezes maior que o número de mulheres na mesma condição) (INPAD, 2014).

Entre os homens a prevalência de abstinência observada em 2006 era de 35% e chegou a 38% em 2012; já entre as mulheres, foram de, respectivamente, 59% e 62% (INPAD, 2014).

Para além da experimentação, também se observa crescimento na precocidade do consumo regular de bebidas alcoólicas. Em 2006, 8% da população adulta (10% de homens e 6% de mulheres) declararam ter iniciado o consumo regular de bebidas até os 15 anos. Em 2012, essa proporção subiu para 14% na população adulta, passando para 16% entre os homens e 10% entre as mulheres (INPAD, 2014).

Ainda considerando a Política Nacional de Álcool e Outras Drogas em publicação recente da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), o Brasil foi apontado como uma das nações emergentes onde o consumo de estimulantes, como a cocaína – seja na forma intranasal (“pó”), ou fumada (crack, merla ou oxi) – está aumentando, enquanto na maioria dos países o consumo está diminuindo (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2014).

Embora a sociedade brasileira esteja ciente desse importante problema de saúde pública, seu conhecimento acerca dos padrões de consumo, da dependência e dos problemas associados ao uso de cocaína ainda são incipientes.

Já a maconha é a substância ilícita mais consumida no mundo. Tendo em vista o contexto sociocultural e político que o Brasil está vivendo, é fundamental o conhecimento do fenômeno do uso de maconha, sua proporção e conseqüências (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2014).

Assim, é importante conceituar o que é droga e entender a diferença entre os termos uso, abuso e dependência de substâncias, porque esses conceitos se organizam na forma de uma evolução progressiva, pela seguinte sequência: uso, abuso, dependência.

Droga é toda e qualquer substância, natural ou sintética, que introduzida no organismo, modifica suas funções. As drogas naturais são obtidas através de determinadas plantas, de animais e de alguns minerais. Como exemplo têm-se a cafeína (do café), a nicotina (presente no tabaco), o ópio (na papoula) e o THC ou tetra hidro canabiol (da maconha). As drogas sintéticas são fabricadas em laboratório, exigindo para isso, técnicas especiais. O termo droga tem várias interpretações, mas comumente suscita a ideia de uma substância proibida, de uso ilegal e nocivo ao indivíduo, mudando-lhe as funções, as sensações, o humor e o comportamento (LONGENECKER, 1998).

As drogas estão classificadas em três categorias: as estimulantes, as depressoras e as perturbadoras das atividades mentais. O termo droga envolve os analgésicos, estimulantes,

alucinógenos, tranquilizantes e barbitúricos, além do álcool e substâncias voláteis. As psicotrópicas são as drogas que tem tropismo e afetam o Sistema Nervoso Central, modificando as atividades psíquicas e o comportamento. Essas drogas podem ser absorvidas de várias formas: por injeção, por inalação, via oral, injeção intravenosa ou aplicada via retal (supositório) (LONGENECKER, 1998).

No Brasil, a legislação define como droga "as substâncias ou produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União" segundo parágrafo único do art. 1.º da Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas).

Assim, o uso de drogas está relacionado a qualquer tipo de consumo, podendo ser frequente ou não. É o caso, por exemplo, de indivíduos que experimentam a substância pela primeira vez, mas não são afetados pelo uso, podendo simplesmente abandonar o consumo. O abuso é o uso nocivo de uma substância, consequente de algum tipo de problema. Nesse caso, o uso das substâncias é mais recorrente, podendo desencadear a dependência (MATHEWS; PILLON, 2004).

Já a dependência ocorre quando não existe mais controle sobre o uso, causando problemas reais à saúde. O consumo se torna uma compulsão, pois que o indivíduo passa a direcionar toda a sua vida ao consumo das drogas ou do álcool. As substâncias se tornam indispensáveis ao funcionamento psicológico do indivíduo. Portanto, a dependência provém não do desejo de consumir substâncias, mas da incapacidade de não as consumir (MATHEWS; PILLON, 2004).

Na literatura americana foram encontrados estudos relacionados ao uso abusivo de drogas e dependência dessas substâncias por profissionais de saúde. É importante reconhecer que o transtorno por uso abusivo de substâncias psicoativas ultrapassa todos os limites: econômico, educacional, geográfico, de gênero, de emprego, de *status* e outros. O uso abusivo de drogas por profissionais de saúde é facilitado pelo acesso desses trabalhadores às substâncias controladas e o conhecimento dos profissionais de saúde do efeito das drogas no organismo. Sistemas de controle automatizados de medicamentos têm sido adotados na tentativa de controlar o consumo desordenado por parte dos profissionais de saúde. No entanto, os distúrbios relacionados com o consumo de substâncias psicoativas continuam a prevalecer nas profissões da saúde e não se pode excluir esses profissionais de qualquer discussão sobre o uso de drogas.

Nos Estados Unidos cada província possui sua própria legislação e entidades de classe. Assim, a prática da Enfermagem está regulamentada de maneira distinta em cada estado, sendo diferente de um local para o outro. Alguns estados são punitivos quando um profissional apresenta distúrbio relacionado ao uso abusivo de drogas, chegando inclusive a suspensão da licença para exercer a profissão por um determinado período, até que a pessoa seja totalmente recuperada. Outros estados possuem sistemas de apoio ao profissional de saúde, buscando a total recuperação. Porém, alguns trabalhadores que entram nesses programas não são bem sucedidos (LAC, 2017).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

- Analisar as condições de saúde mental e sua possível associação com o uso de álcool e de outras drogas entre os profissionais de Enfermagem das equipes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, MG.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Descrever características sociodemográficas de trabalho, padrão do uso de álcool e outras drogas, estresse, ansiedade e depressão entre profissionais de Enfermagem;
- Avaliar as possíveis relações entre as características sociodemográficas de trabalho, padrão do uso de álcool e outras drogas, estresse, ansiedade e depressão entre profissionais de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

## 4 MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 DELINEAMENTOS DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo exploratória e transversal, desenvolvido com profissionais de Enfermagem que atuam em um hospital geral, público e universitário. Neste estudo, testou-se a hipótese de que esses profissionais apresentam altos níveis de estresse, ansiedade e depressão e estão associados a um maior consumo de álcool e de outras drogas.

O estudo foi realizado com auxiliares e técnicos em Enfermagem, e com enfermeiros do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Atualmente, a equipe de Enfermagem do HCU-UFU é constituída por 1.152 profissionais, sendo 189 enfermeiros e 963 técnicos e auxiliares.

A população do estudo englobou todos os profissionais de Enfermagem que integram as equipes dos vários setores do HCU-UFU. Inicialmente, seria feita uma amostragem probabilística do tipo estratificada, considerando um intervalo de confiança de 95%, sendo que o cálculo da amostra foi de 289 participantes. Contudo, decidiu-se que todos os profissionais de Enfermagem do HCU-UFU seriam convidados para participar da pesquisa, buscando dessa forma a maior representatividade possível.

A princípio, realizou-se reunião com os enfermeiros chefes de todos os setores do hospital, para esclarecer a proposta e os objetivos da pesquisa, prestar esclarecimentos necessários e solicitar a contribuição para o preenchimento dos instrumentos de pesquisa e do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE). Após essa etapa, divulgou-se junto à equipe de Enfermagem (por meio de visitas aos setores do hospital), tanto o projeto de pesquisa como a disponibilização dos instrumentos de coleta de dados para serem preenchidos pelo próprio participante e que seriam devolvidos em data acordada, acondicionados em envelope sem identificação, em conjunto com o termo de consentimento livre e esclarecido.

No total, foram obtidos 416 instrumentos de coleta de dados preenchidos, perfazendo, com esse montante, a amostra do estudo.

### 4.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU), conforme número CAAE 47651315.4.0000.5152, número do parecer 1.585.311, em 06/06/2016 (ANEXO A).

### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi constituído por questionário estruturado e autoaplicável (ANEXO B), dividido em:

- a) Informações sociodemográficas e profissionais;
- b) ASSIST - OMS: questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, preconizado pela Organização Mundial de Saúde, validado no Brasil por Henrique et al. (2004). Sob a coordenação da OMS, pesquisadores de vários países desenvolveram esse instrumento, denominado ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*).

Tal ferramenta foi traduzida para várias línguas, inclusive para o português falado no Brasil e já foi testada quanto à sua confiabilidade e factibilidade, quando aplicada por pesquisadores. O ASSIST é um questionário estruturado, que contém oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos).

As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 (zero) a 4 (quatro), sendo que a soma total pode variar de 0 (zero) a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 (zero) a 3 (três) como indicativa de uso ocasional, de 4 (quatro) a 15 como indicativa de abuso e 16 como sugestiva de dependência (WHO, 2002);

- c) AUDIT: A OMS preconiza a utilização do *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) como instrumento de rastreamento em serviços de saúde. O AUDIT é composto por dez questões e, de acordo com a pontuação, auxilia a identificar quatro diferentes padrões de consumo: uso de baixo risco (consumo que provavelmente não levará a problemas), uso de risco (consumo que poderá levar a problemas), uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas) e, por último, provável dependência. O termo “uso problemático”

caracteriza os três últimos padrões de consumo da substância. Apesar de seu uso ter sido ampliado, foi desenvolvido para ser utilizado, principalmente, em serviços de atenção primária, onde é sugerido por avaliar o uso recente de álcool, ser de fácil e rápida aplicação, além de guiar o profissional em relação ao tipo de intervenção que deve ser realizada (BABOR et al., 2003).

O AUDIT-C é uma das versões mais utilizadas no mundo e corresponde às três primeiras perguntas do AUDIT. Avalia o domínio conceitual de quantidade e frequência do consumo de álcool (itens um, dois e três). Ele é útil para identificar abuso de álcool do tipo *binge*, isto é, consumir grandes quantidades de bebida em certos momentos (BABOR et al., 2003).

O número de doses mostra o padrão de consumo de bebida alcoólica sendo que acima de cinco doses para homem e quatro doses para mulheres indica o consumo *binge drinking*, ou beber em *binge*, que pode levar a intoxicação (BABOR et al., 2003);

d) DASS – 21: *Depression, Anxiety and Stress Scale*, é um instrumento desenvolvido por Levibond e Levibond em 2004 e validado no Brasil por Vignola e Tucci (2014). Avalia níveis de depressão, ansiedade e estresse com 21 itens, utilizando uma escala tipo Likert. A *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21), que aqui designaremos de Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS-21) – o algarismo designa o número de itens de avaliação -, constituem uma escala de 21 tópicos distribuídos em número igual pelas três dimensões: depressão, ansiedade e estresse. Ou seja, cada escala apresenta sete itens (vide sessão de anexos). Os sujeitos respondem ao questionário assinalando em uma escala de frequência de quatro pontos, de acordo com a intensidade que apresentaram cada nível na última semana (RIBEIRO; HONORATO; LEAL, 2004).

Segundo Lovibond e Lovibond (1995), as escalas foram desenvolvidas a partir de quando os fatores começaram a ser definidos em termos de consenso clínico (depressão, ansiedade e estresse) e, posteriormente, foram refinadas com termos empíricos, com recursos e com técnicas de análise fatorial. Tem-se, então:

I. Depressão – Disforia (dois itens); Desânimo, (dois itens); Desvalorização da vida (dois itens); Autodepreciação (dois itens); Falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); Anedonia (dois itens); Inércia (dois itens).

II. Ansiedade – Excitação do Sistema Autônomo (cinco itens); Efeitos musculoesqueléticos (dois itens); Ansiedade situacional (três itens); Experiências subjetivas de ansiedade (quatro itens).



III. Estresse – Dificuldade em relaxar (três itens); Excitação nervosa (dois itens); Facilmente agitado/chateado (três itens); Irritável/reação exagerada (três itens); Impaciência (três itens).

Como dito anteriormente, as três escalas são constituídas por sete itens cada, totalizando 21 itens. Cada item consiste em uma frase ou afirmação que remete para níveis emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda o quanto cada afirmação se aplicou a ele na semana anterior. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada nível durante a última semana, de acordo com uma escala de quatro pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou de maneira alguma”, “aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo”, “aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo”, “aplicou-se muito, ou na maioria do tempo”. É importante ressaltar que a EADS-21 é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos (RIBEIRO; HONORATO; LEAL, 2004).

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise das informações, foi elaborado um banco de dados no programa *Statistical Program of Social Science (SPSS) – version 20 for Windows*.

A análise descritiva dos dados será apresentada em números, porcentagens, valores mínimos e máximos, médias e desvio padrão. O nível de significância (valor de p) será estabelecido em 0,05 para todas as variáveis. Para a análise bivariada dos dados se de acordo com Siegel (1975), foram utilizados os seguintes testes estatísticos não paramétricos: Teste de Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman, Teste *t-Student*, Teste Qui-quadrado, Teste Exato de Fischer.

## 5 RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com as equipes de Enfermagem de todos os setores que compõem o complexo hospitalar do HC-UFU, em Uberlândia- MG, sendo que os questionários foram distribuídos aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem.

A população estimada para participar da pesquisa era de 1.152 profissionais, divididos entre 189 enfermeiros e 963 técnicos e auxiliares de Enfermagem. Inicialmente, seria feita uma amostragem probabilística do tipo estratificada, considerando um intervalo de confiança de 95%, com o cálculo de 289 participantes. Contudo, foi decidido que todos os profissionais de Enfermagem do HC-UFU seriam convidados a participar da pesquisa, buscando dessa forma, a maior representatividade possível.

**Tabela 1.** Informações sociodemográficas dos profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416)

	Frequência	
	N	%
<b>SEXO</b>		
Feminino	350	85,2
Masculino	61	14,8
Não respondeu	5	1,2
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado	282	69,5
Solteiro	114	28,1
Viúvo	10	2,5
Não respondeu	10	2,4
<b>RELIGIÃO</b>		
Católica	177	44,1
Evangélica	120	29,9
Espírita	66	16,5
Outras	38	9,5
Não respondeu	15	3,6
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Ensino Fundamental	7	2,0
Ensino Médio	121	34,2
Graduação	226	63,8

Não respondeu	62	17,9
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
20 a 29 anos	36	8,7
30 a 39 anos	131	31,5
40 a 49 anos	83	20
50 anos ou mais	135	39,7
Não respondeu	1	0,2
<b>CARGO</b>		
Auxiliar de Enfermagem	115	28,5
Técnico de Enfermagem	199	49,3
Enfermeiro	90	22,3
Não respondeu	12	2,9
<b>SETOR DE TRABALHO</b>		
Materno-infantil	104	25,4
Pronto-socorro	44	10,8
Ambulatório	36	8,8
Centro Cirúrgico	17	4,2
UTI Adulto e Coronária	16	3,9
Internação Clínica	37	9,0
Internação Cirúrgica	60	14,7
Materiais e Esterilização	32	7,8
CEPEPE	4	1,0
Diretoria	1	0,2
Outros	58	14,2
Não respondeu	7	1,7
<b>TURNO DE TRABALHO</b>		
Manhã	169	40,6
Tarde	123	29,6
Noite	101	24,3
Não respondeu	23	5,5
<b>NÚMERO DE VÍNCULOS</b>		
1	227	81,1
2	48	17,1
3	3	1,1
4	2	0,7
Não respondeu	136	32,7

<b>TEMPO DE EXERCÍCIO NA ENFERMAGEM</b>		
1 a 5 anos	95	22,8
6 a 10 anos	75	18,0
11 a 15 anos	79	19,0
16 a 20 anos	41	9,9
21 a 25 anos	51	12,3
26 anos ou mais	55	13,2
Não respondeu	20	4,8

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A **Tabela 1** mostra que a equipe de Enfermagem do HC-UFU é representada pela maioria de profissionais do sexo feminino, 85,2%, (N=350).

Quanto ao estado civil, 69,5% são casados (N=282) e no aspecto religioso, 44,1% dos entrevistados são católicos (N=177). No item escolaridade, 63,8% do total possuem graduação (N=226). Sobre a faixa etária, os maiores percentuais encontrados foram entre 50 ou mais, 39,7% (N=135). Em relação à distribuição percentual da composição da equipe por cargo, foram encontrados 28,5% de Auxiliares de Enfermagem (N=115), 49,3% de Técnicos de Enfermagem (N=199) e 22,3% de Enfermeiros (N=90). Observa-se, neste caso, que a equipe é composta por 77,8% de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

As equipes que apresentaram maior participação na pesquisa foram dos seguintes setores: Materno-infantil, com 25,4% de adesão à pesquisa (N=104), Internação Cirúrgica, com 14,7% (N=60) e Pronto-socorro, com 10,8% (N=44). O percentual de respostas por turno de trabalho foi de 40,6% no período da manhã (N=169), 29,6% no período da tarde (N=123) e 24,3% no período noturno (N=101). Quanto ao tempo de exercício na Enfermagem, os maiores percentuais encontrados foram: 22,8% de trabalhadores com relato de 1 a 5 anos de profissão (N=95), e 37% de 6 a 15 anos (N=154). Em relação ao número de vínculos de trabalho, 81,1% dos trabalhadores informaram apenas um vínculo (N=227).

**Tabela 2.** Nível de risco de uso de álcool, tabaco e outras drogas dos profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416)

	Nenhum ou baixo risco de uso		Risco moderado de uso ou possível dependência		Não respondeu	
	N	%	N	%	N	%
Álcool	327	78,6	27	6,7	61	14,7
Álcool (uso em <i>Binge</i> )	266	63,9	150	36,1	-	-
Tabaco	316	76	22	5,3	78	18,8
Sedativos	324	77,9	7	1,7	85	20,4
Maconha	327	78,6	8	1,9	81	19,5
Cocaína, crack	333	80	2	0,5	81	19,5
Anfetamina	334	80,3	1	0,2	81	19,5
Inalantes	332	79,8	-	-	84	20,2
Alucinógenos	331	79,6	-	-	85	20,4
Ópio	328	78,8	3	0,7	85	20,4
Outras	322	77,4	3	0,7	91	21,9

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A **Tabela 2** indica o risco moderado ou possível dependência dos profissionais em relação ao álcool, beber em *binge* e uso de outras drogas.

Nota-se que 6,7% (N=27) dos participantes apresentaram risco para o uso de álcool e 36,1% (N=150) informaram ingestão de bebida alcoólica em *binge*. Quanto ao tabaco, 5,3% (N=22) referiram usar tabaco e, em relação às demais drogas, 5,7% (N=24) dos entrevistados apresentaram risco moderado ou dependência de alguma das drogas citadas.

**Tabela 3.** Valores do questionário sobre a presença de ansiedade, depressão e estresse (DASS), independente do nível, nos profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416)

Variável	Não		Sim		Não respondeu	
	N	%	N	%	N	%
Depressão	249	59,9	114	27,4	53	12,7
Estresse	267	64,2	104	25,7	42	10,1
Ansiedade	254	61,1	118	28,4	44	10,6

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A **Tabela 3** indica a presença de ansiedade, estresse e depressão entre os profissionais de Enfermagem, independente da categoria em que atuam.

Assim, 27,4% (N=114) apresentaram depressão, 25,7% (N=104) estresse e 28,4% (N=118) ansiedade em algum nível.

**Tabela 4.** Valores do questionário sobre os níveis de ansiedade, depressão e estresse (DASS) nos profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416)

Variável	Depressão		Estresse		Ansiedade	
	N	%	N	%	N	%
Normal/leve	249	59,9	267	64,2	254	61,1
Mínimo	38	9,1	30	7,2	22	5,3
Moderado	36	8,7	29	7,0	35	8,4
Grave	18	4,3	34	8,2	26	6,3
Muito Grave	22	5,3	14	3,4	35	8,4
Não respondeu	53	12,7	42	10,1	44	10,6

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A **Tabela 4** indica o nível de estresse, ansiedade e depressão que os profissionais apresentam. Essa tabela também permite detalhar a porcentagem de níveis de gravidade dessas condições.

Sobre a depressão, ao serem somados os resultados encontrados nos níveis grave e muito grave, chegou-se ao percentual de 9,6% (N=40) da população estudada. Isso significa um percentual preocupante de portadores de depressão nos níveis grave e muito grave, entre a população do estudo.

No que tange ao estresse, somando-se os resultados encontrados nos níveis grave e muito grave, obteve-se o percentual de 11,6% (N=48), dentre a população estudada. Isso significa que igualmente foi encontrado um percentual preocupante de portadores de estresse nos níveis grave e muito grave na população do estudo.

Quanto à ansiedade, ao serem somados os resultados encontrados nos níveis grave e muito grave, chegou-se ao percentual de 14,7% (N=61) da população estudada. Isso significa que também encontramos um percentual preocupante de portadores de ansiedade nos níveis grave e muito grave na população do estudo.

**Tabela 5.** Associação entre características sociodemográficas e uso de álcool, tabaco entre profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416)

	Álcool			Álcool (Binge)			Tabaco		
	N	%	p.valor*	N	%	p.valor*	N	%	p.valor*
<b>SEXO</b>			0,976			<b>0,003*</b>			0,461
Feminino	74	21,1		115	32,9		17	6,1	
Masculino	13	21,3		32	<b>52,5</b>		5	8,8	
<b>ESTADO CIVIL</b>			0,560			0,076			0,132
Casado	58	20,6		90	31,9		10	4,3	
Solteiro	26	22,8		50	43,9		9	9,8	
Viúvo	1	10		4	40		1	12,5	
<b>RELIGIÃO</b>			0,021*			<b>0,000*</b>			<b>0,007*</b>
Católica	27	15,3		64	36,2		9	6	
Evangélica	24	20		26	27,1		3	3	
Espírita	20	30,3		32	48,5		2	4,2	
Outras	12	31,3		32	<b>52,6</b>		6	<b>20</b>	
<b>ESCOLARIDADE</b>			0,626			0,823			0,593
Ens. Fundamental	2	28,6		2	28,6		1	16,7	
Ensino Médio	21	17,4		40	33,1		6	6	
Graduação	27	20,8		81	35,8		13	12	
<b>FAIXA ETÁRIA</b>			0,028*			0,779			0,157
20 a 29 anos	6	16,7		12	33,3		1	3,2	
30 a 39 anos	19	14,5		43	32,8		4	3,5	
40 a 49 anos	17	20,5		31	37,3		4	6	
50 ou mais	47	28,5		63	38,2		13	10	
<b>CARGO</b>			0,077		0,153	0,153			0,060
Auxiliar de Enfermagem	30	26,1		50	43,5		11	11,3	
Técnico em Enfermagem	45	22,6		66	33,2		6	4	
Enfermeiro	12	13,3		30	33,3		4	4,9	
<b>SETOR DE TRABALHO</b>			0,420			0,955			0,566
Materno infantil	22	22,2		34	32,7		3	3,7	
Pronto-socorro	9	20,5		17	38,6		2	5,3	
Ambulatorial	11	30,6		13	36,1		3	13,6	
Centro Cirúrgico	2	11,8		5	29,4		2	12,5	
UTI Adulto e Coronária	2	12,5		6	37,5		0	0	
Internação clínica	9	24,3		11	29,7		1	3,1	

Internação Cirúrgica	17	28,3	24	40	3	6
Materiais e Esterilização	04	12,5	13	40,6	3	10
CEPEPE	0	0	0	0	0	0
Diretoria	0	0	0	0	0	0
Outros	10	15,1	20	31,7	5	9,8
<b>TURNO DE TRABALHO</b>			0,888		0,561	<b>0,038*</b>
Manhã	30	17,8	56	33,1	7	5,1
Tarde	35	28,2	47	38,2	10	<b>11,1</b>
Noite	21	20,8	39	38,6	2	2,3
<b>NÚMERO DE VÍNCULOS</b>			0,542		0,118	0,984
1	44	19,4	91	40,1	9	4,8
2	08	16,7	13	27,14	2	5
3	0	0	0	0	0	0
4	01	50	0	0	0	0
<b>TEMPO DE EXERCÍCIO NA ENFERMAGEM</b>			0,090		0,970	0,345
1 a 5 anos	15	15,8	32	33,7	3	3,6
6 a 10 anos	14	18,7	27	36	3	4,8
11 a 15 anos	14	17,7	29	36,7	3	4,6
16 a 20 anos	7	17,1	13	31,7	3	9,4
21 a 25 anos	16	31,4	20	39,2	5	13,2
26 anos ou mais	17	30,9	21	38,2	4	9,5

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

\* Valor  $p < 0,05$  - \*\*Teste de Qui-quadrado.

A **Tabela 5** mostra que participantes do sexo masculino tiveram maiores porcentagens de uso de álcool em *binge* (52,7%). Também houve associação do uso de álcool e ser de outras religiões, com beber em *binge* ( $p=0,000$ ) e uso de tabaco ( $p=0,007$ ). O uso abusivo de álcool está associado à faixa etária de 50 anos ou mais (28,5 %,  $p=0,028$ ), e o uso de tabaco com o trabalho no período da tarde (11,1%,  $p=0,038$ ).



**Tabela 6.** Associação entre características sociodemográficas e uso de sedativos e maconha entre profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416)

	Sedativos			Maconha		
	N	%	p.valor*	N	%	p.valor*
<b>SEXO</b>			0,235			<b>0,010*</b>
Feminino	7	2,6		4	1,4	
Masculino	0	0		4	7,3	
<b>ESTADO CIVIL</b>			0,290			0,124
Casado	3	1,3		4	1,7	
Solteiro	4	4,4		3	3,3	
Viúvo	0	0		1	12,5	
<b>RELIGIÃO</b>			0,114			0,686
Católica	1	0,7		5	3,3	
Evangélica	2	2		1	1	
Espírita	3	6,5		1	2,1	
Outras	1	3,7		1	3,7	
<b>ESCOLARIDADE</b>			0,051			<b>0,017*</b>
Ens. Fundamental	1	16,7		1	16,7	
Ensino Médio	1	1		1	1	
Graduação	1	2,8		3	1,6	
<b>FAIXA ETÁRIA</b>			0,466			0,218
20 a 29 anos	0	0		1	3,2	
30 a 39 anos	1	0,9		0	0	
40 a 49 anos	2	3,1		2	3,1	
50 ou mais	4	3,3		5	4	
<b>CARGO</b>			0,261			0,393
Auxiliar de Enfermagem	4	4,3		4	4,2	
Técnico em Enfermagem	2	1,4		3	2	
Enfermeiro	1	1,2		1	1,2	
<b>SETOR DE TRABALHO</b>			0,755			<b>0,003*</b>
Materno-infantil	3	3,8		0	0	
Pronto-socorro	1	2,6		5	13,5	
Ambulatorial	0	0		0	0	
Centro Cirúrgico	0	0		0	0	
UTI Adulto e Coronária	0	0		0	0	

Internação Clínica	1	3,1	0	0
Internação Cirúrgica	0	0	1	2
Materiais e Esterilização	0	0	1	3,3
CEPEPE	0	0	0	0
Diretoria	0	0	0	0
Outros	2	4,3	1	2
<b>TURNO DE TRABALHO</b>			0,241	0,057
Manhã	2	1,5	0	
Tarde	4	4,5	4	4,4
Noite	1	1,2	3	3,5
<b>NÚMERO DE VÍNCULOS</b>			0,756	0,379
1	5	2,7	2	1,1
2	0	0	2	5
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
<b>TEMPO DE EXERCÍCIO NA ENFERMAGEM</b>			0,036*	0,592
1 a 5 anos	0	0	1	1,2
6 a 10 anos	1	1,7	1	1,6
11 a 15 anos	0	0	2	3,1
16 a 20 anos	3	8,8	0	0
21 a 25 anos	2	5,3	2	5,1
26 anos ou mais	1	2,4	2	4,9

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

\* Valor  $p < 0,05$  - \*\*Teste de Qui-quadrado.

A **Tabela 6** apresenta a associação entre características sociodemográficas e uso de sedativos e maconha entre profissionais de Enfermagem. Mostra a associação entre o uso de maconha e o sexo masculino (7,7%,  $p=0,010$ ), atuar no Pronto-socorro ( $p=0,003$ ) e possuir nível de escolaridade de ensino fundamental ( $p=0,017$ ). Por outro lado, o uso de sedativos foi associado ao tempo de exercício na Enfermagem - de 16 a 20 anos de exercício profissional ( $p=0,036$ ). Não foram feitas associações das características sociodemográficas com as demais drogas.

**Tabela 7.** Associação entre características sociodemográficas e depressão, estresse e ansiedade entre profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416)

	Depressão			Estresse			Ansiedade		
	N	%	p.valor*	N	%	p.valor*	N	%	p.valor*
<b>SEXO</b>			<b>0,015*</b>			<b>0,008*</b>			<b>0,005*</b>
Feminino	102	33,9		98	31,3		108	34,8	
Masculino	10	7,5		8	14		9	15,8	
<b>ESTADO CIVIL</b>			0,054			<b>0,045*</b>			0,226
Casado	69	27,3		64	24,8		73	28,9	
Solteiro	39	40,6		38	38		39	38,2	
Viúvo	2	28,6		2	25		3	33,3	
<b>RELIGIÃO</b>			0,984			0,216			0,528
Católica	49	31,4		41	25,5		45	28	
Evangélica	34	32,4		29	26,6		39	36,1	
Espírita	19	32,8		23	38,2		21	34,4	
Outras	9	29		11	35,5		10	32,3	
<b>ESCOLARIDADE</b>			0,562			0,088			0,870
Ens. Fundamental	1	14,3		3	42,9		2	40	
Ensino Médio	32	31,7		23	21,9		33	31,1	
Graduação	68	33,3		70	33,2		70	33,3	
<b>FAIXA ETÁRIA</b>			0,191			<b>0,007*</b>			0,105
20 a 29 anos	15	46,9		16	48,5		16	47,1	
30 a 39 anos	39	33,1		42	33,6		42	34,7	
40 a 49 anos	22	28,6		17	22,4		31	27,6	
50 ou mais	38	27,9		31	22,3		38	27,1	
<b>CARGO</b>			0,594			0,810			0,829
Auxiliar de Enfermagem	30	29,7		31	29		31	30,1	
Técnico em Enfermagem	52	30,6		48	27,4		59	33,5	
Enfermeiro	30	31,6		26	31,3		26	31,5	
<b>SETOR DE TRABALHO</b>			<b>0,001*</b>			0,086			<b>0,000*</b>
Materno-infantil	32	36,8		34	36,6		40	43	
Pronto-socorro	3	7,9		6	15,4		3	8,3	
Ambulatorial	6	18,2		5	14,7		3	9,1	

Centro Cirúrgico	5	33,3		5	38,5		6	37,5	
UTI Adulto e Coronária	4	26,7		4	25		4		
Internação Clínica	19	57,6		13	40,6		19	26,7	
Internação Cirúrgica	18	34,6		18	33,3		16	57,6	
Materiais e Esterilização	7	23,3		6	20,7		7	30,2	
CEPEPE	0	0		0	0		0	0	
Diretoria	0			0	0		0	0	
Outros	20	26,4		16	27,1		19	33,9	
<b>TURNO DE TRABALHO</b>			0,339			0,490			0,931
Manhã	41	27		37	24,8		48	31	
Tarde	34	31,2		35	29,7		35	31,8	
Noite	30	36,1		28	31,5		29	33,3	
<b>NÚMERO DE VÍNCULOS</b>			0,562			0,791			0,207
1	69	35,9		64	31,7		75	37,3	
2	12	25,5		12	25,5		10	21,3	
3	1	33,3		1	33,3		1	33,3	
4	1	50		1	50		1	50	
<b>TEMPO DE EXERCÍCIO NA ENFERMAGEM</b>			0,328			0,282			<b>0,023*</b>
1 a 5 anos	28	31,1		24	26,1		30	33,3	
6 a 10 anos	28	41,8		25	37,3		32	<b>45,7</b>	
11 a 15 anos	18	25,7		15	20,5		13	18,3	
16 a 20 anos	11	35,5		12	34,3		11	32,4	
21 a 25 anos	10	23,8		15	33,3		16	37,2	
26 anos ou mais	14	30,4		12	26,1		13	27,7	

Fonte: O autor (2016).

\*Coeficiente de correlação de postos de Sperman

\*\* Valor  $p < 0,05$

O estudo mostra a associação de depressão ( $p=0,015$ ), estresse ( $p=0,008$ ) e ansiedade ( $p=0,005$ ), com o sexo feminino. A depressão esteve associada com o trabalho no setor de Internação Clínica ( $p=0,001$ ). Quanto ao estresse, além da associação com o sexo feminino,

foram feitas associações com o estado civil solteiro ( $p=0,045$ ) e com a faixa etária de 20 a 29 anos ( $p=0,007$ ). Já a ansiedade associou-se ao trabalho no setor de Internação Cirúrgica ( $p=0,000$ ) e com o tempo de serviço na Enfermagem entre 6 a 10 anos ( $p=0,023$ ).

**Quadro 1.** Correlação entre os níveis do uso de álcool, tabaco, sedativos e maconha, e depressão, estresse e ansiedade entre profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416)

		<b>Depressão</b>	<b>Estresse</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Binge</b>	<b>Álcool</b>	<b>Tabaco</b>	<b>Sedativos</b>	<b>Maconha</b>
<b>Depressão</b>	Coefficiente de correlação	1,000	,846	,835	,109	,133*	,118*	,173**	,012
	p. valor	.	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,093	<b>0,017</b>	<b>0,039</b>	<b>0,003</b>	0,839
<b>Estresse</b>	Coefficiente de correlação	,846**	1,000	,838**	,120	,135*	,037	,158**	,002
	p. valor	<b>0,000</b>	.	<b>0,000</b>	0,062	<b>0,014</b>	0,514	<b>0,006</b>	0,969
<b>Ansiedade</b>	Coefficiente de correlação	,835**	,838**	1,000	,095	,111*	,079	,165**	-,063
	p. valor	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	.	0,140	<b>0,045</b>	0,164	<b>0,004</b>	0,265
<b>Binge</b>	Coefficiente de correlação	,109	,120	,095	1,000	,756**	,304**	,057	,225**
	p. valor	0,093	0,062	0,140	.	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,409	<b>0,001</b>
<b>Álcool</b>	Coefficiente de correlação	,133*	,135*	,111*	,756**	1, ( $p=0,$	,310**	,145**	,261**
	p. valor	<b>0,017</b>	<b>0,014</b>	<b>0,045</b>	<b>0,000</b>	.	<b>0,000</b>	<b>0,009</b>	<b>0,000</b>
<b>Tabaco</b>	Coefficiente de correlação	,118*	,037	,079	,304**	,310**	1,000	,115*	,184**
	p. valor	<b>0,039</b>	0,514	0,164	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	.	<b>0,038</b>	<b>0,001</b>
<b>Sedativos</b>	Coefficiente de correlação	,173**	,158**	,165**	,057	,145**	,115*	1,000	,167**
	p. valor	<b>0,003</b>	<b>0,006</b>	<b>0,004</b>	0,409	<b>0,009</b>	<b>0,038</b>	.	<b>0,002</b>
<b>Maconha</b>	Coefficiente de correlação	,012	,002	-,063	,225**	,261**	,184**	,167**	1,000
	p. valor	0,839	00,969	,265	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,002</b>	.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

O **Quadro 1** aponta que a depressão ( $p=0,000$ ), o estresse ( $p=0,000$ ) e a ansiedade ( $p=0,000$ ) estão correlacionados entre si. A ocorrência de depressão também está estatisticamente correlacionada de modo positivo com o uso de álcool ( $p=0,017$ ), com o tabaco ( $p=0,039$ ) e com sedativos ( $p=0,003$ ). Isso significa que quanto maiores os níveis de

depressão, maiores também serão os níveis de estresse e ansiedade, e quanto maior a ocorrência de níveis depressivos, maiores são os consumos de álcool, tabaco e sedativos.

Percebe-se, também, esse mesmo perfil de correlação entre estresse e álcool ( $p=0,014$ ) e estresse e sedativos ( $p=0,006$ ), demonstrando que quanto maior o nível de estresse, maiores são os níveis de uso de álcool e de sedativos. Sobre a ansiedade, a correlação positiva significativa se relaciona da mesma forma com o uso de álcool ( $p=0,045$ ) e de sedativos ( $p=0,004$ ).

De maneira geral, as correlações estatísticas positivas envolvendo o uso de álcool mostraram-se preocupantes, pois além do mesmo se correlacionar com os transtornos mentais acima descritos, também apresentou correlação com as demais drogas, indicando que quanto maior o consumo de bebidas alcoólicas, maiores também são os consumos de tabaco ( $p=0,000$ ), sedativos ( $p=0,038$ ) e maconha ( $p=0,001$ ).

## 6 DISCUSSÃO

Uma das limitações observada na coleta de dados deste trabalho foi a dificuldade de devolução do instrumento de pesquisa respondido. Na nossa avaliação, essa dificuldade ocorreu pela dinâmica do trabalho de Enfermagem no hospital, pelos rodízios de turnos e talvez, pela desmotivação para o preenchimento dos questionários. Obteve-se um percentual de 36,1%(equivalente ao N=416) de participantes da pesquisa, a partir de uma população total de 1.152 trabalhadores. De acordo com a amostragem probabilística do tipo estratificada e considerando um intervalo de confiança de 95%, sendo o cálculo inicial da amostra de 289 participantes, o percentual de resposta foi 30,6% superior à amostra necessária. Foram encontradas algumas dificuldades no retorno dos questionários preenchidos em diferentes setores, entre eles, destacam-se os setores de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Clínica Médica, Oncologia e Centro Cirúrgico. Ponderou-se que as dificuldades podem ter sido inerentes à dinâmica do trabalho, à alternância de turnos de serviço, ao rodízio de trabalhadores nesses setores (cobertura com plantonistas externos) e ao número de pesquisas realizadas nessas unidades, que exigem tempo e dedicação para serem respondidas e podem se acumular com as atividades assistenciais.

Em relação às informações sociodemográficas (Tabela 1), observou-se uma preponderância na proporção de mulheres sobre homens, pois 82,2% - (N=350) dos profissionais são do sexo feminino, corroborando, dessa maneira, com diversos estudos que têm evidenciado a feminização da área da saúde (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011; CARREIRO, 2010).

No Censo de 2000 foi verificado que 90,4% dos profissionais que compõem as equipes de Enfermagem são do sexo feminino, proporção inferior apenas à profissão de nutricionista (COSTA; DURÃES; ABREU, 2010; MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013). Já o Censo de 2010 evidenciou que o sexo feminino correspondia a 83,75% dos enfermeiros e 83,89% dos profissionais de Enfermagem de nível médio (IBGE, 2010). Assim, apesar do aumento de mulheres entre as profissões da saúde já ser um processo bem marcado, a área de Enfermagem parece estar despontando entre as mais femininas, mesmo com a redução observada entre os censos de 2000 e 2010.

Apesar de menos expressiva, a feminização da profissão pode ser percebida desde a graduação, em que as mulheres ocupam mais da metade das vagas ofertadas para cursos

universitários na área da saúde (COSTA, DURÃES, ABREU, 2010; MATSUMOTO et al., 2005; SAWICKI; ROLIM, 2004).

A faixa etária em que se concentraram a maior parte dos profissionais foi maior que 50 anos (Tabela 1). A religião mais frequente foi a católica (44,1%), seguida da evangélica (29,9%). Já o estado civil mais observado foi o de casado (69,5%), o que é um dado interessante para o estudo das doenças mentais, uma vez que tal fato revela a possibilidade de suporte social ao doente, mas pode, também, estar relacionado ao aumento do trabalho doméstico.

Na caracterização ocupacional, observou-se que 17,1%, (N=48), da amostra do atual estudo (Tabela 1) possuem mais que um vínculo empregatício, sendo este um fator preocupante. Sousa e Araújo (2015) observaram que 52,5% dos profissionais de uma instituição de ensino superior estavam em condição semelhante. Fernandes e outros (2012) constataram que, na análise dos profissionais de Enfermagem dos municípios mineiros da Macrorregião Triângulo Sul, 33% dos trabalhadores tinham mais de um vínculo trabalhista e que isso interferia negativamente sobre a qualidade de vida dos mesmos.

Comparada aos dados apresentados pelos estudos supracitados, a presente pesquisa deparou-se com menor prevalência da dupla carga de trabalho. Alguns fatores contribuíram para esses resultados entre os trabalhadores pesquisados e um desses fatores pode ser a realização de plantão hospitalar além da jornada de trabalho, com objetivo de cumprir a cobertura de escalas com déficit de pessoal, substituições de licenças médicas e outras ausências de funcionários que comprometem a assistência de Enfermagem. Observou-se que a adesão aos plantões por parte dos trabalhadores está relacionada à segurança de pagamento por parte do empregador, pois os profissionais são servidores públicos do Ministério da Educação e o valor remuneratório do plantão hospitalar é vantajoso em comparação com o mercado de trabalho da rede privada. Um fator importante que merece ser comentado é o salário dos profissionais pesquisados (servidores públicos), que quando comparado aos salários oferecidos pela iniciativa privada e/ou pela Rede de Atenção Primária à Saúde, com algumas exceções, são evidentemente melhores. Destacamos, ainda, o plano de cargos e carreiras e a estabilidade no emprego como pontos importantes nos resultados encontrados de menor prevalência de duplo vínculo. Em um estudo qualitativo sobre a dupla jornada de trabalho e sua relação com o sofrimento, Sentone e Gonçalves (2002) perceberam como dois auxiliares de Enfermagem lidaram de formas distintas com essa situação. Para um profissional, a dupla jornada impactava de forma negativa, gerando sofrimento patológico.



Para outro, a organização de seu trabalho e suas capacidades de enfrentamento da situação promoviam um sofrimento criativo, fazendo com que ambos os trabalhos fossem prazerosos. Diante disso, os autores afirmam que a organização do trabalho e os processos psicológicos de cada profissional, em suas diferentes formas, provocam impactos distintos sobre os profissionais de saúde.

Sobre o uso de substâncias psicoativas a presente pesquisa evidenciou que os profissionais de Enfermagem entrevistados apresentaram consumo de risco ou possível dependência para o uso de tabaco de 5,3% (N=22), 1,7% para o uso de sedativos (N=7), e 6,7% para o uso de álcool (N=27), sendo que 36,1% (N=150) dos entrevistados relataram ingestão de bebida alcoólica em *binge*.

O uso abusivo de bebidas alcoólicas constitui um importante problema de saúde pública observado no mundo todo. De acordo com a OMS (2002), cerca de 4,0% do conjunto de morbidades e 3,2% de toda mortalidade mundial são atribuídas ao álcool, sendo ele o principal risco para a saúde nos países em desenvolvimento, com baixa mortalidade, e o terceiro nos países industrializados. Segundo a Secretaria Nacional Antidrogas, de 10,0 a 15,0% da população de todo o mundo são dependentes de álcool (BRASIL, 2000).

A literatura sobre o uso de álcool na Enfermagem tem se mostrado ampla em relação ao estudante de graduação, mas com poucos resultados em relação ao uso indevido de álcool por profissionais dessa área (KENNA; WOOD, 2004).

Soares e outros (2011) investigaram estudantes de graduação e pós-graduação em Enfermagem e observaram que o consumo esporádico de álcool ocorre em 51,1% dos estudantes, o uso sugestivo de abuso em 35,8% e o uso sugestivo de dependência em 0,4%. Observa-se que os estudantes têm apresentado um consumo de álcool em níveis considerados de moderado a alto (BALAN; CAMPOS, 2006; STAMM; BRESSAN, 2007). Outro estudo com estudantes de Enfermagem, conduzido por Stamm e Bressan (2007), detectou que há uma predisposição desse grupo para o consumo habitual do álcool.

Dessa forma, a proposição de estudos sobre a manutenção do consumo de álcool após a conclusão do curso é importante para a produção de conhecimento em saúde do trabalhador.

Oliveira e outros (2013), no estudo com profissionais de Enfermagem de um hospital, observaram uma possível associação entre o uso de álcool e a insatisfação, o estresse e os conflitos do trabalho em equipe. Além disso, o consumo excessivo de álcool implica, na percepção dos profissionais de Enfermagem, em prejuízos físicos, mentais e sociais.

Um estudo realizado por Pettro, Pastore e Assunção (2014), com profissionais de saúde do município de Pelotas (Rio Grande do Sul), que atuam no nível secundário da assistência, mostrou que o consumo de álcool ocorre em 73% dos profissionais, mas metade desses consome a bebida apenas raramente ou eventualmente.

Kenna e Wood (2004) relatam que os profissionais de saúde parecem consumir menos álcool do que a população em geral, mas que o uso da bebida por enfermeiros pode apresentar um impacto mais amplo. O estudo realizado por esses autores evidenciou que o álcool pode estar relacionado à idade dos profissionais de saúde, mas não ao sexo ou à renda. Essa evidência parece divergir dos achados desta dissertação.

Oliveira e outros (2013) alertam que o uso de álcool em *binge* pode estar associado não apenas aos problemas mentais, mas também a problemas físicos e sociais. Em seu estudo, 24,4% dos profissionais de Enfermagem consumiram cinco ou mais doses de álcool em uma única ocasião, caracterizando um padrão *binge* do uso de álcool. O resultado encontrado por esses autores, para esse tipo de consumo entre profissionais de Enfermagem de hospitais, foi bem inferior ao observado entre os participantes do vigente estudo.

Quanto ao tabagismo, na presente investigação, 5,3% dos entrevistados estão em risco moderado ou possível dependência do tabaco (Tabela 2). Na pesquisa de Pretto, Pastore e Assunção (2014), realizada na cidade de Pelotas (Rio Grande do Sul), foi evidenciado que 5% dos profissionais entrevistados são tabagistas. Em um estudo carioca, também com estudantes de Enfermagem, Matsumoto e outros (2005) mostraram que 42% dos graduandos já haviam experimentado o fumo, mas 73% descontinuaram o uso.

Já um estudo paranaense de Soares e outros (2011), com estudantes de graduação e pós-graduação em Enfermagem, identificou que 26,2% dos graduandos fazem uso ocasional de tabaco, enquanto 6,1% fazem uso abusivo e 0,4% apresentam sinais de dependência ao tabaco. É importante salientar que o estudo avaliou outras drogas, sendo que apenas o tabaco apresentou um aumento estatístico significativo nos últimos anos do curso.

Um estudo realizado por Sawicki e Rolim (2004), entre graduandos de Enfermagem de uma escola paulista, mostrou que 8,2% dos participantes eram fumantes e apenas 59,9% referiram não terem experimentado o cigarro, evidenciando um grande número de estudantes que já o haviam experimentado.

Baseando-se na literatura apresentada sobre o consumo de tabaco por profissionais de Enfermagem e os resultados do presente estudo, observa-se que o uso dessa substância parece

ser baixo entre os trabalhadores da Enfermagem, sendo que o primeiro contato é realizado especialmente durante a formação e o uso é interrompido no decorrer dos anos.

A ideia de descontinuação do consumo de tabaco após a formatura apoia-se nos resultados obtidos pelo estudo qualitativo de Veny e outros (2011), em que o uso de tabaco entre os profissionais de Enfermagem está associado aos sentimentos de vergonha e culpa, principalmente por serem profissionais dedicados aos cuidados com a saúde. Para o grupo de profissionais estudados, tem havido uma crescente pressão social para o abandono do hábito de fumar, pois esse hábito tem sido malvisto com o avanço das legislações de restrição do tabagismo em locais públicos (VENY et al., 2011).

Dessa forma, considerando que desde a graduação/formação o profissional de Enfermagem tem adquirido hábitos tabagísticos e que há uma pressão social e legal para o abandono do tabaco, parece, então, haver um ambiente favorável ao abandono do mesmo, obtendo-se assim, um campo importante de intervenção para a promoção da saúde do trabalhador.

Já em relação ao uso de sedativos, foi identificado que 1,7% (N=7) dos profissionais de Enfermagem entrevistados (Tabela 2) fazem uso desse tipo de medicação. Esse resultado foi menor do que o observado entre estudantes por Soares e outros (2011), em que o uso ocasional de sedativos esteve presente em 9,2% e o uso sugestivo de abuso em 2,2% dos entrevistados.

Estudo com graduandos e pós-graduandos de Enfermagem, desenvolvido por Soares e outros (2011), evidenciou que os sedativos compõem a quarta droga psicoativa mais consumida entre os estudantes, sendo que com o avançar do tempo de estudo, o uso aumenta entre eles. Além disso, o estudo mostrou que o uso de sedativos sem prescrição médica tem aumentado.

Observa-se, assim, que o consumo de sedativos foi baixo, apesar de haver poucos estudos que possibilitem a comparação do cenário encontrado e as possíveis implicações do uso dos mesmos.

Epstein, Burns e Colon (2010) afirmam que o abuso de substâncias psicoativas entre profissionais de Enfermagem apresenta dois desdobramentos negativos: um relacionado à própria saúde do profissional e o outro em relação aos pacientes. Dessa forma, além de aumentar o volume de afastamentos e reivindicações por invalidez, o abuso de substâncias pode estar relacionado ao aumento do número de acidentes de trabalho. Logo, a identificação precoce e o tratamento são estratégias que devem estar organizadas e bem informadas aos

profissionais de Enfermagem, contribuindo para a saúde dos mesmos e para o bom cuidado dos pacientes.

Na pesquisa atual, ao analisar o uso de drogas ilícitas psicoativas, identificou-se, entre outras, o uso de maconha ( $p=0,001$ ) igual para ambos os sexos da população estudada. As substâncias psicoativas (SPA) são conceituadas como drogas que alteram o comportamento, a consciência, o humor e a cognição, agindo no sistema nervoso central (SILVA; FUCHS, 2004).

A substância ilícita com maior prevalência de uso na população brasileira é a maconha. Do total da população adulta, 5,8% declarou já ter usado a substância alguma vez na vida, ou seja, 7,8 milhões de brasileiros adultos já usaram maconha pelo menos uma vez. Entre os adolescentes, esse número é de 597 mil indivíduos, representando uma parcela de 4,3% dos quase 14 milhões de adolescentes brasileiros. Analisando o uso nos últimos 12 meses, 2,5% dos brasileiros adultos e 3,4% dos adolescentes declararam ter consumido maconha, o que representa mais de três milhões de adultos e 478 mil adolescentes em todo país (INPAD, 2014).

Cannabis é o termo genérico usado para classificar as várias preparações psicoativas da maconha. A discussão relacionada às consequências sanitárias e sociais do consumo de maconha está associada ao seu uso. Os canabinóides podem ser utilizados terapeuticamente para determinadas patologias (por exemplo, esclerose múltipla e processo de quimioterapia). O uso ilícito de canabinóides sintéticos causam perturbações, condições clínicas adversas e relevantes, de leves a graves, com relato de níveis como: irritabilidade, inquietação, perturbações do sono, ansiedade, depressão e abstinência (BUDNEY; HUGHES, 2006; HOCH et al., 2015).

Em relação ao estresse, no presente estudo foi observado que 25,7% ( $N=104$ ) dos profissionais de Enfermagem do HC possuem algum grau da doença (Tabela 3). Essa condição é comum entre os profissionais de saúde e está relacionada a diversos fatores, como lidar cotidianamente com dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos, assim como reações desencadeadas pelas situações de adoecimento dos pacientes sob sua responsabilidade (BATISTA, 2011). Somam-se a essas questões do dia a dia, o acúmulo de tarefas, o desgaste físico e outros. Ainda dentro desse contexto, são delegadas a esses profissionais, múltiplas tarefas, com alto grau de exigência e de responsabilidade. Dependendo do ambiente, da organização do trabalho e do preparo para

realizar as atividades, podem surgir tensão para o próprio funcionário, para a equipe como um todo e para a comunidade assistida (CAMELO; ANGERAMI, 2007).

Velasco (2014) afirma que os profissionais de Enfermagem, por acumularem grande número de funções, percebem o seu trabalho como desestimulante, tedioso ou desinteressante, incluindo o fato de que a maioria desses trabalhadores apresenta elevado risco para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos ou doenças físicas, baixo apoio social e possibilidade de estresse ocupacional.

Trindade e Lautert (2010) avaliaram o estresse entre os trabalhadores de equipes de saúde no Rio Grande do Sul. Os autores perceberam que o estresse crônico, ou Síndrome de *Burnout*, ocorre entre os trabalhadores mais jovens (entre 20 e 40 anos). Esses trabalhadores obtiveram escores significativos de desgaste emocional e despersonalização.

Outro estudo sobre o mesmo tópico, feito entre os profissionais de Enfermagem de Belo Horizonte - MG, que trabalham nos níveis primário e secundário de atenção à saúde, mostrou que 19,4% desses profissionais apresentam estresse no trabalho em função da alta exigência para cumprir suas tarefas (PIMENTA; ASSUNÇÃO, 2016). Apesar do resultado encontrado pelo referido estudo ser superior ao observado com os profissionais de Enfermagem do HC-UFU, essa comparação deve ser considerada. É importante destacar que o estudo de Pimenta e Assunção (2016) utilizou um instrumento de mensuração do estresse buscando a sua relação com a hipertensão arterial e considerando profissionais de nível secundário, questões essas que diferem do presente trabalho.

Sousa e Araújo (2015) desenvolveram um estudo sobre estresse e resiliência entre profissionais de instituição de ensino superior situada na região Centro-Oeste do Brasil. O estudo revelou que os técnicos de Enfermagem representam a categoria mais vulnerável. Quanto à resiliência diante do estresse, a satisfação no trabalho, a competência emocional, a empatia, a tenacidade e a inovação foram os fatores de destaque. Por fim, o estudo evidenciou que os profissionais de Enfermagem são os que apresentam menores escores de resiliência.

Quanto à depressão, os resultados deste estudo evidenciaram que 27,4% dos profissionais de Enfermagem do HC-UFU (Tabela 3) apresentam algum grau da doença.

Um estudo de Schmidt, Dantas e Marziale (2011), com profissionais de Enfermagem de unidades cirúrgicas de hospitais de Londrina (Paraná), evidenciou uma frequência de depressão em 24,2% desses profissionais.

Queiroz (2008) observou que entre os trabalhadores de Enfermagem que atuam com pacientes oncológicos, a depressão foi provocada pelo trabalho em 33,3% e agravada em 22,2% dos casos, também em função do trabalho.

Já Barbosa (2010) observou que 18,5% dos enfermeiros e 12,1% dos técnicos de Enfermagem da maternidade tiveram seus estados depressivos agravados pelo trabalho. De forma similar, Carreiro (2010), ao estudar a saúde do trabalhador na Atenção Básica, mostrou que, dentre os trabalhadores que adoeceram, 13,7% apresentaram quadro depressivo.

Observa-se que a depressão entre os profissionais de Enfermagem do HC-UFU foi superior ao constatado por Schmidt, Dantas e Marziale (2011) em unidades cirúrgicas e por Queiroz (2008) em profissionais de Enfermagem que atuam com pacientes oncológicos. No entanto, os resultados do atual estudo foram superiores aos observados por Barbosa (2010) e Carreiro (2010), que estudaram, respectivamente, profissionais que atuam em maternidades e trabalhadores da Atenção Básica.

A depressão aumentada em ambientes hospitalares pode estar relacionada às próprias condições do local de trabalho, onde a tristeza, a doença e a morte são frequentes. Por outro lado, acredita-se que os resultados levemente superiores que foram observados nos profissionais de Enfermagem do HC-UFU podem estar relacionados ao acúmulo das funções gerenciais, assistenciais e de cuidados complexos, tradicionalmente ligados à Enfermagem no contexto hospitalar.

De acordo com a revisão de literatura realizada por Ferreira e Ferreira (2015), a depressão é uma condição de saúde mental que tem acometido os trabalhadores de Enfermagem. Os autores observaram, também, que há uma escassez de estudos publicados na última década sobre essa relação.

Quanto à ansiedade, o estudo atual mostrou que 28,4%(N=118) dos profissionais de Enfermagem do HC-UFU apresentam algum grau dessa morbidade, sendo essa a condição de saúde mental mais frequente (Tabela 4).

Schmidt, Dantas e Marziale (2011) observaram que escores razoáveis para ansiedade apresentaram elevada ocorrência em trabalhadores que atuavam no desenvolvimento de ações curativas e preventivas (esses escores estão muito relacionados aos profissionais de Enfermagem de unidades cirúrgicas). A ansiedade foi maior entre os trabalhadores das instituições privadas e entre os que possuíam dupla jornada de trabalho. Os autores perceberam, ainda, uma forte correlação entre ansiedade e depressão e observaram que a ansiedade está presente em 31,3% dos profissionais. Esse resultado sugeriu que uma boa parte

dos profissionais de Enfermagem avaliam as circunstâncias as quais se expõem no dia a dia como ameaçadoras. O estudo também mostrou que a dupla jornada de trabalho está relacionada a uma maior ocorrência de depressão.

O resultado do presente estudo, no que tange à ansiedade, foi inferior ao resultado observado por Carreiro (2010), que apontou uma taxa de ansiedade de 86,3% e se aproximou dos resultados obtidos por Schmidt, Dantas e Marziale (2011), de 31,3%. Assim como o estresse, a ansiedade deve ser pensada como um fator predisponente da depressão, impactando sobre o trabalho e a qualidade de vida do profissional de saúde.

Um estudo de Almeida-Filho e outros (2004), sobre o uso de álcool na população geral da Bahia, mostrou que o consumo de alto risco tem relação com a escolaridade e a classe social, sendo mais frequente em homens. Apresentou, também, importante solidez em relação ao gênero, estando presente em todos os estratos de variáveis independentes.

Ferreira e outros (2011) investigaram o consumo abusivo e a dependência de álcool na população geral de um município da Bahia, que mostrou maior prevalência entre os homens e os mais jovens, e relação inversamente proporcional à religiosidade.

A questão do gênero e do uso de álcool parece, ainda, ser uma questão inconclusa, especialmente ao delimitar o universo de estudo ao profissional de Enfermagem. Enquanto na população geral há uma forte relação com o sexo masculino, entre os profissionais de saúde parece não haver relação com o gênero. Contudo, os resultados deste trabalho se aproximaram aos encontrados por Miranda e outros (2007), que detectou que na Enfermagem o uso abusivo de álcool parece ter relação com o gênero feminino. Essa síntese, entretanto, exige cautela. Os estudos encontrados na literatura e que abordam a relação entre gênero e uso de álcool se concentram nos primeiros anos do século 21. Não sendo encontradas pesquisas mais recentes sobre o assunto, tem-se uma questão preocupante devido ao crescente número de mulheres na área de saúde.

Além disso, a tendência ao uso abusivo do álcool entre as mulheres, observada por Miranda e outros (2007) é significativa no contexto da Enfermagem, uma vez que essa é uma profissão que tem se mostrado com predomínio massivo de mulheres há anos. Apesar do consumo moderado ou abusivo de álcool ter se mostrado pequeno, o alto padrão de consumo em *binge* e o grande número de mulheres entre os profissionais de Enfermagem apontam para a necessidade do desenvolvimento da vigilância em saúde do trabalhador voltada ao consumo de álcool. Dessa forma, observa-se que mesmo que a dependência seja baixa entre esses

profissionais, o consumo de álcool é preocupante e está diretamente relacionado ao desenvolvimento de depressão.

O estresse é comum entre os profissionais de saúde e está relacionado com diversos fatores, como o fato de lidar cotidianamente com a dor, a morte, o sofrimento, o desespero, a incompreensão, a irritabilidade e tantos outros sentimentos, assim como com reações desencadeadas pelas situações de adoecimento dos pacientes sob sua responsabilidade (BATISTA, 2011).

O trabalho desenvolvido por Barbosa (2010) evidenciou o estresse como sendo provocado pelas condições de trabalho da equipe de Enfermagem no setor de maternidade. Os dados da pesquisa de Barbosa (2010) corroboram com os resultados da presente pesquisa, no que se refere à atuação na área Materno-infantil, que apontou associação do estresse entre as trabalhadoras, do estado civil casadas, faixa etária de 30 a 39 anos e tempo de exercício profissional entre seis e dez anos. De acordo com os resultados deste estudo, a equipe do setor Materno-infantil desempenha suas atividades em ambiente de acúmulos de funções e, portanto, com sobrecarga de trabalho devido às características da assistência prestada nesse setor. A equipe trabalha em situações de grandes vulnerabilidades, devido à superlotação e escassez de insumos para a assistência segura. A assistência é caracterizada como urgência e emergência para gestantes de alto risco e apresenta deficiências de infraestrutura. Os resultados podem estar associados ao acúmulo de funções dos profissionais de Enfermagem, informações estas levantados por Camelo e Angerami (2007) e Velasco (2014).

A presente pesquisa, de acordo com os resultados, apresentou correlações importantes do grupo estudado, referentes aos transtornos mentais (depressão, estresse e ansiedade) e uso de drogas (álcool, tabaco, sedativos e maconha). O Quadro 1 apontou também que a depressão ( $p=0,000$ ), o estresse ( $p=0,000$ ) e a ansiedade ( $p=0,000$ ) estão correlacionados entre si. A ocorrência de depressão está estatisticamente correlacionada de forma positiva com o uso de álcool ( $p=0,017$ ), tabaco ( $p=0,039$ ), sedativos ( $p=0,003$ ). Todas essas informações permitem deduzir que quanto maiores os níveis de depressão, maiores também serão os níveis de estresse e ansiedade e que a ocorrência de maiores níveis de depressão também está correlacionada com os maiores consumos de álcool, tabaco e sedativos.

O estresse, a depressão e a ansiedade ocupacional presentes no modo de vida contemporânea tornou-se uma fonte importante de preocupação e de reconhecimento como causadores de riscos ao bem-estar psicossocial do indivíduo. Várias pesquisas descrevem a complexidade do tema e existe a necessidade de realizar estudos sobre a etiologia do



problema. O estresse, a depressão e a ansiedade estão relacionados ao trabalho, causam riscos à saúde dos trabalhadores e têm como consequência o desempenho ruim, o baixo moral, a alta rotatividade de profissionais, o absenteísmo e a violência no local de trabalho (ROSSI, 2005).

No presente estudo foi possível constatar esse mesmo perfil de correlação entre estresse e álcool ( $p=0,014$ ) e estresse e sedativos ( $p=0,006$ ) e demonstrar que quanto maior o nível de estresse, maiores são os níveis de uso de álcool e sedativos. Sobre a ansiedade, a correlação positiva e significativa se associa da mesma forma, com o uso de álcool ( $p=0,045$ ) e de sedativos ( $p=0,004$ ).

De maneira geral, as correlações estatisticamente positivas envolvendo o uso de álcool são preocupantes, pois, além do mesmo se correlacionar com os transtornos mentais acima descritos, também apresenta correlação com as demais drogas, indicando que quanto maior o consumo de bebidas alcoólicas, maiores também são os consumos de tabaco ( $p=0,000$ ), sedativos ( $p=0,038$ ) e maconha ( $p=0,001$ ).

Para Gherardi-Donato e colaboradores (2011), as causas do consumo abusivo de álcool não são apenas consequências de fatores orgânicos, mas também, de um conjunto de determinantes biopsicossociais. Os autores defendem que deve ser considerada a reflexão sobre a contribuição dos aspectos do trabalho para o consumo abusivo de álcool e a avaliação da relação entre as doenças mentais (depressão, ansiedade e estresse), com trabalho e consumo dessa substância.

A Enfermagem é reconhecida mundialmente como uma profissão estressante. É considerada uma ocupação que sofre o impacto total, imediato e concentrado dos níveis de estresse que advêm do cuidado constante de pessoas doentes, situações imprevisíveis, execução de tarefas repulsivas e angustiantes, tornando-se assim, foco dos transtornos mentais. Sendo essas condições mencionadas os objetos do próprio trabalho na Enfermagem, o afastamento do profissional das causas e das condições que afetam sua saúde é dificultado (MENZANI, 2006).

Gomes e Oliveira (2013), ao entrevistarem 39 técnicos e auxiliares de Enfermagem de um hospital particular da cidade de São Paulo, observaram correlação significante entre ansiedade e depressão. O estudo revelou, também, que ocorre relação inversa entre ansiedade e estresse e percepção de suporte social.

Sobre a associação entre álcool e tabaco, observa-se que são as duas drogas lícitas que mais se destacam em estudos sobre consumo de drogas e que estão relacionadas à

aproximadamente 1,5% de todas as mortes ligadas aos transtornos mentais (OLIVEIRA et al., 2013).

Horta, Horta e Horta (2012), ao analisarem um banco de dados no intuito de verificar a prevalência de comportamentos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas e indícios de sofrimento psíquico entre membros da comunidade universitária, observaram que há associação entre uso de drogas e doenças mentais.

Na revisão de literatura de Ferreira e Ferreira (2015), observou-se que a grande quantidade de trabalho do enfermeiro torna-se um fator estressor, que ocasiona exaustão emocional e, por consequência, está relacionada ao desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão.

Todos esses resultados condizem com o encontrado pelo presente trabalho, que também verificou relação significativa entre depressão e a ansiedade e/ou estresse ( $p=0,000$ ). A associação entre os problemas de saúde mental chama a atenção para a cronicidade do contexto de adoecimento e para o uso de álcool e outras drogas.

Goulart e outros (2013) consideram que condições de saúde mental como a depressão, o estresse e a ansiedade podem, de fato, estar relacionadas ao abuso de drogas (álcool, tabaco, calmantes e outros) e que essas condições são manifestações comuns nos processos de adoecimento associados ao trabalho. Portanto, os resultados deste trabalho apontam para uma relação estatisticamente significativa entre depressão, estresse, ansiedade e suas correlações com o uso de drogas (tabaco, sedativo e maconha).

O uso problemático de álcool e outras substâncias psicoativas estão de acordo com os estudos de Barros e colaboradores (2008), que confirmaram essa correlação, a partir de entrevistas feitas com pacientes de um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo, em uma cidade do Paraná. Nessa pesquisa, foi evidenciada forte relação entre dependência da nicotina e uso de álcool e outras substâncias psicoativas.

Assim, é preciso investir em mão de obra qualificada, oferecendo meios para a capacitação e proteção desses profissionais, bem como incentivando a utilização de recursos para minimização dos riscos ocupacionais. As medidas sugeridas para a diminuição de riscos são: implementação de jornadas reduzidas de trabalho, descansos frequentes, férias mais longas, melhorias da remuneração financeira em períodos noturnos de trabalho, melhor adequação das escalas de trabalho às necessidades pessoais dos indivíduos e estímulos inter e intrapessoais no ambiente de trabalho. Há necessidade de buscar condições de trabalho e respaldo legais que garantam a qualidade da assistência aos pacientes e, ainda, melhoria na

qualidade de vida dos profissionais que atuam no setor saúde, em especial, da equipe de Enfermagem (MARZIALE, 2001).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa, com sua fundamentação teórica, resultados, análise e discussão, evidenciaram e responderam aos objetivos propostos referentes à temática estudada. Com este estudo, espera-se ter contribuído no sentido de repensar as políticas e estratégias para minimizar os riscos e efeitos deletérios à saúde dos trabalhadores de Enfermagem no contexto hospitalar. A partir dos dados da pesquisa e de seus resultados, tem-se também um texto explicando as dificuldades e contribuições alcançadas, sinalizando o estágio atual da pesquisa em nosso contexto social.

A pesquisa desenvolvida durante o mestrado respondeu ao seu objetivo e apresentou a ocorrência de problemas de saúde mental e, também, associações com o uso de álcool e de outras drogas entre profissionais de Enfermagem que compõem as equipes do HC-UFU.

Em relação à presença de problemas de saúde mental, o estudo mostrou que mais de um quarto dos participantes apresentou, em algum nível, depressão, estresse ou ansiedade. Sobre o consumo de álcool e outras drogas, foram encontrados resultados semelhantes ao que é encontrado na população em geral. Quanto a correlação das doenças mentais com o uso de álcool e de outras drogas entre os profissionais de Enfermagem, percebeu-se que o nível de consumo de álcool está correlacionado à presença de níveis de depressão, estresse e ansiedade, além do uso de tabaco, sedativos e maconha.

O acompanhamento das condições de saúde mental dos trabalhadores de Enfermagem é imprescindível. Em alguns casos, a depressão, o estresse e a ansiedade apareceram simultaneamente e, até mesmo, correlacionadas ao uso de álcool e de outras drogas. Esse fato demonstrou, portanto, a possibilidade da ocorrência de comorbidades psiquiátricas nessa população, o que agrava ainda mais o quadro de saúde geral desses profissionais.

Verificou-se que é necessário o desenvolvimento de mais estudos em relação à saúde dos profissionais de Enfermagem hospitalar, em especial, estudos relacionados àqueles profissionais que se dedicam tanto ao cuidado assistencial como à coordenação das equipes. Pesquisas também devem ser desenvolvidas para evidenciar se o alto consumo de álcool observado entre os estudantes de Enfermagem permanece durante a vida profissional e quais são os fatores ligados à manutenção ou interrupção desse hábito. Somado a isso, novos estudos sobre a relação entre gênero e consumo de álcool precisam ser desenvolvidos na área da Enfermagem.

As instituições de saúde, atualmente, vêm passando por sérias dificuldades e as condições de trabalho surgem como fatores que trazem sérios transtornos ao profissional no desenvolvimento de suas atividades, o que pode levar o trabalhador à insatisfação, à ansiedade, ao estresse e à depressão. Os sinais de estresse se manifestam de maneira que o indivíduo passa a usar/abusar de drogas, na tentativa de aliviar as tensões.

À medida que a organização do serviço amplia a importância da relação saúde x trabalho requerem-se novas estratégias para a modificação das condições de trabalho. Ainda no âmbito dessa relação (saúde x trabalho), os trabalhadores buscam o controle sobre as condições e sobre os ambientes, na tentativa de torná-los mais saudáveis.

O estudo buscou novos conhecimentos neste campo e, de acordo com os resultados obtidos, poderá realizar contribuições para o ensino, pesquisa, assistência e saúde do trabalhador de Enfermagem, dentro da perspectiva de reformulação dos paradigmas sobre o fenômeno droga.

Por fim, acredita-se que este estudo apresentou questões de saúde mental e de uso de substâncias psicoativas que podem subsidiar o planejamento e acompanhamento de intervenções em saúde do trabalhador, contribuindo, assim, para a gestão do trabalho na atenção hospitalar. Essas questões devem ser pensadas pela gestão, que precisa estar atenta à carga negativa das doenças mentais e do uso de substâncias psicoativas, levando o funcionário ao adoecimento, com consequente desgaste e afastamento laboral. É necessário também, atentar-se à diminuição da qualidade da assistência prestada, fator este que origina forte impacto negativo no trabalho de gerenciamento e cuidado pelos profissionais de Enfermagem, e estabelecer, com certa prioridade, um programa local de cuidado aos cuidadores.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Cartilha do trabalhador de enfermagem**: saúde, segurança e boas condições de trabalho. Rio de Janeiro: ABEN-RJ, 2006.
- ALBORNOZ, S. O. O que a palavra trabalho significa. In: \_\_\_\_\_. **O que é trabalho**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 2007. p. 7-14.
- ALMEIDA, L. M. W. S. et al. **Atuação do enfermeiro na saúde do trabalhador**: Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto (PROENF). Porto Alegre: Artmed, 2013. Ciclo 7, v. 4.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Determinantes sociais e padrões de consumo de álcool na Bahia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.1, p. 45-54, 2004.
- ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da “*job stress scale*”: adaptação para o português. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, 2004.
- ALVES, M. G. M. et al. Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Control de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 1, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Tradução D. Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- ANDRADE, L. H. S. G. et al. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 257-261, 1999. Disponível em:<[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo\(257\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo(257).htm)>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- ANTONY, M. M. et al. *Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample*. **Psychol Assess.**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 176-81, 1998.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Practice guideline for the psychiatric evaluation of adults**, 2. ed. [S. l.: s.n.], 2006.
- ARAÚJO, T. M. et al. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. **Ciênc. Saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 4, 2003.
- ATKINSON, R. L. et al. Estresse, psicopatologia e terapia. In: \_\_\_\_\_. **Introdução à psicologia de Hilgard**. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 508-540.
- AZAMBUJA, E. P. et al. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de Enfermagem. **Rev. Esc Enferm USP**, [S. l.], v. 41, n. 35, p. 355-62, 2007.

BABOR, T. F. et al. **AUDIT**: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto/Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade, 2003.

BAGGIO, M. A. et al. Cuidando de si, do outro e "do nós" na perspectiva da complexidade. **Rev Bras Enferm.**, [S.l.], v. 62, n. 4, p. 627-31, 2009.

BALAN, T. G.; CAMPOS, C. J. C. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre graduandas de enfermagem de uma universidade estadual paulista. **SMAD**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, 2006.

BAPTISTA, A. et al. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. **Psicologia: revista da Associação Portuguesa Psicologia**, [S.l.], v. 19, n. 1-2, p. 267-277, 2005.

BAPTISTA, A. et al. Aprender a lidar com as dificuldades emocionais: o centro de aconselhamento para estudantes. **Revista de Humanidades e Tecnologias**, [S.l.], n. 4-5, p. 227-237, 2001.

BAPTISTA, M. N.; OLIVEIRA, A. A. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 58-67.

BARBOSA, J. L. S. **Condições de trabalho e problemas de saúde em enfermagem na maternidade de um hospital universitário**. 2010. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BARBOZA, M. C. N.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, 2003.

BATISTA, K. M. **Stress e hardiness entre enfermeiros hospitalares**. 2011. 239 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

BAUER, S. **Da ansiedade à depressão**: da psicofarmacologia à psicoterapia. São Paulo: Livro Pleno, 2002.

BECK, A. et al. **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press, 1979.

BECK, A. T.; CLARK, D. A. *An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes*. **Behaviour Research and Therapy**, [S.l.], v. 35, p.49-58, 1997.

BECK, A. T. et al. **Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective**. [S.l. : s.n.], 1985.

BERNARDES, C. L. et al. Agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição pública de ensino. **Rev Esc Enferm USP**. [S.l.], v. 48, n. 4, p. 676-82, 2014.

BESSA, M. E. P. et al. Riscos ocupacionais do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. **Rev Enferm UERJ**, [S.l.], v. 18, n. 4, 2010.

BOIX, P.; VOGEL, L. **La evaluacional de riesgos em los lugares de trabajo: guía para una intervención sindical**. Madrid: Istas, 1989.

BORGES, R. R.; MORAIS, S. B. O. B. Perfil dos afastamentos entre profissionais de enfermagem: o caso maternidade Climério de Oliveira. In: ENCONTRO NORDESTE DE HIGIENE OCUPACIONAL, 2007, Salvador, BA. **Anais eletrônicos**, Salvador, BA, 2007.

BRAGA, J. E. F. **Ensaio farmacológicos clínicos com e extrato das raízes do Panaxginseng C. A. Meyer no controle da ansiedade**. 2011. 121 f. Tese (Doutorado em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

BRASIL. **Lei nº. 7498, de 25 jun. 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Brasília, DF, 2001. [s.n.].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Brasília, DF, 2009. [s.n.].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1**. Brasília, DF, 2000. [s.n.].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001c. [s.n.].

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Normas regulamentadoras: segurança e medicina do trabalho**. 48. ed. São Paulo: Atlas, 2001a.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Riscos biológicos: guia técnico: os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora nº 32**. Brasília, 2008.66 p. [s.n.].

CAMAROTTI, H.; TEIXEIRA, H. A. Saúde mental e trabalho: estudo da regional norte de saúde do DF. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 29-40, 1996.

CAMELO S. H. H.; ANGERAMI E. L. S. Níveis de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev Latino-Americana Enferm**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, 2004.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepção dos profissionais. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, p. 502-507, 2007.

CAMPOS, R. **Depressivos somos nós: considerações sobre a depressão, personalidade e a dimensão depressiva da personalidade**. Coimbra: Edições Almedina, 2009.

CARLINI, E. A. et al. **I levantamento domiciliar sobre drogas psicotrópicas no Brasil: estudos envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas/UNIFESP, 2002.



CARLINI, E. A. et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país-2005. São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas/UNIFESP, 2006.

CARREIRO, G. S. P. **O impacto do trabalho na saúde mental dos profissionais da estratégia saúde da família**. 2010. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

CARVALHO, D. V. et al. Enfermagem em setor fechado: stress ocupacional. **REME Rev. Min. Enf.**, [S.l.], v. 08, n. 2, p. 290-4, 2004.

CAVALCANTE, C. A. A. et al. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. **CiencCuid Saúde**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 88-97, 2006.

CHAMON, E. M. Q. O. Estresse e estratégias de enfrentamento: o uso da escala de Toulousaine no Brasil. **Revista Psicologia. Organizações e Trabalho**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 43-64, 2006.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES. **Competências segundo a Classificação Brasileira de Ocupações – 2002**. Disponível em: <[www.mtecbo.gov.br](http://www.mtecbo.gov.br)>. Acesso em: 20 ago. 2015.

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Nome.asp?VTipo=0](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0)>. Acesso em: 10 abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Total de profissionais de enfermagem no Brasil, 2010**. Disponível em: <[www.portaldaenfermagem.com.br/estatisticas.asp](http://www.portaldaenfermagem.com.br/estatisticas.asp)>. Acesso em 20 ago. 2015.

COOPER, C. et al. **Occupational stress indicator: test sources of pressure in job**. Austin: Windsor, 1988.

COOPER, C. L. *Identifying workplace stress: costs, benefits and the way forward*. In: **EUROPEAN CONFERENCE ON STRESS AT WORK. Proceedings**. Brussels: European foundation for the improvement of living and working conditions, 1993, p. 132.

COSTA, S. M. et al. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciênc Saúde Col**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 1865-1873, 2010.

COVELLO, V. T.; MERKHOFFER, M. W. **Risk assessment methods, approaches for assessing health and environment risks**. Plenum Press: New York, 1993.

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

DAVID, H. M. S. L. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto e Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, 2009.

DILELIO, A. S. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v. 28, n. 3, p. 503-514, 2012.

DUARTE, N. S.; MAURO, M. Y. C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, 2010.

EPISTEIN, P. M. et al. *Substance Abuse Among Registered Nurses*. **AAOHN Journal**, [S.l.], v. 58, n. 12, p. 513-516, 2010.

FERNANDES, J. S. et al. *The effects of professional factors on the quality of life of family health team nurses*. **Rev. esc. enferm. USP**, [S.l.], v. 46, n. 2, 2012.

FERREIRA, L. A. L.; FERREIRA, L. L. *Depression in nursing work: a systematic review*. **Universitas: Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 41-48, 2015.

FERREIRA, L. N. et al. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Cad Saude Publica**, [S.l.], v. 27, n. 8, p. 1473-1486, 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Tipos de riscos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Disponível em: <[www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab\\_virtual/tipos\\_de\\_riscos.html](http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/tipos_de_riscos.html)>. Acesso em: 25 jul. 2015.

FLORIPES, T. M. F. **Beber se embriagando (binge drinking)**: estudo de uma população de estudantes universitários que fazem uso do álcool de risco. 2008. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2008. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/98450>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

FOGAÇA, M. C. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 261-266, 2008.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: uma abordagem psicossomática. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

FRANCO, G. P. Qualidade de vida e níveis depressivos em residentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 139-144, 2005.

GELBECK, F. L. Política de Saúde do Trabalhador: limites e possibilidades. **Texto e Contexto de Enfermagem**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 66-85, 2002.

GOLUBIC, R. et al. *Work-related stress, education and work ability among hospital nurses*. **Journal of Advanced Nursing**, [S.l.], v. 65, n. 10, p. 2056-2066, 2009.

GOMES, R. K.; OLIVEIRA, V. B. de. Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. **Boletim de Psicologia**, [S.l.], v. 63, n. 138, p. 23-33, 2013.

GOMES, S. V.; PASSOS, J. P. As doenças ocupacionais originadas frente à exposição de riscos ocupacionais na prática dos profissionais de enfermagem. **Revista OnLine de Pesquisa**. Rio de Janeiro, p. 572-575, out/dez, 2010.

GONÇALVES, J. R. S. et al. Causas de afastamento entre trabalhadores de enfermagem de um hospital público do interior de São Paulo. **REME – Rev. Min. Enf.** [S.l.], v. 9, n. 4, p. 309-314, out/dez, 2005.

GOULART JUNIOR, E. et al. Exigências familiares e do trabalho: um equilíbrio necessário para a saúde de trabalhadores e organizações. **Pensando fam.** Porto Alegre, v. 17, n. 1, jul. 2013.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do stress nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, [S.l.], v. 42, n. 2, p. 355-62, 2008.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica**. 2003. 180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HAAG, G. S. et al. **A enfermagem e a saúde do trabalhador**. 2. ed. Goiânia: AB, 2001.

HANRANHAN, K. *Strategies for salivary cortisol collection and analysis in research with children*. **Applied Nursing Research Philadelphia**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 95-101, 2006.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Rev Assoc Med Bras**, [S.l.], v. 50, n.2, p. 199-206, 2004.

HESPANHOL, A. *Burnout e Stress ocupacional*. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, [S.l.], v. 7, p. 153-162, 2005.

HIPOLITO, R. L. et al. Riscos ocupacionais e suas interfaces com a saúde da equipe de enfermagem intensivista no município de Campos dos Goytacazes. **R. pesq.Cuid.Fundam.**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 1947-58, 2011.

HORTA, L. S. et al. Substances use and minor psychiatric disorders in a university in the South of Brazil. **Psicologia em Revista**, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 264-276, 2012.

HULLEY, S. B. et al. Delineando estudos transversais e de caso-controle. In: **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, 127 p. IBGE. **Censo Demográfico 2010: trabalho e rendimento**. Brasília, DF: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, 2010.

**II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. Supervisão Ronaldo Laranjeira et al. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD)/UNIFESP, 2014.

KAPLAN, H. et al. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KAPLAN, H. et al. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KARASEK, R. A.; THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Book, 1990.

KARASEK, R. A. *Job demand, job decision latitude, and mental strains: implications for job redesign*. **Admin Sci Quar.**, [S.l.], v. 24, p. 285-308, 1979.

KAWAGUCHI, Y. et al. *Measuring job stress among hospital nurses: an attempt to identify biological markers*. **Fukuoka Acta Med.**, [S.l.], v. 98, n. 2, p. 48-55, 2007.

KENNA, G. A.; WOOD, M. D. *Alcohol used by healthcare professionals*. **Drug Alcohol Depend**, [S.l.], v. 75, n. 1, p. 107-16, 2004.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev. Gaucha Enferm**, [S.l.], v. 33, n. 1, 2012.

KING, S. L.; HEGADOREN, K. M. *Stress Hormones: how do they measure up?* **Biol Res Nurs.**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 92-103, 2002.

KOOPMANS, P. C. et al. Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. **International Archives Occupational Environmental Health**, [S.l.], v. 84, p. 193-201, 2011.

LAGO, K.; CODO, W. **Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde**. Petrópolis: Vozes, 2010.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Rev. GauchaEnferm.**, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 133-44, 1997.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.

LIMA, E. A polêmica em torno do nexo causal entre distúrbio mental e trabalho. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 14, p. 82-91, dez. 2003.

LIPP, M. E. N. **Inventário de níveis de stress para adultos (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. E. N. **O stress do professor**. São Paulo: Papirus, 2002.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N.. O stress emocional e seu tratamento. In: RANGÉ, B. (Org.) **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 475-490.

LONGENECKER, G. L. **Como agem as drogas**. São Paulo: Quark, 1998.

LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychology Foundation, 1995. 42 p.

MACHADO, M. H. et al. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: POZ, C. P. M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2011, v. 1, p. 103-116.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de Enfermagem. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 1, 79-85, 2007.

MANETTI, M. L. et al. Revisando os fatores psicossociais do trabalho em enfermagem. **Rev Rene**. [S.l.], v. 9, n. 1. p. 11-119, jan./mar., 2008.

MARQUES, D. O. **O absenteísmo-doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário**. 2013. 58f. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

MARTINO, M. M. F.; MISKO, M. D. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 16-7, 2004.

MARTINS, E. R. C.; ZEITOUNE, R. C. G. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 639-44, 2007.

MATOS, I. B. et al. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea digital**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013.

MAURO, M. Y. C. et al. Riscos Ocupacionais em saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 338-45, 2004.

MAURO, M. Y. C.; VEIGA, A. R. Problemas de saúde e riscos ocupacionais: percepções dos trabalhadores de enfermagem de unidade materno infantil. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2008.

MARZIALE, M. H. P. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 1-5, 2001.

MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho de enfermagem e a ergonomia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 124-1247, 2000.

MATHEWS, I. S.; PILLON, S. C. *Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos y padre alcohólico, en el Peru*. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, número especial, p. 359-68, 2004.

MATSUMOTO, K. S. et al. O uso do tabaco entre os universitários de enfermagem da Universidade do estado do Rio de Janeiro (UERJ). **SMAD**, [S.l.], v.1, n.2, 2005.

MC NEELY, E. *The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up.* **Nurs Outlook**, [S.l.], v. 53, n. 6, p. 291-9, 2005.

MELLO, I. M. A. A loucura do trabalho: algumas questões para se refletir a respeito dos trabalhadores da enfermagem psiquiátrica. **Rev. Escola Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 78-88, 2003.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, p. 7-10, 2004. Suplemento 1.

MENDES, A. M. C. **Stress e imunidade**: contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o *stress*. Coimbra: Formasau, 2002.

MENZANI, G. **Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em pronto-socorro**. 2006. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 364-373, 2005.

NIECKEL, B. Lei Seca: polêmica na luta contra o crime. **Zero Hora**, [S.l.], p. 48-49, 2007.

NODARI, C. H. et al. **Turnover e satisfação no trabalho em uma empresa multinacional**: um estudo de caso. Disponível em:  
<file:///C:/Users/Daniela/Downloads/Nodari\_B%C3%B3\_Camargo\_2010\_Turnover-e-satisfacao-no-traba\_4357.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

NUNES, M. B. G. **Riscos ocupacionais existentes no trabalho dos enfermeiros que atuam na rede básica de atenção à saúde no município de Volta Redonda – RJ**. 2009. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

OLIVEIRA, E. B. de et al. *Patterns of alcohol use among nursing workers, and its association with their work.* **Rev. enferm. UERJ**, [S.l.], v. 21, n. esp. 2, p. 729-735, 2013.

PIMENTA, A. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. saúdeocup.**, [S.l.], v. 41, 2016.

PRETTO, A. D. B. et al. *Healthcare professionals health-related behaviors in National Health System clinics in the city of Pelotas-RS, Brazil.* **Epidemiol. Serv. Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 635-644, 2014.

PRUESSNER, J. C. et al. *Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening.* **PsychosomMed**, [S.l.], v. 61, p. 197-204, 1999.

QUEIROZ, S. G. de. **Condições de trabalho e saúde dos enfermeiros em oncologia**. 2008. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

RIBEIRO, J. L. et al. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e *stress* (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. **Rev. Psicologia saúde e doença**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 229-239, 2004.

RIBEIRO, M. C. S. A nocividade do trabalho: os riscos à saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, M. C. S. **Enfermagem e trabalho**: fundamentos para avaliação para a atenção à saúde dos trabalhadores. São Paulo: Martinari, 2008.

ROSSI, A.M. Estressores Ocupacionais e diferentes gêneros. In: ROSSI, A.M; PERREWÉ, P.L; SAUTER, S.L. **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, p. 9-18, 2005.

SANTOS, J. L. G. et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 205-212, 2012.

SAWIICKI, W. C.; ROLIN, M. A. *Nursing undergraduate students and their relationship with tobaccoism*. **Rev Esc Enferm USP**, [S.l.], v. 38, n. 2, p. 181-189, 2004.

SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de Enfermagem do Bloco Cirúrgico**. 2009. 266f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

SCHMIDT, D. R. C. et al. *Ansiedad y depresión entre profesionales de enfermería que actúan en sectores quirúrgicos*. **Rev. esc. enferm. USP**, [S.l.], v. 45, n. 2, 2011.

SELYE, H. **The Stress of Life**. New York: Mc. Graw-Hill, 1956.

SENTONE, A. D. D.; GONÇALVES, A. A. F. Sofrimento no trabalho: significado para o auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios. **Semina**, [S.l.], v. 23, p. 33-38, 61, 2002.

SERRA, A. V. **O stress na vida de todos os dias**. 3.ed. Coimbra: Dinalivro, 2011.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo: McGraw-Hill, 1975.

SIEGRIST, J. *Adverse health effects of high-effort/low-reward imbalance at work: theory, empirical support, and implications for preventions*. In: COOPER, C. L. **Theories of organizational stress**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

SILVA, O. B.; FUCHS, F. D. Fármacos de uso não-médico. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. (Org.). **Farmacologia clínica**: fundamentos da terapêutica racional. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004. p. 605-623

SILVA, J. L. L. et al. Discussão sobre as causas da síndrome de burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. **Aquichan**. Colômbia, v. 12, n. 2, p. 144-59, 2012.

SOARES, M. H. et al. *Psychological concept of optimism and drug use among nursing students*. **Acta Paul Enferm.**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 393-399, 2011.

SOUSA, V. F. S.; ARAÚJO, T. C. C. F. de. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. **Psicol. cienc. prof.**, [S.l.], v.35, n. 3, p. 900-915, 2015.

STACCIARINI, J. M. R.; TROCCOLLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, mar. 2001.

STAMM, M.; BRESSAN, L. Consumo de álcool entre estudantes de enfermagem de um município do oeste catarinense. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 319-324, 2007.

SUTHERLAND, V. J.; COOPER, C. L. *Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction*. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 37, n. 5, p. 575-581, 1993.

TAKAHASHI, E. I. U. **A emoção na prática de enfermagem: relatos de enfermeiros de UTI e UI**. 1991. 231 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

TELLES-CORREIA, D.; BARBOSA, A. Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação. **Acta Médica Portuguesa**, [S.l.], v. 22, p. 89-98, 2009.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **RevEscEnferm USP**, [S.l.], v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.

VASCONCELOS, E. F.; GUIMARÃES, L. A. M. Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. **Psicólogo informação**, [S.l.], v. 13, n. 13, p. 11-36, 2009.

VELASCO, A. R. **O estresse laboral dos trabalhadores de enfermagem das equipes de saúde da família**. 2014. 79 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

VENY, M. B. et al. *Self-perceived factors associated with smoking cessation among primary health care nurses: a qualitative study*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.l.], v. 19, n. 6, 2011.

VIGNOLA, R.C.B.; TUCCI, M. C. *Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese*. **Journal Affective Disorders**. [S.l.], v. 155, p. 1404-109, 2014.

VILLACICENCIO, M. E. F. et al. *Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara*. **Revista electrónica de psicología Iztacala**. México, v. 13, n. 1, p. 1-17, 2010.



WINGENFELD, K. et al. *Elevated diurnal salivary cortisol in nurses is associated with burnout but not with vital exhaustion*. **Psychoneuroendocrinology**, [S.l.], v. 34, n. 8, p. 1144-51, 2009.

WHO - ASSIST WORKING GROUP. *The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility addiction*. [S.l.], v. 97, p. 1183-94, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009, Safe surgery saves lives*. France: [s.n.], 2009. ISBN 978-92-4-159859-0.

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M. L. C. C. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.l.], v. 11, n. 3, 2003.

ZALAF, M. R. R.; FONSECA, R. M. G. S. Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar. **Rev. esc. enferm. USP**, [S.l.], v. 43, n.1, 2009.

ZALESKI, M. et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Rev. bras. Psiquiatr.**, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 142-148, 2006.

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** INTERVENÇÃO BREVE PARA O USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS E FATORES ASSOCIADOS EM PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DE ENFERMAGEM.

**Pesquisador:** Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 47651315.4.0000.5152

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.585.311

### Apresentação do Projeto:

Conforme os pesquisadores:

Atualmente, o uso abusivo ou dependência ao álcool e outras drogas configura-se com um problema de saúde pública global, devido à dependência decorrente de seu uso, à gravidade de seus efeitos, que ultrapassa o limite do biológico, refletindo na sociedade, à severidade dos efeitos produzidos pelo seu uso crônico, e o aumento vertiginoso da prevalência do uso na população mundial.

(LORENZO, 2003). No trabalho, o uso do álcool é o terceiro motivo para faltas, é a causa mais frequente de acidentes, e de aposentadorias precoces (SANTOS et al, 2013). Os diferentes tipos de substâncias psicoativas vêm sendo usados entre uma gama de finalidades que se estende desde o uso lúdico, com fins prazerosos no desencadeamento de estado de êxtase, como uso místico, curativo entre outros. A experimentação e o uso dessas substâncias crescem de forma consistente em todos os segmentos do país. (BUCHELE; CRUZ, 2012) O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil no ano de 2005, realizado nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, apontou que 22,8% da população pesquisada já fizeram uso na vida de drogas exceto tabaco e álcool, correspondendo a uma população de 10.746.991 pessoas.

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica

**CEP:** 38.408-144

**UF:** MG

**Município:** UBERLÂNDIA

**Telefone:** (34)3239-4131

**Fax:** (34)3239-4335

**E-mail:** cep@propp.ufu.br

(LARANJEIRA et al., 2012). Entre as opções terapêuticas que lidam com o abuso de álcool e outras drogas está a técnica chamada Intervenção Breve (IB). A técnica de intervenção breve (IB) foi proposta como abordagem terapêutica para usuários de álcool, em 1972, por Sanchez-Craig e colaboradores, no Canadá. É uma estratégia bem estruturada, focal e objetiva, que utiliza procedimentos técnicos, permitindo estudos sobre sua efetividade (NEUMANN, 1992). De acordo com Fleming e Manwell (1999), a intervenção breve é uma técnica com tempo limitado, centrado no paciente, na forma de aconselhamento, focalizando a mudança de comportamento do indivíduo, e aumentando sua adesão ao tratamento. Contudo, a estratégia não serve apenas para os problemas relacionados ao álcool e outras drogas, mas, também, pode ajudar os pacientes a mudarem uma série de comportamentos como modificar a dieta, parar de fumar, perder peso, entre outros. As intervenções breves podem durar de cinco a 30 minutos, e são constituídas por curta sequência de etapas: identificação e dimensionamento do problema ou riscos, oferta de aconselhamento, orientação, e, em alguns casos, acompanhamento periódico do sucesso para se atingir metas voluntárias do paciente. Dessa forma, deve ser focal e objetiva (BARBOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001). A utilização da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas é utilizada em indivíduos considerados como usuários de risco (ou abusivo/prejudicial), e, no caso da dependência alcoólica ou a outras drogas, os indivíduos devem ser encaminhados a serviços especializados. A técnica pode ser aplicada por profissionais de diferentes formações (médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, entre outros), desde que devidamente treinados (BARBOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001). De acordo com Fleming e Manwell (1999), a intervenção breve pode ser usada por três situações clínicas distintas: -primeira - a intervenção breve pode ajudar as pessoas que fazem uso abusivo do álcool e outras drogas, mas que ainda não são dependentes.

Nesse caso, o objetivo da estratégia é reduzir os níveis de consumo para baixo risco;- segunda - a intervenção breve pode ser útil para facilitar a adesão ao tratamento e abstinência em pacientes que estão sendo tratados com terapia farmacológica para a dependência de álcool e outras drogas e outras comorbidades, como a depressão;- terceira - a intervenção breve pode ser benéfica, pois envolve dependentes ou pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool que não respondem a essa intervenção sozinhos, embora a técnica, por si só, não seja suficiente para esses casos, de forma que pode ajudar os profissionais a identificarem esses casos e encaminhá-los para tratamento especializado. As IBs têm como objetivo principal detectar o uso de risco (real ou potencial) do uso de álcool e outras drogas e motivar o indivíduo para que faça algo a respeito disso como: iniciar um tratamento, melhorar seu nível de informação, autocrítica e autocuidado

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica

**CEP:** 38.408-144

**UF:** MG

**Município:** UBERLÂNDIA

**Telefone:** (34)3239-4131

**Fax:** (34)3239-4335

**E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.585.311

(BARBOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; MARQUES; FURTADO, 2004). A intervenção breve deve reduzir o risco de danos provenientes do uso continuado de álcool e/ou outras drogas ou, mais precisamente, reduzir as chances e condições que favoreçam o desenvolvimento de problemas decorrentes do uso dessas substâncias. As metas devem ser estabelecidas individualmente, de acordo com o padrão de consumo atual e os riscos associados (MARQUES; FURTADO, 2004).

Um objetivo importante da IB é auxiliar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas (NEUMANN, 1992). A IB tem sido utilizada para prevenir ou reduzir o consumo de álcool e/ou outras drogas, bem como problemas associados, e orientar, de modo focal e objetivo, sobre os efeitos e consequências relacionados ao consumo de risco (DE MICHELI; FORMIGONI, 2008). A literatura propõe seis componentes essenciais que devem estar presentes para caracterizar a intervenção.

Avaliar o efeito da aplicação da técnica de Intervenção Breve sobre o uso problemático de álcool e outras drogas, associado ou não aos níveis de fadiga, estresse, ansiedade, depressão e Síndrome de Burnout entre profissionais e estudantes de enfermagem. Material e Método: Trata-se de estudo da abordagem quantitativa, analítico, quase experimental, de coorte prospectiva. O estudo será realizado junto a 1.214 profissionais de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, 146 da Estratégia Saúde da Família do município de Uberlândia, e 362 estudantes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. Na primeira etapa será aplicado um instrumento sobre: informações profissões sócioprofissionais/acadêmicas, uso de drogas (ASSIST), fadiga (DUFS), depressão (PHQ2) depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) e Síndrome de Burnout (MBI). Em seguida, será aplicada a técnica de Intervenção Breve junto aos sujeitos identificados com abuso de drogas. Na segunda etapa, um mês depois, o questionário será aplicado novamente junto a esses sujeitos para avaliação do impacto da técnica nos índices de abuso de drogas e fatores associados. Resultados esperados: Espera-se que a técnica de Intervenção breve diminua os índices de uso problemático de drogas, bem como o dos fatores associados e embasar propostas de intervenção breve de redução de danos para os problemas relacionados ao uso de álcool e ou de drogas, fadiga, depressão, ansiedade e estresse e elaborar um projeto preventivo. Descritores: Abuso de substâncias, Intervenção Breve, Profissionais de Enfermagem.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os pesquisadores:

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.585.311

**Objetivo Primário:**

- Avaliar o efeito da aplicação da técnica de Intervenção Breve sobre o uso problemático de álcool e outras drogas, associado ou não aos níveis de fadiga, estresse, ansiedade, depressão e Síndrome de Burnout entre profissionais e estudantes de enfermagem.

**Objetivo Secundário:**

- Descrever características sociodemográficas de trabalho ou acadêmicas, padrão do uso de álcool e outras drogas, nível de fadiga, estresse, ansiedade, depressão e Síndrome de Burnout entre profissionais e estudantes de enfermagem.

- Avaliar as possíveis relações entre as características sociodemográficas de trabalho ou acadêmicas, padrão do uso de álcool e outras drogas, nível de fadiga, estresse, ansiedade, depressão e Síndrome de Burnout entre profissionais e estudantes de enfermagem.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme os pesquisadores:

**Riscos:**

- Ser identificado nas duas etapas do estudo, e por isso, sofrer algum constrangimento pela natureza do estudo. Para minimizar esse risco o instrumento de coleta de dados será respondida de forma anônima; e o sujeito só será identificado para participar da segunda fase da pesquisa caso ele queira e deixe seu contato. Além do mais, após a divulgação dos resultados, todos os componentes da equipe executora se comprometem a manter sigilo da identidade do sujeito, sob pena de exclusão do estudo, caso isso por ventura possa ocorrer.

**Benefícios:**

Todo o projeto procurará seguir a Resolução 466/12 do CNS no que diz respeito aos critérios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

Contudo, deve-se considerar o risco de identificação do sujeito na primeira etapa da pesquisa. Nesse sentido, a equipe executora tentará minimizar os riscos com medidas como: os questionários respondidos pelos sujeitos serão entregues em envelopes fechados, além disso nessa fase, a equipe de pesquisa será dividida de modo que seja evitado que, quem coleta os dados tenha relação de autoridade e muito próxima ao sujeito de pesquisa.

Por exemplo: os alunos aplicarem os questionários em discentes que não seja da mesma sala, ou,

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica

**CEP:** 38.408-144

**UF:** MG

**Município:** UBERLÂNDIA

**Telefone:** (34)3239-4131

**Fax:** (34)3239-4335

**E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.585.311

o pesquisador que tenha relação profissional direta com a equipe de enfermagem do hospital ou da ESF, não faça coleta de dados junto a estes. Na segunda etapa, os riscos tentarão ser minimizados, após o tabulamento dos questionários serão identificados aqueles cujas pontuações do ASSIST indicaram abuso de drogas pelo pesquisador que aplicou diretamente cada questionário. Nesse caso, somente esse pesquisador saberá a identificação do sujeito (caso esse sujeito tenha permitido e deixado nome e telefone), e entrará em contato com mesmo, convidando para um encontro para aplicação da técnica de Intervenção Breve. Nessa etapa, será solicitada uma sala reservada na Universidade Federal de Uberlândia, o mais discreta possível, para as reuniões que acontecerão em data e horário a combinar. Três meses após o encontro o pesquisador entrará em contato novamente com sujeito e aplicará novamente o questionário, a fim de se avaliar se houveram mudanças. Portanto, para evitar conflito de interesses na pesquisa, a aplicação do questionário da e técnica de Intervenção Breve ficará da seguinte forma:- Os membros da equipe executora que são graduandos do curso de Enfermagem, docentes do curso, e enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde aplicarão junto aos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem do Hospital de Clínicas de Uberlândia.- Os membros da equipe executora que são graduandos do curso de Enfermagem, docentes do curso, e enfermeiro do Hospital de Clínicas de Uberlândia aplicarão junto aos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem da Estratégia Saúde da Família.- Os membros da equipe executora que são enfermeiro do Hospital de Clínicas de Uberlândia e enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde aplicarão junto aos estudantes do curso de Enfermagem da UFU. Importante salientar que aplicação da técnica de Intervenção Breve cumpre o papel de tê-los assistir o sujeito, e não apenas "identificar o problema". Nesse caso, se algum sujeito quiser receber o aconselhamento, porém não continuar no estudo, ele terá esse apoio normalmente pela a equipe pesquisadora. Nos casos em que se identificar necessidade de continuidade da assistência, o sujeito receberá informações como nomes de serviços, endereços, horários e telefones disponíveis na rede pública que trabalham nesses casos, a saber: CAPS AD da Prefeitura, CAPS AD UFU e Oficina da Vida da UFU. De qualquer forma, serão fornecidas por escrito as informações desses locais, a todos os participantes, independentes se participarão da segunda etapa ou não, para garantir que, aqueles sujeitos que não quiseram se identificar, tenham possibilidade de procurar assistência específica, caso desejarem.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma emenda, e segundo os pesquisadores:

"Como a coleta de dados ainda não iniciou, solicitamos a inclusão de outros dois questionários no

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica

**CEP:** 38.408-144

**UF:** MG

**Município:** UBERLÂNDIA

**Telefone:** (34)3239-4131

**Fax:** (34)3239-4335

**E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.585.311

instrumento de coleta de dados. Um que avalia mais precisamente o padrão de quantidade e frequência do uso de álcool, e outro que avalia comportamentos de saúde. Entendemos que esses dois instrumentos estão em consonância com os objetivos do estudo, e ainda fornecerão maiores subsídios para a realização das Intervenções Breves. Os demais procedimentos metodológicos (inclusive aspectos éticos envolvendo seres humanos) não sofrerão nenhuma mudança".

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Na emenda os pesquisadores solicitam que mais dois instrumentos de coleta de dados sejam adicionados; destaca-se que tais medidas estão alinhadas com os objetivos do estudo já apresentados no projeto anterior.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação da emenda proposta.

A emenda não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica

**CEP:** 38.408-144

**UF:** MG

**Município:** UBERLÂNDIA

**Telefone:** (34)3239-4131

**Fax:** (34)3239-4335

**E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.585.311

em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 ) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_663827 E1.pdf	18/02/2016 19:21:23		Aceito
Outros	INSTRUMENTOCOLETAPOSEMENTA.pdf	18/02/2016 19:15:46	Marcelle Aparecida de Barros Junqueira	Aceito
Outros	EMENTA.pdf	18/02/2016 19:14:25	Marcelle Aparecida de Barros Junqueira	Aceito
Outros	CARTA.pdf	23/10/2015 21:48:56	Marcelle Aparecida de Barros Junqueira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	23/10/2015 21:48:21	Marcelle Aparecida de Barros Junqueira	Aceito
Outros	FOLHA A PARTE QUE SERÁ ENTREGUE JUNTO COM O INSTRUMENTO DE COLETA DE	28/07/2015 11:19:21		Aceito
Outros	CO PARTICIPACAO SMS.pdf	24/07/2015 09:36:26		Aceito

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica

**CEP:** 38.408-144

**UF:** MG

**Município:** UBERLÂNDIA

**Telefone:** (34)3239-4131

**Fax:** (34)3239-4335

**E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.585.311

Outros	CO PARTICIPACAO HC.jpg	14/07/2015 11:02:23		Aceito
Outros	TERMO COMPROMISSO EQUIPE.jpg	14/07/2015 08:19:16		Aceito
Outros	CURRICULOS.doc	13/07/2015 19:23:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo_TCLE.pdf	13/07/2015 19:21:57		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO.jpg	13/07/2015 19:21:34		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERLANDIA, 06 de Junho de 2016

---

**Assinado por:**

**Sandra Terezinha de Farias Furtado**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica

**CEP:** 38.408-144

**UF:** MG

**Município:** UBERLANDIA

**Telefone:** (34)3239-4131

**Fax:** (34)3239-4335

**E-mail:** cep@propp.ufu.br

<b>PARTE A - INFORMAÇÕES SOCIAIS E DE TRABALHO E/OU ESTUDO</b>	
<b>Data da coleta:</b>	
<b>1.Você é: ( ) PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ( ) ESTUDANTE DE ENFERMAGEM</b>	
<b>Informações sócio demográficas e do trabalho somente para <u>PROFISSIONAIS</u></b>	
<b>2.Sexo:</b> ( ) feminino ( ) masculino	<b>3.Idade:</b> _____anos
<b>4.Religião:</b> ( ) católica ( ) evangélica ( ) espírita ( ) outras	
<b>5.Estado civil:</b> ( ) casado/amasiado ( ) solteiro ( ) viúvo	
<b>6.Escolaridade:</b> ( ) ensino fundamental ( ) ensino médio ( ) graduação	
<b>7.Profissão:</b> ( ) auxiliar de enfermagem ( ) técnico em enfermagem ( ) enfermeiro	
<b>8.Cargo que exerce atualmente:</b> ( ) auxiliar de enfermagem ( ) técnico em enfermagem ( ) enfermeiro	
<b>9.Tempo de exercício da enfermagem:</b> ____anos	<b>10.Local de trabalho:</b> HCU-UFU( ) ESF( )
<b>11.Setor de trabalho no HC:</b> ( ) materno-infantil ( ) pronto socorro ( ) ambulatorial ( ) centro cirúrgico ( ) UTI adulto e coronária ( ) internação clínica ( ) internação cirúrgica ( ) materiais e esterilização ( ) CEPEPE ( ) diretoria ( ) outros OU Setor da ESF: ( ) norte ( ) sul ( ) leste ( ) oeste ( ) central ( ) rural	
<b>12.Tempo de trabalho no HC ou ESF:</b> ____anos	<b>13.Turno de trabalho:</b> ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite
<b>14. Número de vínculos empregatícios:</b>	
<b>Informações sócio demográficas e do trabalho somente para <u>ESTUDANTES</u></b>	
<b>Data da coleta:</b>	
<b>15.Sexo:</b> ( ) feminino ( ) masculino	<b>16.Idade:</b> _____anos
<b>17.Religião:</b> ( ) católica ( ) evangélica ( ) espírita ( ) outras	
<b>18.Estado civil:</b> ( ) casado/amasiado ( ) solteiro ( ) viúvo	<b>19.Período letivo:</b>
<b>20.Já trabalha na área de enfermagem:</b> ( ) sim ( ) não	<b>21.Se sim, há quanto tempo:</b>
<b>22.Já reprovou em alguma disciplina:</b> ( ) sim ( ) não	<b>23.Se sim, em quantas:</b>

<b>PARTE B - ASSIST – OMS</b>		
<b>QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS</b>		
<b>1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3

h. alucinógenos	0		3		
i. Opióides	0		3		
j. outras, especificar	0		3		
<b>2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)</b>	<b>NUNCA</b>	<b>1 OU 2 VEZES</b>	<b>MENSALMENTE</b>	<b>SEMANALMENTE</b>	
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	
c. maconha	0	2	3	4	
d. cocaína, crack	0	2	3	4	
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	
f. inalantes	0	2	3	4	
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	
h. alucinógenos	0	2	3	4	
i. Opióides	0	2	3	4	
j. outras, especificar	0	2	3	4	
<b>3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)</b>	<b>NUNCA</b>	<b>1 OU 2 VEZES</b>	<b>MENSALMENTE</b>	<b>SEMANALMENTE</b>	<b>DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS</b>
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6
<b>4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?</b>	<b>NUNCA</b>	<b>1 OU 2 VEZES</b>	<b>MENSALMENTE</b>	<b>SEMANALMENTE</b>	<b>DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS</b>
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7

g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7
<b>5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?</b>	<b>NUNCA</b>	<b>1 OU 2 VEZES</b>	<b>MENSALMENTE</b>	<b>SEMANALMENTE</b>	<b>DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS</b>
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8
<b>6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) ?</b>	<b>NÃO, nunca</b>	<b>SIM, nos últimos três meses</b>	<b>SIM, mas não nos últimos três meses</b>		
a. derivados do tabaco	0	6	3		
b. bebidas alcoólicas	0	6	3		
c. maconha	0	6	3		
d. cocaína, crack	0	6	3		
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3		
f. inalantes	0	6	3		
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3		
h. alucinógenos	0	6	3		
i. Opióides	0	6	3		
j. outras, especificar	0	6	3		
<b>7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?</b>	<b>NÃO, nunca</b>	<b>SIM, nos últimos três meses</b>	<b>SIM, mas não nos últimos três meses</b>		
a. derivados do tabaco	0	6	3		
b. bebidas alcoólicas	0	6	3		
c. maconha	0	6	3		
d. cocaína, crack	0	6	3		
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3		
f. inalantes	0	6	3		
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3		
h. alucinógenos	0	6	3		
i. Opióides	0	6	3		
j. outras, especificar	0	6	3		
<b>8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)</b>	<b>Não, nunca</b>	<b>Sim, nos últimos três meses</b>	<b>Sim, mas não nos últimos três meses</b>		

**PARTE C - ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST – C (AUDIT - C)****QUESTIONÁRIO SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOOLICAS****1- Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?**

- (0) Nenhuma (3) 2 a 3 vezes por semana  
(1) Uma ou menos de uma vez por mês (4) 4 ou mais vezes por semana  
(2) 2 a 4 vezes por mês

**2- Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?**

- (0) 1 a 2 (1) 3 a 4 (2) 5 a 6 (3) 7 a 9 (4) 10 ou mais

**3- Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólica em uma ocasião?**

- (0) Nunca (1) Menos que mensalmente (2) Mensalmente (3) Semanalmente  
(4) Diariamente ou quase diariamente

**PARTE D - DUFS – AUTO RELATO - QUESTIONÁRIO SOBRE FADIGA**

Os sintomas da fadiga estão descritos na próxima página. Pedimos que você indique o quanto você apresenta de cada um desses sintomas. Marque um X em um dos cinco quadradinhos entre não e sim, sendo que o não significa que esta situação não ocorre com você e o sim significa que a situação ocorre sempre. Por favor, não deixe de responder sobre nenhum sintoma.

Abaixo há dois exemplos que lhe darão uma idéia de como responder às questões. Em quase todas as questões o aparece o termo ultimamente; ele se refere aos últimos 3 a 6 meses.

**Exemplos**

**Ultimamente, você tem dito pra si mesmo(a) que as coisas não são tão ruins?** (Se, se por exemplo, tem sido raro você dizer isso para si mesmo(a) ultimamente, marque o segundo quadradinho da esquerda para a direita).

NÃO &lt;-----&gt;SIM

☐ ☒ ☐ ☐ ☐

**Ultimamente, você tem evitado situações difíceis?**

(Se, se por exemplo, você sempre evita situações difíceis, marque o segundo quadradinho da extrema direita).

☐ ☐ ☐ ☐ ☒

NÃO &lt;-----&gt;SIM

**1. Ultimamente você tido uma sensação forte e constante de falta de energia?**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

**2. Ultimamente você tem observado que precisa de mais energia para dar conta das suas tarefas diárias?**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

**3. Ultimamente você tem se sentido sem disposição para fazer as coisas?**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

**4. Ultimamente você tem acordado com a sensação de estar exausto e desgastado?**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

**5. Ultimamente você tem tido necessidade de descansar mais?**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

**6. Ultimamente você tem conseguido fazer suas atividades do dia-a-dia?**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

**7. Ultimamente seu interesse por sexo, sua vontade de ter relações sexuais diminuiu?**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

**8. Tem sido mais difícil se concentrar em uma coisa por muito tempo?**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

**PARTE E - PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – TWO ITENS (PHQ-2)**  
**QUESTIONÁRIO SOBRE DEPRESSÃO**

Ao longo das últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?

	<b>Nenhuma vez</b>	<b>Vários dias</b>	<b>Mais da metade dos dias</b>	<b>Quase todos os dias</b>
<b>1.</b> Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
<b>2.</b> Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança	0	1	2	3

**PARTE F - DASS – 21 VERSÃO TRADUZIDA E VALIDADA PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL**  
**QUESTIONÁRIO SOBRE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE**

**Instruções**

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

**0** Não se aplicou de maneira alguma

**1** Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

**2** Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

**3** Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

<b>1</b>	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
<b>2</b>	Senti minha boca seca	0	1	2	3
<b>3</b>	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
<b>4</b>	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
<b>5</b>	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
<b>6</b>	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
<b>7</b>	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
<b>8</b>	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
<b>9</b>	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
<b>10</b>	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
<b>11</b>	Senti-me agitado	0	1	2	3
<b>12</b>	Ache difícil relaxar	0	1	2	3
<b>13</b>	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3
<b>14</b>	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
<b>15</b>	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
<b>16</b>	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
<b>17</b>	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
<b>18</b>	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
<b>19</b>	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
<b>20</b>	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
<b>21</b>	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **INTERVENÇÃO BREVE PARA O USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS E FATORES ASSOCIADOS EM PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DE ENFERMAGEM**, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Marcelle Aparecida de Barros Junqueira (coordenadora), Maria Cristina Moura Ferreira, Durval Veloso Silva, Vanessa Cristina Bertussi, Adriane Batista de Araujo, Gabriel Terêncio Soares, Laysa Oliveira Santos Dias, Priscilla Larissa Silva Pires**.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender: 1-o efeito da aplicação da técnica de Intervenção Breve sobre o uso problemático de álcool e outras drogas, associado ou não aos níveis de fadiga, estresse, ansiedade, depressão e Síndrome de Burnout entre profissionais e estudantes de enfermagem; 2 - descrever características sociodemográficas de trabalho ou acadêmicas, padrão do uso de álcool e outras drogas, nível de fadiga, estresse, ansiedade, depressão e Síndrome de Burnout entre profissionais e estudantes de enfermagem e 3 - avaliar as possíveis relações entre as características sociodemográficas de trabalho ou acadêmicas, padrão do uso de álcool e outras drogas, nível de fadiga, estresse, ansiedade, depressão e Síndrome de Burnout entre profissionais e estudantes de enfermagem.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido por um dos pesquisadores acima descritos que não estude ou trabalhe no mesmo local que você.

Na sua participação você **será submetido a aplicar um questionário inicialmente, e se necessário uma conversa de orientação, e três meses depois, a aplicação novamente do questionário**. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem em **você ser identificado e isso causar algum constrangimento**. Os benefícios serão **conhecer melhor alguns aspectos das condições de saúde do profissional ou estudante de enfermagem e receber uma orientação específica sobre uma dessas condições (no caso, o uso de abusivo de álcool e outras drogas)**.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Marcelle Aparecida de Barros Junqueira (coordenadora), Maria Cristina Moura Ferreira, Durval Veloso Silva, Vanessa Cristina Bertussi, Adriane Batista de Araujo, Gabriel Terêncio Soares, Laysa Oliveira Santos Dias, Priscilla Larissa Silva Pires**, pelos telefones (34) 3225-8604 ou (34) 3225-8603, na Universidade Federal de Uberlândia, Campus Umuarama - Bloco 2U, Av. Pará, 1720 - Bairro Umuarama, Uberlândia - MG - CEP 38400-902. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131

Uberlândia, ..... de .....de 200.....

---

Assinatura do pesquisador responsável pela coleta de dados

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Participante da pesquisa