

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

VANESSA CRISTINA BERTUSSI

**USO DE DROGAS, ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÃO ENTRE OS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

UBERLÂNDIA

2017

VANESSA CRISTINA BERTUSSI

**USO DE DROGAS, ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÃO ENTRE OS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

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

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marcelle Aparecida de Barros Junqueira.

UBERLÂNDIA

2017

**USO DE DROGAS, ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÃO ENTRE OS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT/UFU), Instituto de Geografia, como requisito à obtenção do título de mestre, examinado pela banca formada por:

Uberlândia, 24 de março de 2017.

Resultado:

Prof^a. Dr^a. Marcelle Aparecida de Barros Junqueira, UFU/MG

Prof^a. Dr^a. Lúcia Aparecida Ferreira, UFTM/MG.

Prof^a. Dr^a. Carla Denari Giuliani, UFU/MG.

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

B552u Bertussi, Vanessa Cristina, 1983-
2017 Uso de drogas, ansiedade, estresse e depressão entre os profissionais
de enfermagem da estratégia saúde da família / Vanessa Cristina
Bertussi. - 2017.

77 f. : il.

Orientadora: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira.

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. Universidade Federal de Uberlândia.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

"— É pecado sonhar?

— Não, Capitu. Nunca foi.

— Então por que essa divindade nos dá golpes tão fortes de realidade e parte
nossos sonhos?

— Divindade não destrói sonhos, Capitu. Somos nós que ficamos esperando, ao
invés de fazer acontecer."

Autor: Machado de Assis

Livro: Dom Casmurro

AGRADECIMENTOS

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

Ao Departamento de Gestão de Pessoas e à Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia - MG, por me incentivarem e ajudarem com meus estudos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Marcelle Barros, por seu apoio e amizade, além de sua dedicação, competência e especial atenção nas revisões e nas sugestões, que foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

A todos os professores, que de alguma forma contribuíram para minha formação ao longo da minha vida acadêmica.

Aos colegas da primeira turma do Mestrado Profissional em Saúde do trabalhador e saúde ambiental, por todo companheirismo e troca de saberes.

Aos alunos Isadora Brito, Fernada Bernadeli, Adriane Araújo, Priscilla Larissa, Rubbianne Monteiro e Gabriel T. Soares, pela ajuda com os questionários da pesquisa. Sem vocês, eu não teria conseguido.

Ao amigo Durval, por ter dividido comigo todas as angústias e alegrias no decorrer do mestrado.

À minha família, que nunca poupou esforços para estar comigo e que sempre me motivou, incentivou e apoiou nessa caminhada. Amo vocês.

À minha irmã, Thais Regina Bertussi, pela ajuda profissional na correção desta dissertação.

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

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar os níveis de estresse, ansiedade e depressão, e o uso de álcool e outras drogas, nos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. Foi desenvolvido um estudo quantitativo, exploratório e transversal com 74 enfermeiros e 96 auxiliares/técnicos de enfermagem das equipes de Saúde da Família de Uberlândia (MG). Para coleta de dados foi utilizado um questionário sobre informações sociodemográficas e ocupacionais, um questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST), o Teste para Identificação do Uso de Álcool (AUDIT) e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). O nível de significância (valor de p) foi estabelecido em 0,05 para todas as variáveis. Foram realizadas análises descritiva dos dados apresentados em frequência absoluta e relativa; e análise bivariada dos dados, com Teste de Qui-Quadrado e Teste Coeficiente de correlação por postos de Spearman. O estudo mostrou que a maioria dos profissionais são do sexo feminino (93,8%), estado civil casados (66,1%), da faixa etária de 30 a 39 anos (42%), técnicos de enfermagem (48,2%). Quanto ao uso de drogas, 44,6% dos participantes referiram usar álcool em *binge*, 2,7% fazem uso de risco de tabaco, e 0,9% de sedativos. Foi encontrado que 16,2% dos entrevistados possuem algum grau de depressão, assim como 15,3% estresse e 20,2% ansiedade. O consumo de álcool em *binge* e de tabaco foi associado ao sexo masculino, e o uso de sedativos ao número de vínculos. Houve uma correlação positiva da depressão com: o tempo de trabalho de 6 a 10 anos de atuação ($p=0,04$), o uso de álcool ($p=0,047$), o estresse ($p=0,000$), e a ansiedade ($p=0,000$). O uso problemático de álcool, seja de forma abusiva (0,002), ou em *binge* ($p=0,020$) também está correlacionado com o uso de tabaco. Por fim, conclui-se que o consumo de álcool entre os profissionais de enfermagem apresentou índices semelhantes ao da população geral, a ocorrência de depressão apontou uma frequência preocupante nesse público; além de perceber que a literatura sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas por profissionais de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família é escassa, merecendo maiores investigações nesse público; destaca-se também a importância de maiores investimentos em atenção à saúde do trabalhador junto a esse contexto.

Palavras-chave: Drogas de Abuso. Depressão. Ansiedade. Estresse. Saúde da Família. Saúde do Trabalhador. Enfermagem.

ABSTRACT

This work aimed to analyze the levels of stress, anxiety and depression, and the use of alcohol and other drugs, among the nursing personnel who work with Family Health Strategy. It was developed a quantitative, exploratory and cross-sectional analysis with 74 nurses and 96 nursing technician and auxiliaries, in the city of Uberlandia – MG, Brazil. For the data collection, it was used a questionnaire about sociodemographic and occupational topics, and other questionnaires, such as: ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) and DASS – 21 (Depression, Anxiety and Stress scale). The significance level (p) was established in 0.05 for all variables. Descriptive analyses of the data presented in absolute and relative frequency were conducted; as well as bivariate data analyses, using the chi-squared test and the Spearman's correlation coefficient test. This study showed that the biggest part of nursing professionals are female (93.8%), married (66.1%), aged between 30 and 39 years old (42%), nursing technician (48,2%). Related to drugs abuse, among the interviewed professionals, 44.6% mentioned to use alcohol in binge, 2.7% presented risky consumption of tobacco and 0.9% use sedatives. It was detected that 16.2% presented some level of depression, 15.3% of stress and 20.2% of anxiety. The binge drinking and the use of tobacco was associated to males, and the use of sedatives to the employment number. There was a positive correlation with duration of employment between 6 and 10 years ($p=0.04$), the alcohol consumption ($p=0.047$), stress ($p=0.000$) and anxiety ($p=0.000$). The problematic consumption of alcohol, whether in abusing way ($p=0.002$) or binge drinking ($p=0.020$) is also related to tobacco use. Finally, it was possible to conclude that the consumption of alcohol among the nursing professionals presented similar results when compared to the general population. The cause of depression indicated an alarming frequency among these professionals. In addition, it was possible to notice that the literature about the use of alcohol and other drugs among the nursing professionals of the Family Health Strategy is scarce, which deserves more investigation. It also highlights the importance of investments related to the worker's health in this context.

Key words: Drugs of abuse. Depression. Anxiety. Stress. Family Health. Worker's Health. Nursing Professionals.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
CEP/UFU	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DASS	Depression, Anxiety and Stress scale
DAB	Departamento de Atenção Básica
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno
EADS-21	Escalas de Ansiedade Depressão e Estresse
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
SAGE	Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
SPSS	Statistical Program of Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica dos profissionais que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112).....	32
Tabela 2	Caracterização ocupacional dos profissionais que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112).....	33
Tabela 3	Nível de risco de uso de álcool, tabaco e outras drogas entre profissionais de enfermagem que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112).....	34
Tabela 4	Valores do questionário DASS respondidos pelos profissionais de enfermagem que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112).....	35
Tabela 5	Associação entre características sociodemográficas e uso problemático de álcool, tabaco e sedativos entre profissionais que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112).....	36
Tabela 6	Associação entre características sociodemográficas e ocupacionais e a depressão, estresse e ansiedade entre profissionais que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112).....	37
Tabela 7	Correlação entre os níveis do uso de álcool, tabaco e sedativos e depressão, estresse e ansiedade entre profissionais que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112).....	38

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
1.INTRODUÇÃO	3
2.REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.OBJETIVOS	22
4.MATERIAIS E MÉTODOS	24
5.RESULTADOS	31
6.DISSCUSSÃO	39
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	54
ANEXO.....	63
APÊNDICES	72

APRESENTAÇÃO



Ao construir o Relatório de Pesquisa, visando a qualificação da minha dissertação, pude recordar e analisar de forma crítica e ponderada as atividades desenvolvidas durante o curso, rever os objetivos das disciplinas, a importância de todos os créditos realizados, a convivência prazerosa e os desafios pessoais enfrentados durante esta jornada.

Indubitavelmente, o mestrado representou uma importante etapa da minha vida acadêmica e profissional. Ingressei nessa área de atuação como Coordenadora de Atenção Básica da Fundação de Saúde do Município de Uberlândia, instituição que vivenciou enormes desafios durante o período em que lá trabalhei. Um desses desafios, inclusive, faz parte da minha dissertação: a contratação de profissionais para atuar na saúde do município de Uberlândia.

Por acreditar que a Atenção Básica do município enfrentava importantes desafios, e muitos deles relacionados à estrutura da organização onde trabalhava, tive que deixar o meu cargo de coordenadora e retornar ao campo, no qual os desafios eram mais evidentes.

Toda essa caminhada foi muito difícil e gerou diversas discussões nesta dissertação. Contudo, o ponto marcante dessa trajetória foi a etapa final, em que questões pessoais e de saúde impuseram um ritmo reduzido de trabalho. Assim, mesmo o relatório contendo uma grande parte do que se tornaria a minha dissertação final, a redação desta não foi uma tarefa fácil.

Dessa forma, tenho muita satisfação de apresentar esta dissertação, escrita entre tantos problemas que me circundaram. Nela faço uma discussão sobre o estresse, a ansiedade e a depressão, relacionando-os com o uso de álcool e de outras drogas entre os profissionais de saúde.

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

O referencial teórico deste trabalho contém três temas de discussão: a saúde do trabalhador, a precarização do trabalho e a saúde e o adoecer do trabalhador na Atenção Básica.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é compreendida como o ponto de atenção em saúde mais próximo dos locais de moradia e de trabalho dos indivíduos, configurando-se, assim, como o serviço prioritário para assistir as novas necessidades e problemas ao longo do tempo (STARFIELD, 2002). Esse ponto de atenção em saúde é compreendido, dentro dos sistemas de atenção à saúde, como porta de entrada e ordenadora de todo sistema (AQUINO et al., 2014).

As primeiras experiências de APS vivenciadas no Brasil datam da década de 1920. Desde então, diversos ciclos de estruturação foram vivenciados no país até o momento atual, conhecido como ciclo da Atenção Básica (MENDES, 2012), cuja nomenclatura foi adotada no Brasil para contrapor-se à proposta político-ideológica de APS destinada às populações carentes. Além disso, a Atenção Básica resgata a intencionalidade da universalidade da APS da Declaração de Alma-Ata, considerando esse serviço como reorientador do modelo de assistência à saúde (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Por Atenção Básica compreende-se o conjunto de ações integrais de saúde desenvolvidas tanto no âmbito individual quanto no coletivo, com o objetivo de impactar na situação da saúde e na autonomia das pessoas. Atuando no nível comunitário, ela exerce práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, que levam em consideração a dinamicidade existente no território. Essas ações são pautadas no trabalho em equipe e no uso de tecnologias de cuidado complexas e variadas (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário da Atenção Básica, pois adota um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação. Os princípios ordenadores da atenção básica são acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, responsabilização, coordenação e resolubilidade (BRASIL, 2012).

Esse ciclo iniciou-se em 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), cujas ações passaram a ser consideradas estratégicas para a reestruturação da Atenção Básica em saúde no país, passando a ser conhecida como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL 2012). A ESF pressupõe rupturas com as práticas tradicionais e hegemônicas de saúde, centrando-as nos princípios de vigilância à saúde (assistência integral, abrangendo todo o processo saúde-doença), reconhecendo os sujeitos também na centralidade da proposta por meio de seus

princípios, como a humanização das práticas de saúde, o estímulo à participação popular e o reconhecimento da saúde como direito do cidadão (FARAH, 2006).

O funcionamento adequado da ESF é capaz de resolver cerca 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

A ESF busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde e na qualidade de vida da população assistida. O trabalho das equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e de trocas de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (ACS), construindo vínculo com a comunidade e envolvimento com a realidade local (SOUZA, 2003).

Na ESF, a atenção está focada na saúde, tendo como sujeitos do processo de ação o indivíduo, a família e a comunidade em seu espaço vital, para melhor compreensão dos fatores determinantes do processo saúde-doença. Isso permite intervenções de maior significação social. A Estratégia de Saúde da Família está direcionada para a promoção da equidade, por isso faz discriminação positiva e seleciona o público-alvo e as formas de atenção. Ela também reforça que não se trata de um modelo simplista de atuação para grupos populacionais desprovidos econômica e socialmente, e desenvolve uma assistência integral, “[...] não recortando a população em fatia”. (BRASIL, 1996, p.21).

A implantação da ESF no Brasil experimentou uma expressiva expansão de cobertura na última década, com ritmos diferentes entre as regiões e porte populacional dos municípios. Dados administrativos do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde apontavam que, no ano de 2012, 95% dos municípios brasileiros contavam com um total de 33.404 equipes implantadas, com potencial para abranger 55% da população brasileira (BRASIL, 2011).

Apesar do seu expressivo avanço, a expansão da ESF em grandes centros urbanos, onde encontrava uma estrutura de serviços mais consolidada, teve o desafio de combinar diversas estratégias de emprego, utilizando-se de diferentes vínculos trabalhistas (MENDONÇA, 2000).

Diante desse cenário de desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil, o

município de Uberlândia é marcado por dois picos de implantação de equipes de Saúde da Família: 30 em 2003 e 23 em 2014. Nos demais anos, o município mostrou uma baixa implantação de equipes, o que gerou um atraso no desenvolvimento de um sistema de saúde pautado na Atenção Básica, como observado no Estado de Minas Gerais e até mesmo na União (Dados da Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde).

As equipes de Saúde da Família são compostas por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. À essa equipe podem ser somados os profissionais de saúde bucal, como cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Além das atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Saúde da Família descritas pela Política Nacional de Atenção Básica, cabe ao enfermeiro prestar atenção longitudinal à saúde dos indivíduos e das famílias de modo oportuno; realizar a consulta de enfermagem e atendimentos em grupo; mesclar a atenção programada à demanda espontânea; responsabilizar-se pelo planejamento, avaliação e gerenciamento do trabalho dos agentes comunitários de saúde; contribuir, participar e realizar atividades de educação permanentes; e participar do gerenciamento de insumos. Observa-se pelas atribuições que os enfermeiros acumulam tanto atividades de assistência como também de gestão, tendo que responsabilizar-se pelo trabalho dos agentes de saúde (BRASIL, 2012).

Quanto ao técnico e ao auxiliar de enfermagem, as atribuições parecem se derivar daquelas definidas para o enfermeiro no que diz respeito a atenção ao paciente. Dessa forma, são atribuições específicas dos profissionais de nível médio participar, de acordo com as suas competências, das atividades de atenção à saúde da comunidade nos ambientes da unidade, no domicílio e nos demais espaços comunitários; realizar atividades de atenção à demanda programada e espontânea; realizar atividades de educação em saúde; participar do gerenciamento de insumos; e contribuir nas ações de educação permanente (BRASIL, 2012).

O trabalho desenvolvido pelos profissionais de enfermagem impacta diretamente sobre a qualidade da atenção em saúde prestada aos pacientes. Apesar de sua importância no contexto de toda Saúde da Família, os profissionais de

enfermagem se deparam com diversos problemas, como sobrecarga de trabalho, excesso de demanda, déficits na estrutura física, falhas no funcionamento da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), insatisfação com salário e com a jornada de trabalho, escassez de recursos humanos e a sobrecarga causada pela realização de atividades administrativas (PINTO et al., 2017).

O acúmulo de funções pelo enfermeiro resulta em uma prática curativista, com poucas ações de promoção e prevenção em saúde. Segundo os autores Baratieri e Marson (2012), a manutenção de um modelo curativo está interligada a sobrecarga de trabalho, uma vez que na ausência de tempo suficiente para o desenvolvimento das atividades preventivas e de vigilância em saúde, o enfermeiro eticamente opta por dar resposta às questões mais urgentes.

Por fim, é preciso pontuar que os trabalhadores da Atenção Básica apresentam elevadas prevalências de problemas de saúde, inclusive de saúde mental, tais como depressão, estresse, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (DILÉLIO, 2012). Para Goulart e outros (2013), a depressão, o estresse, a ansiedade e o cansaço podem associar-se ao abuso de drogas, como álcool, tabaco, calmantes e outros, que são manifestações comuns relacionadas ao adoecimento associado ao trabalho.

Considerando tal panorama, este estudo teve como objetivo correlacionar os transtornos mentais associados ao trabalho na Atenção Básica com o uso problemático de álcool e de outras drogas entre os profissionais de enfermagem na ESF, no município de Uberlândia - MG. Espera-se que o estudo contribua para que os serviços de saúde, gestores e trabalhadores reflitam sobre o ambiente de trabalho, as condições de trabalho, os processos vivenciados e a assistência prestada a esses profissionais da saúde. Assim, será possível pensar em estratégias de prevenção, tratamento e acompanhamento dos profissionais que apresentarem os fenômenos estudados. Além disso, percebeu-se a existência de poucos artigos na literatura que estudem a relação entre uso de drogas e transtornos mentais na Atenção Básica, sendo menor ainda o volume de trabalhos conduzidos com os profissionais de enfermagem.

Dessa forma, este trabalho contribui para a literatura na produção de material sobre os trabalhadores da Atenção Básica, permitindo refletir, discutir, desenvolver e fomentar ações voltadas para a saúde desses trabalhadores de enfermagem, intensificando e ampliando o olhar sobre quem tem a responsabilidade de cuidar de

outras vidas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. *A Saúde do Trabalhador*

A Saúde do Trabalhador pode ser definida como um campo de práticas e de conhecimentos que buscam compreender e intervir nas relações de trabalho e saúde-doença. Ela pode ser entendida, ainda, como prática teórica interdisciplinar (devido à geração de conhecimento), e prática político-ideológica (pela superação das relações de poder e conscientização dos trabalhadores), sendo ambas desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum (LACAZ, 2007; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

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 das mulheres nos espaços de trabalho contribui decisivamente para 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 recente publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) reitera que a atenção primária em saúde seja ordenadora da rede de atenção no SUS, à medida que objetiva promover a integração com os demais componentes da vigilância em saúde, bem como mudanças substanciais nos processos de trabalho (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNST, as equipes da APS, juntamente com os demais pontos de atenção da rede, as referências técnicas em saúde do trabalhador e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), devem desenvolver ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde dos mesmos (DIAS, 2013).

As Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis por definir diretrizes, regular, pactuar e executar as ações de Saúde do Trabalhador, tendo como eixo a APS. O planejamento e a hierarquização das ações de Saúde do Trabalhador na

APS devem estar embasados no perfil produtivo e na situação epidemiológica, bem como explicitados no Plano Municipal de Saúde (DIAS, 2013).

A realização de ações em Saúde do Trabalhador na APS deve partir da identificação do território, da população economicamente ativa (por sexo e faixa etária), do mapeamento das atividades produtivas existentes na área, da identificação dos integrantes das famílias que sejam trabalhadores, da observação dos vínculos empregatícios, dos desempregados e dos que iniciam o trabalho precocemente. Deve, ainda, levantar os riscos para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, além de acidentes e/ou doenças relacionados ao trabalho (BRASIL, 2001).

Para tanto, compete aos serviços da rede básica organizar e analisar os dados obtidos em visitas domiciliares; incluir o item ocupação e ramo de atividade em toda ficha de atendimento individual de crianças acima de cinco anos, adolescentes e adultos; planejar e executar ações de vigilância nos locais de trabalho; desenvolver, juntamente com a comunidade e instituições públicas, ações para a solução dos problemas encontrados; e considerar o trabalho infantil como alerta epidemiológico (BRASIL, 2001).

É importante ressaltar que desenvolver ações educativas e de promoção à saúde é fundamental, pois elas contribuem para o empoderamento dos trabalhadores na luta por melhores condições de vida e de trabalho. Essas ações requerem o estabelecimento de uma relação de confiança com o usuário, um vínculo que possibilite o diálogo e exija dos ACS e dos demais profissionais o aperfeiçoamento da escuta do usuário sobre suas condições de vida e de saúde, sua percepção sobre o trabalho, bem como os fatores de risco presentes nas atividades realizadas, as repercussões sobre sua saúde e as medidas de proteção disponíveis (DIAS, 2013).

Em relação aos casos de acidente ou doença relacionados ao trabalho, a equipe de saúde deve realizar a condução clínica dos casos de menores complicações; efetuar encaminhamento dos casos de maior complexidade para serviços especializados em Saúde do Trabalhador; realizar a notificação nos sistemas de informação; investigar o local de trabalho; prestar orientações trabalhistas e previdenciárias; solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho; e discutir com o trabalhador as causas de seu adoecimento (BRASIL, 2001).

Apesar de muitos profissionais reconhecerem a importância da saúde para o trabalho e da existência de um caderno temático com informações voltadas à Saúde do Trabalhador na APS, sabe-se que na prática dos serviços muitas ações em Saúde do Trabalhador são efetuadas pontualmente ou mesmo inexistem no planejamento das equipes.

Dessa forma, é de suma importância que os trabalhadores da saúde estejam atentos e capacitados para realizarem o reconhecimento dos processos produtivos no território estipulado, o mapeamento das principais atividades exercidas pelos sujeitos naquela área, o levantamento dos riscos ocupacionais, a identificação do trabalho formal/informal, e a compreensão dos problemas ambientais gerados pelos atos laborativos e a intervenção sobre eles (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Os desafios para a real implementação dessas ações são inúmeros, por isso é necessário que haja mudança nos processos de trabalho, investimento sólido na educação permanente e suporte técnico para as equipes, além do fortalecimento dos mecanismos de participação popular.

Sendo assim, a discussão acima é uma das vertentes da Saúde do Trabalhador na Atenção Básica; porém, se mudarmos o olhar para o trabalhador da área da saúde na Atenção Básica e para as ações desenvolvidas para o cuidado com esse profissional, notam-se grandes vazios assistenciais e de literatura.

O panorama recente revela que, para o funcionamento de um bom atendimento em saúde, faz-se necessário um equilíbrio por parte de quem cuida; ou seja, o cuidador precisa estar sentindo-se 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 ou com a 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 à 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 enfermeiros, sentem a necessidade de acompanhamento e preparação no que diz respeito à sua rotina diária de estresse e

de pressão por parte da direção e coordenação dos hospitais ou órgãos da saúde, e do próprio paciente. Além disso, é necessário um preparo emocional do profissional que irá, conseqüentemente, se expor e se colocar como ferramenta de trabalho. Outro aspecto fundamental nesse processo é a disponibilidade do enfermeiro para entender e lidar com a “pessoa inteira”, uma vez que, para isso, ele se coloca diante da sua própria existência (ESPERIDIÃO, 2001).

Entretanto, observa-se que as ações dos governos e das instituições estão mais voltadas para o lado dos usuários; ou seja, todo o cuidado com o espaço da promoção da saúde e seus recursos humanos e tecnológicos focaram na clientela externa, onde a atenção sempre foi voltada para o ser doente, mas nunca ao cuidador, ficando o profissional de saúde em segundo plano (PIRES, 2005; TEIXEIRA, 2005).

As enfermidades que acometem os trabalhadores em saúde são mais perceptíveis quando já estão em um estágio avançado, ou pela observação de comportamentos cotidianos que sinalizam que algo está errado, como em momentos críticos em que devem tomar decisões emergenciais. Elas podem se manifestar na alteração frequente de humor, alto nível de estresse, alcoolismo e 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, também, são os desafios que se aceita enfrentar quando se está lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

3.2. *Precarização do trabalho no contexto da Atenção Básica*

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 na 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), comparadas à demanda por recursos humanos, resultaram na proliferação de contratos de trabalho pouco regulamentados 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. No cenário da Atenção Básica, destacam-se os profissionais de enfermagem de diferentes categorias, isto é, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cada qual com atribuições específicas e graus de instrução diferenciados. Esses profissionais sofrem influências dos vínculos trabalhistas deficientes e do aumento significativo das suas atribuições ao longo dos anos. Além da precarização dos recursos humanos, dos materiais, do próprio ambiente de trabalho e da forma como se executa o cuidado, a pressão sobre o trabalhador vem aumentando em relação ao seu desempenho e à sua capacitação, podendo levá-lo ao desgaste emocional e, conseqüentemente, ao adoecimento (NAVARRO, 2006).

Observa-se no 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 na Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Apesar do vínculo empregatício constituir-se 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.

Em seu estudo sobre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, Carreiro (2010) afirma que as equipes de Saúde da Família enfrentam situações desfavoráveis, muitas vezes com sobrecarga de trabalho e relações interpessoais conflituosas, que, somadas às condições sociais negativas da população, podem

acarretar em um desgaste psíquico.

Nesse sentido, Akhtar-Danesh e Landeen (2007) afirmam que os baixos salários impactam fortemente sobre a saúde mental; e Schimidt, Dantas e Marziale (2011) sinalizam uma maior ocorrência de sintomas de ansiedade diante de condições de trabalho, como falta de recursos materiais e humanos, baixos salários, falta de estabilidade no emprego, mudanças repentinas de função, acúmulo de tarefas, entre outros. Já para Barbosa (2010), as formas terceirizadas e flexibilizadas de trabalho submetem o profissional às organizações de trabalho não regulamentadas, o que promove o medo, a insegurança e a ansiedade.

Como alternativas ao estado precário de trabalho encontrado entre os trabalhadores de enfermagem, Marnetti e Marziale (2007) evidenciam que mudanças precisam ser realizadas no ambiente organizacional de trabalho, para atuar sobre fatores como o suporte administrativo, o relacionamento interpessoal e a divisão adequada do trabalho entre um número suficiente de profissionais.

3.3. *A saúde e o adoecer do trabalhador da Atenção Básica*

Os trabalhadores inseridos na Atenção Básica são os que estabelecem o primeiro contato com os usuários desse sistema. São muitas as pessoas que procuram essas unidades de saúde para diagnóstico, tratamento, prevenção, orientação ou, até mesmo, diálogo e atenção. Esses fatores exigem dos profissionais conhecimento técnico, habilidades para a comunicação, relacionamento socioprofissional, trabalho em equipe, entre outros (DAVID et al., 2009). Os funcionários mais susceptíveis aos problemas de saúde ocupacional mental são aqueles que interagem a maior parte do tempo com pessoas que necessitam de sua ajuda, como os profissionais de enfermagem. (BABA; GALAPERIN; LITUCHY, 1999).

Devido à essa peculiaridade na Atenção Básica, faz-se necessário que os profissionais de saúde (principalmente os da área de enfermagem) estejam atentos à sua saúde física e mental, para evitar adoecimentos e comorbidades decorrente do trabalho.

Segundo dados fornecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 90% da população mundial já foram afetados pelo estresse, o que caracteriza uma epidemia global. O estresse excessivo incapacita o ser humano para o trabalho e

para o convívio social. Pesquisas sobre o adoecimento de profissionais dentro do ambiente de trabalho tem sido de suma importância para o conhecimento da situação e para a procura de caminhos para aliviar esse problema, sendo esse um dos mais importantes para o desgaste emocional, o descontrole em situações de alta demanda de trabalho, a sensação de cansaço e fadiga, e as alterações na saúde física e mental (CALDERERO, 2008).

Segundo Selye (1956), a palavra estresse vem do inglês *stress*. Este termo foi usado inicialmente na física para traduzir o grau de deformidade sofrido por um material quando submetido a um esforço ou tensão, e transpôs este termo para a medicina e biologia, significando esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações consideradas ameaçadoras à sua vida e ao seu equilíbrio interno.

Pode-se definir o estresse a partir do enfoque nos estressores organizacionais, que permitem diferenciar dois tipos de estudos: os de estresse ocupacional e os de estresse de forma geral. O ocupacional enfoca nos estressores relacionados ao ambiente de trabalho, e os de forma geral, nos estressores gerais na vida do indivíduo (PASCHOAL; TAMAYO, 2006). Kyriacow e Sutcliffe (1981 apud CAMELO; ANGERAMI, 2004) definem o estresse ocupacional como um estado emocional desagradável, devido à tensão, frustração, ansiedade e exaustão emocional, em função de aspectos do trabalho definidos pelos indivíduos como ameaçadores.

Esse tipo de estresse agrava-se quando há por parte do indivíduo a percepção das responsabilidades e poucas possibilidades de autonomia e controle, gerando dificuldades em adaptar-se à essas situações. Dessa forma, a adaptação de um indivíduo à uma nova situação requer um investimento de recursos, que vai depender do seu tipo de comportamento, de suas crenças e de suas expectativas frente ao mundo (PASCHOAL; TAMAYO, 2006).

Em 1988, a Enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante do setor público, já que o estresse ocupacional ao exercício de qualquer profissão está intimamente ligado à satisfação no trabalho e ao bem-estar físico e mental dos profissionais (COOPER; MITCHEL, 1990).

Essa situação entre os profissionais de enfermagem é um fator importante a ser compreendido, uma vez que a profissão é caracterizada como estressante em função da intensa carga emocional decorrente da relação paciente-enfermeiro, e das

responsabilidades atribuídas a estes profissionais (GUIMARÃES; GRUBITS, 1999).

A equipe da área da saúde, que trabalha na Atenção Básica no âmbito da ESF, depara-se em seu cotidiano com conflitos familiares e sociais, bem como o estresse da violência urbana e das áreas rurais, afetando-lhes diretamente devido ao seu trabalho em áreas de periferias e comunidades carentes (SIQUEIRA, 2013).

Estressores como falta de estrutura física para o desempenho de atividades, falta de reconhecimento profissional, alta demanda de atendimentos, carga horária elevada, baixa remuneração, trabalho repetitivo, interrupção de suas tarefas antes de serem completadas, falta de segurança do trabalho, entre outros, podem incapacitar esses profissionais de realizarem seus trabalhos de maneira satisfatória, interferindo na relação do profissional com a população, levando a um prejuízo na assistência prestada, como também interferindo na qualidade de vida desses trabalhadores (FERREIRA, 2006).

Os enfermeiros das ESF estão expostos a vários fatores de risco para o estresse, e a literatura pesquisada apresenta escassez na produção sobre esse importante tema de saúde coletiva, sendo uma lacuna que sugere a realização de mais estudos, com a finalidade de contribuir para o debate, entendimento e aprimoramento das políticas de saúde do trabalhador no sistema de saúde brasileiro, especificamente na ESF (LEONELLI, 2013).

Em uma análise ampla sobre a renda e o trabalho, Akhtar-Danesh e Landeen (2007) afirmam que os baixos salários impactam fortemente sobre a saúde mental, uma vez que os episódios depressivos estiveram significativamente relacionados à renda familiar.

Além do estresse, tem-se também o transtorno de ansiedade, que tem acometido cada vez mais a população em geral e os trabalhadores. Esses transtornos correspondem à categoria mais frequente 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 transtorno, principalmente em ambientes de trabalho (ANDRADE et al, 2013).

A ansiedade é considerada como um estado de tensão, de apreensão e de desconforto, que se originam de um perigo interno ou externo iminente, podendo ser resposta ao estresse ou ao 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 e

aumento do período de vigília ou alerta. Quanto às manifestações fisiológicas, o indivíduo apresenta sintomas neurovegetativos, tais como insônia, taquicardia, palidez, aumento da respiração, tensão muscular, tremor, tontura, desordens intestinais, entre outros (BRAGA, 2011).

A sobrecarga de trabalho pode significar um fator desencadeante de ansiedade entre profissionais enfermeiros, visto que, em maioria, são do sexo feminino, e muitas vezes acrescentam outra jornada de trabalho, seja cuidando da casa e/ou sendo responsáveis pela educação dos filhos, acrescido à falta de reconhecimento e valorização das atividades desempenhadas, tanto por colegas da equipe de trabalho quanto por gestores das instituições.

Kessler (2012) destaca como fator de desgaste no trabalho o excesso de exigências burocráticas nas solicitações e nos encaminhamentos de exames e consultas especializadas, o que causa uma lentidão no fluxo do serviço.

Além do estresse e da ansiedade, outro transtorno mental bastante comum é a depressão, na qual os sintomas de ansiedade também são muito frequentes. Os episódios depressivos caracterizam-se por humor triste e pela perda de interesse e de prazer nas atividades cotidianas, sendo comum uma sensação de fadiga aumentada. Pode haver queixa de dificuldade de concentração, presença de baixa autoestima e autoconfiança, desesperança, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro e ideias ou atos suicidas (BRASIL, 2001).

Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a depressão é classificada entre os transtornos de humor e pode ser classificada em três graus: leve, moderado ou grave. Na depressão, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, da energia e da atividade, perda do interesse e do prazer, diminuição da capacidade de concentração, problemas do sono, e diminuição do apetite, da autoestima e da autoconfiança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE - OMS, 2017)

De forma complementar, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria, classifica os transtornos depressivos em transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido à outra condição médica, transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não

especificado, sendo comum entre eles a presença de humor triste, vazio ou irritável, que afetam a capacidade de funcionamento do indivíduo. Dessa forma, diferentemente do CID-10, o DSM-5 classifica os transtornos depressivos quanto à duração, ao momento ou à etiologia presumida (American Psychiatric Association, 2014).

Ao revisar a literatura científica entre os anos de 1995 e 2005 sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem, Marnetti e Marziale (2007) constatam que a depressão tem acometido frequentemente os trabalhadores de enfermagem. Dentre os fatores desencadeadores, estão os setores de atuação profissional, o turno de trabalho, o relacionamento interpessoal, a sobrecarga de atividade, o serviço desempenhado, os problemas na escala, 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 demais membros das equipes de saúde.

Desse modo, o estresse, a ansiedade e a depressão causam grandes prejuízos na qualidade de vida e no funcionamento dos indivíduos, interferindo significativamente tanto nas atividades normais diárias quanto nas habilidades funcionais no local de trabalho (WELLS et al., 1989).

Vale ressaltar que o abuso de substâncias para combater esses sintomas é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais. A comorbidade entre manifestações de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de drogas e de outros transtornos psiquiátricos vem sendo estudada desde a década de 1980 (ZALESKI, et al., 2006).

Silva e Botti (2011), por meio de uma análise da literatura sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas por profissionais de saúde, verificaram taxas preocupantes de consumo de drogas, com ênfase em drogas legais, como álcool e tabaco. Os autores demonstram a sua preocupação com o assunto, pois há muitas evidências sobre o consumo desde a graduação.

Assim, é importante conceituar o que é droga e entender a diferença entre os termos “uso, abuso e dependência de substâncias”, isso 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, ao ser introduzida no organismo, modifica suas funções. As drogas naturais são obtidas por

meio de determinadas plantas, de animais e de alguns minerais, como a cafeína (do café), a nicotina (presente no tabaco), o ópio (na papoula) e o tetrahydrocannabinol (da maconha). As drogas sintéticas são fabricadas em laboratório, exigindo técnicas especiais. O termo “droga” é utilizado com várias interpretações, mas comumente suscita a ideia de uma substância proibida, de uso ilegal e nocivo ao indivíduo, modificando suas funções, as sensações, o humor e o comportamento (LONGENECKER, 1998).

As drogas estão classificadas em três categorias: as estimulantes, os depressores e os perturbadores 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, por via oral, por injeção intravenosa ou aplicada por 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 o parágrafo único do artigo 1º da Lei número 11.343, de 23 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006).

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 para a dependência (PILLON, 2004).

Já a dependência ocorre quando não existe controle sobre o uso, causando problemas reais à saúde. O consumo se torna uma compulsão, já 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 (PILLON, 2004).

O álcool, por sua vez, é tão amplamente utilizado que muitas pessoas não o

veem como uma droga e podem não perceber que ele pode ser prejudicial. Um padrão de consumo de álcool de alto risco é o que chamamos de *binge*. O *binge drinking* geralmente refere-se 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 beber em *binge* (FLORIPES, 2008).

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).

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 onexo causal entre tais aspectos (LIMA, 2003). Velasco (2014), em seu estudo sobre o estresse do profissional de enfermagem da ESF, mostrou que 30,8% dos trabalhadores de enfermagem percebem o seu trabalho como desestimulante, tedioso ou desinteressante, sendo que a maioria dos entrevistados apresenta elevado risco para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos ou doenças físicas, baixo apoio social e possibilidade de estresse ocupacional.

O estudo da saúde dos profissionais de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família é essencial, pois problemas mentais nesses profissionais podem interferir diretamente sobre o cuidado prestado por eles. Nesse sentido, conhecer os problemas mentais e como eles se relacionam com o trabalho (causa ou consequência) é importante para propor intervenções.

3. OBJETIVOS

3.1. *Geral*

Analisar a presença de problemas de saúde mental, tais como estresse, ansiedade e depressão, associados ao uso de álcool e de outras drogas nos profissionais de enfermagem da ESF em Uberlândia – MG.

3.2. *Específicos*

- a) Descrever as características sociodemográficas e ocupacionais, o padrão de uso de álcool e de outras drogas, os níveis de estresse, de ansiedade e de depressão entre os profissionais de enfermagem das equipes de Saúde da Família.

- b) Avaliar as possíveis correlações entre as características sociodemográficas e ocupacionais, o padrão do uso de álcool e de outras drogas, os níveis de estresse, de ansiedade e de depressão entre profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família - ESF.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo exploratória e transversal, desenvolvida com profissionais de enfermagem das equipes de Saúde da Família. Neste estudo, testou-se a hipótese de que esses profissionais estão desenvolvendo problemas de saúde mental, bem como o estresse, a ansiedade e a depressão, que estão associados a um maior consumo de álcool e de outras drogas.

4.2. Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Uberlândia, que está situado no extremo oeste do estado de Minas Gerais, na região denominada de Triângulo Mineiro, sendo atualmente o segundo município mais populoso de Minas Gerais (669.672 habitantes), segundo dados do Departamento de Informática do SUS (estimativa de população residente no ano de 2016 para cálculo do Fundo de Participação dos Municípios).

De acordo a análise dos dados consolidados pela Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (BRASIL, [2016]), a implantação da ESF no município se deu somente no ano de 2003, com a inauguração de trinta equipes de Saúde da Família, revelando uma inserção tardia na estratégia de reorganização da Atenção Básica quando comparada às demais regiões do Brasil.

Desde então, a ampliação da ESF vinha acontecendo de forma incipiente, chegando ao final de 2012 com quarenta equipes de Saúde da Família cadastradas no município. A retomada de investimentos em equipes de Saúde da Família aconteceu em 2013. Dessa forma, até o ano de 2015 haviam 74 equipes cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2016).

Uma análise do histórico da ESF no município revela um crescimento inferior aos observados pelo Estado de Minas Gerais e pela União, os quais atingiram no ano de 2016 uma cobertura respectiva de 75,15% e 60,98%. Enquanto isso, no mesmo ano, Uberlândia atingiu a cobertura de 38,02% (BRASIL, 2016).

4.3. População do Estudo

O município de Uberlândia possuía em 2015 um total de 74 equipes de Saúde da Família registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os

quais se distribuíam entre os setores administrativos sul, leste, oeste, central, norte e zona rural. Foram convidados a participar do estudo um total de 170 profissionais de enfermagem.

A pesquisa foi realizada com os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam nessas unidades básicas de saúde da família, sendo 74 enfermeiros e 96 auxiliares/técnicos de enfermagem.

4.4. Aspectos Éticos

O desenvolvimento da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU), com o número 1.315.972 (ANEXO A), em 10 de novembro de 2015, estando em acordo com os requisitos éticos relacionados à pesquisa em seres humanos expressos pela Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

4.5. Coleta de Dados

A coleta de dados foi iniciada no final do mês de maio e continuou durante os meses de junho e julho de 2016. Primeiramente, foi feito contato telefônico com as unidades e, em conversa com a coordenadora local, foi agendado horário para a realização da pesquisa.

No dia agendado, a pesquisadora foi até a unidade, levando os questionários e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Na unidade, o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem receberam breve orientação sobre a pesquisa, e receberam o termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinarem, estando os mesmos cientes da participação na pesquisa.

Os questionários foram deixados na unidade nos casos em que os profissionais não puderam responder no momento da entrega, e uma nova data para o recolhimento foi agendada.

Foi solicitado que os participantes respondessem os questionários com caneta e que, se possível, fossem evitadas as rasuras.

Após recolhimento de todos os questionários, foi iniciada a análise dos mesmos e a elaboração dos resultados, que permitiu a discussão e a elaboração

das considerações finais do trabalho.

4.6. Instrumentos de Coleta de Dados

O instrumento foi constituído de um questionário estruturado, autoaplicável, dividido em (Apêndice B):

a) Informações sociodemográficas e ocupacionais;

b) ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) - OMS: Trata-se de questionário para triagem do uso de álcool, de tabaco e de outras substâncias, preconizado pela OMS, validado no Brasil por Henrique e outros (2004) (Anexo B).

Sob a coordenação da OMS, pesquisadores de vários países desenvolveram um instrumento para detecção do uso de álcool, de tabaco e de outras substâncias psicoativas, denominado ASSIST (WHO, 2002).

O ASSIST é um questionário de triagem sobre o padrão de uso de substâncias lícitas e ilícitas. Ele é composto por oito questões, simples e breves, para ser aplicado dentro de um contexto de saúde. É um instrumento validado, que, quando aplicado por um profissional da área da saúde, leva cerca de sete a nove minutos para ser respondido. As oito perguntas estruturadas do ASSIST fornecem as seguintes informações: uso na vida de várias substâncias, uso nos últimos três meses, presença ou risco futuro de ter problemas relacionados ao uso da substância, dependência e uso de drogas injetáveis (HENRIQUE; et al., 2004).

Cada pergunta do ASSIST permite uma resposta que quantifica a intensidade do uso e da frequência dessas substâncias, que é traduzida numa pontuação final, a qual indica o grau de comprometimento com a substância usada. Os indivíduos que apresentam pontuação até 10 para álcool ou até 3 para as outras drogas são considerados como usuários ocasionais de baixo risco. Quando a pontuação está entre 11 e 26 para álcool e entre 4 e 26 para outras drogas é interpretado como uso de risco ou uso nocivo, sendo recomendada uma intervenção breve visando a mudança de comportamento do usuário. Quando os indivíduos pontuam acima de 26 para qualquer droga, recomenda-se procurar um serviço especializado, pois

acima dessa pontuação o risco de o indivíduo ser dependente da substância é elevado. (HENRIQUE et al.,2004)

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 causará problemas), uso de risco (consumo que poderá causar problemas), uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha causado problemas) e provável dependência. O termo “uso problemático” caracteriza os três últimos padrões de consumo da substância. Apesar de seu uso ter sido ampliado, ele foi desenvolvido principalmente para ser utilizado em serviços de atenção primária, onde é sugerido por avaliar o uso recente de álcool e 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. Ele avalia o domínio conceitual, como quantidade e frequência do consumo de álcool (itens 1, 2 e 3). É útil, também, para identificar abuso de álcool do tipo *binge*, isto é, consumir grandes quantidades de bebida alcoólica em certos momentos (BABOR et al., 2003).

O número de doses ingeridas mostra o padrão de consumo da substância, sendo que acima de cinco doses para homens e quatro doses para mulheres indica o consumo *binge drinking*, que pode levar à intoxicação (BABOR et al, 2003).

d) DASS – 21: *Depression, Anxiety and Stress scale* (DASS-21): Instrumento desenvolvido por Levibond e Levibond em 2004, e validado no Brasil por Vignola e Tucci (2014). Avalia sintomas de depressão, ansiedade e estresse em 21 itens, utilizando uma escala tipo Likert.

A *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS), que aqui designaremos de Escalas de Ansiedade Depressão e Estresse (EADS-21), cujo número designa o número de itens, constituem uma escala de 21 tópicos distribuídos em número igual pelas três dimensões: Depressão, Ansiedade e Estresse; ou seja, cada escala apresenta sete itens (ver em anexo). Os sujeitos respondem o questionário, assinalando em uma escala de frequência de quatro pontos, em que medida

experimentaram cada sintoma na última semana (RIBEIRO; HONORATO; LEAL, 2004).

Segundo Lovibond e Lovibond (1995), as escalas foram desenvolvidas de modo que 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 técnicas de análise fatorial. Tem-se, então:

I- Depressão – Disforia (dois itens); Desânimo, (dois itens); Desvalorização da vida (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 Autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (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 abordado anteriormente, as três escalas são constituídas por sete itens cada, totalizando 21. Cada item consiste em uma frase; ou seja, uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a 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 sintoma durante a última semana, numa escala de 04 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 é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos (RIBEIRO; HONORATO; LEAL, 2004).

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem aos estados afetivos mais negativos (RIBEIRO; HONORATO; LEAL, 2004).

4.7. *Análise dos 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 está apresentada em números, porcentagens, valores mínimos e máximos, médias e desvio padrão. O nível de significância (valor de p) foi estabelecido em 0,05 para todas as variáveis.

Foram realizadas análises descritivas dos dados apresentados em frequência absoluta e relativa; e análise bivariada dos dados, na qual foram utilizados os seguintes testes estatísticos não paramétricos (SIEGEL, 1975): Teste de Qui-Quadrado, para avaliar a associação das variáveis categóricas; e Teste Coeficiente de correlação por postos de Spearman, para avaliar a correlação entre as variáveis de duas amostras dependentes.

5. RESULTADOS



A pesquisa foi realizada nas 74 equipes de Saúde da Família do município de Uberlândia-MG, sendo os questionários entregues para todos os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam nessas equipes.

A população estimada para participar da pesquisa era de 74 enfermeiros e 96 auxiliares/técnicos de enfermagem, totalizando uma amostra de 170 participantes. Porém, 34,11% dos convidados se recusaram ou devolveram o instrumento sem respostas, sendo excluídos da pesquisa. Dessa forma, o número total de profissionais participantes da pesquisa foi de 112.

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem que responderam aos questionários, sendo a maioria do sexo feminino (93,8%), estado civil casado (casados) e na faixa etária de 30 a 39 anos (42%).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112)

Dados Sociodemográficos		N	%
Sexo	Feminino	105	93,8
	Masculino	7	6,2
Faixa etária	20 - 29 anos	12	10,7
	30 - 39 anos	47	42
	40 - 49 anos	19	17
	50 ou mais	33	29,5
	Não respondeu	1	0,9
Religião	Católica	50	44,6
	Evangélica	38	33,9
	Espírita	16	14,3
	Outras	4	3,6
	Não respondeu	4	3,6
Estado civil	Casado	74	66,1
	Solteiro	33	29,5
	Viúvo	4	3,6
	Não respondeu	1	0,9

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Na Tabela 2 estão dispostos os dados sobre a caracterização ocupacional dos participantes da pesquisa. Os profissionais de enfermagem se dividiram em 48,2% de técnicos de enfermagem, 4,5% de auxiliares de enfermagem e 47,3% de enfermeiros. Além disso, 38,6% dos entrevistados estão trabalhando na área entre 6 e 10 anos, e 9,8% da amostra possuem mais que um vínculo empregatício.

Tabela 2 - Caracterização ocupacional dos profissionais que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112)

Dados Ocupacionais		N	%
Cargo	Auxiliar de Enfermagem	5	4,5
	Técnico em Enfermagem	54	48,2
	Enfermeiro	53	47,3
Número de vínculos trabalhistas	1	64	57,1
	2	11	9,8
	Não respondeu	37	33
Tempo de exercício na enfermagem	1 a 5 anos	32	35,7
	6 a 10 anos	40	38,6
	11 a 15 anos	26	23,2
	16 a 20 anos	8	7,1
	21 anos ou mais	6	5,4

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A Tabela 3 apresenta o risco de uso de álcool, de tabaco e de outras drogas entre profissionais de enfermagem. Nota-se que 2,7% dos entrevistados estão em risco moderado ou possível dependência para o álcool, e que 44,6% dos entrevistados ingerem bebida alcoólica em *binge*. Sobre o tabaco, 2,7% dos entrevistados estão em risco moderado ou possível dependência, assim como 0,9% para sedativos. Observa-se, também, que para as drogas ilícitas não houve consumo considerado moderado ou grave, e que a taxa de não respondentes foi significativa (entre 25 e 27,7%).

Tabela 3 - Nível de risco de uso de álcool, de tabaco e de outras drogas entre profissionais de enfermagem que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112)

	Nenhum ou baixo		Risco moderado		Não	
	risco de uso		de uso ou possível dependência		respondeu	
	N	%	N	%	N	%
Álcool	81	72,3	3	2,7	28	25
Uso de Álcool em Binge	62	55,4	50	44,6	-	-
Tabaco	79	70,5	3	2,7	30	26,8
Sedativos	83	74,1	1	0,9	28	25
Maconha	83	74,1	-	-	29	25,9
Cocaína, crack	82	73,2	-	-	30	26,8
Anfetamina	84	75	-	-	28	25
Inalantes	81	72,3	-	-	31	27,7
Alucinógenos	84	75	-	-	28	25
Ópio	83	74,1	-	-	29	25,9
Outras	82	73,2	-	-	30	26,8

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Em relação à depressão, ao estresse e à ansiedade, a Tabela 4 apresenta a distribuição da ansiedade, da depressão e do estresse entre os profissionais de enfermagem, aferidos pelo DASS. Percebe-se que 16,2% dos entrevistados possuem algum grau de depressão, assim como 15,3% de estresse, e 20,2% de ansiedade.

Tabela 4 - Valores do questionário DASS respondidos pelos profissionais de enfermagem que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112)

	Depressão		Estresse		Ansiedade	
	N	%	N	%	N	%
Normal ou Leve	79	70,5	79	70,5	73	65,2
Mínimo	7	6,3	6	5,4	9	5
Moderado	6	5,4	3	2,7	11	9,8
Grave	3	2,7	6	5,4	1	0,9
Muito Grave	2	1,8	2	1,8	5	4,5
Não Respondeu	15	13,4	16	14,3	13	11,6

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A Tabela 5 mostra uma associação entre características sociodemográficas e uso problemático de álcool, de tabaco e de sedativos pelos profissionais de enfermagem. Essa tabela evidencia a associação entre o consumo de álcool (uso em *binge*) e tabaco pelos profissionais do sexo masculino, com $p=0,024$ e $p=0,020$, respectivamente. Houve, também, correlação estatística positiva entre o uso de sedativos e o número de vínculos trabalhistas ($p=0,014$). Vale ressaltar que para as demais drogas não houve correlação estatisticamente significativa.

Tabela 5 - Associação entre características sociodemográficas e uso problemático de álcool, de tabaco e de sedativos entre profissionais que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112).

		Álcool (Binge)			Tabaco			Sedativos		
		N	%	p.valor*	N	%	p.valor*	N	%	p.valor*
Sexo	Feminino	44	41,9	0,024*	2	2,6	0,020*	1	1,3	0,800
	Masculino	6	85,7		1	25		0	0	
Faixa etária	20 - 29 anos	8	16	0,366	0	0	0,330	0	0	0,761
	30 - 39 anos	18	36		0	0		1	100	
	40 - 49 anos	9	18		3	100		0	0	
	50 ou mais	15	30		0	0		0	0	
Estado civil	Casado	29	39,2	0,222	2	3,8	0,941	0	0	0,309
	Solteiro	17	51,5		1	4		1	4	
	Viúvo	3	75		0	0		0	0	
Religião	Católica	23	48,9	0,211	2	66,7	0,638	0	0	0,560
	Evangélica	15	31,9		0	0		1	100	
	Espírita	9	19,1		1	33,3		0	0	
Cargo	Auxiliar	6	50	0,913	0	0	0,832	0	0	0,397
	Técnico	19	43,2		1	3,3		1	3,4	
	Enfermeiro	24	45,3		2	4,5		0	0	
Número de vínculos	1	24	80	0,286	2	100	0,546	0	0	0,014*
	2	6	20		0	0		1	100	
Tempo de trabalho	1 a 5 anos	1	30,6	0,988	0	0	0,312	1	100	0,591
	6 a 10 anos	2	34,7		1	33,3		0	0	
	11 a 15 anos	11	22,4		1	33,3		0	0	
	16 a 20 anos	4	8,2		1	33,3		0	0	
	21 anos ou	2	4,1		0	0		0	0	

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

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

A Tabela 6 apresenta a associação entre características sociodemográficas e ocupacionais e depressão entre profissionais que atuam na ESF. Nota-se que há uma relação entre a depressão e o tempo de trabalho de 6 a 10 anos de atuação ($p=0,04$). Para a ocorrência de estresse e de ansiedade, não foram encontradas associações significativas.

Tabela 6 - Associação entre características sociodemográficas e ocupacionais e depressão, estresse e ansiedade entre profissionais que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112).

		Depressão		
		N	%	p.valor*
Sexo	Feminino	17	94,4	0,902
	Masculino	1	5,6	
Faixa etária	20 - 29 anos	7	9	0,429
	30 - 39 anos	37	47,4	
	40 - 49 anos	13	16,7	
	50 ou mais	21	26,9	
Estado civil	Casado	12	66,7	0,776
	Solteiro	5	27,8	
	Viúvo	1	5,6	
Religião	Católica	10	58,8	0,542
	Evangélica	4	23,5	
	Espírita	3	17,6	
	Auxiliar	1	5,6	
Cargo	Técnico	9	50	0,397
	Enfermeiro	8	44,4	
Número de vínculos	1	11	78,6	0,378
	2	3	21,4	
Tempo de trabalho	1 a 5 anos	9	50	0,004*
	6 a 10 anos	4	22,2	
	11 a 15 anos	3	16,7	
	16 a 20 anos	0	0	
	21 anos ou mais	2	11,1	

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

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

A Tabela 7 apresenta a correlação entre os níveis de uso de drogas e depressão, estresse e ansiedade entre profissionais de enfermagem. Nota-se uma correlação entre depressão e uso de álcool ($p=0,047$), depressão e estresse ($p=0,000$), e depressão e ansiedade ($p=0,000$).

O uso problemático de álcool, seja de forma abusiva (0,002) ou em *binge* ($p=0,020$), também está relacionado ao uso de tabaco. Não foram encontradas correlações junto à outras drogas.

Tabela 7 - Correlação entre os níveis do uso de álcool, tabaco e sedativos e depressão, estresse e ansiedade entre profissionais que atuam na ESF, Uberlândia-MG (N=112).

	Depressão		Álcool		Uso de álcool em Binge	
	p. valor	Coefficiente de correlação*	p. valor	Coefficiente de correlação*	p. valor	Coefficiente de correlação*
Depressão	-	-	0,047*	0,227	0,601	0,70
Estresse	0,000*	0,745	0,627	0,57	0,834	-0,28
Ansiedade	0,000*	0,635	0,658	0,51	0,918	0,14
Álcool	0,047*	0,227	-	-	0,000*	0,698
Uso de Álcool em Binge	0,601	0,70	0,000*	0,698	-	-
Tabaco	0,256	0,132	0,002*	0,354	0,020*	0,329

Fonte: A autora (2016)

*Coeficiente de correlação de postos de Spearman

** Valor $p < 0,05$

6. DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo 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 de Saúde da Família. Uma limitação deste trabalho foi a perda de dados pela recusa em participar da pesquisa ou devolução do instrumento sem respostas, representando um total de 34,11% de perda.

Acredita-se que esse volume expressivo de perdas seja em função do tema abordado pela pesquisa e pela insegurança dos profissionais diante do vínculo fragilizado. Parte-se da ideia de que os profissionais tiveram medo em participar da pesquisa e, caso tivessem desenvolvido alguma doença em função do trabalho, pudessem perder seu emprego. Além disso, os profissionais de saúde da rede municipal ainda possuem uma baixa inserção junto às atividades de ensino, pesquisa e extensão, o que pode acarretar em dificuldade de entender a importância desses pilares da educação como promotores de mudanças nos cenários do SUS.

Em relação às informações sociodemográficas (Tabela 1), observou-se uma discrepância na proporção entre mulheres e homens, pois 93,8% dos profissionais eram do sexo feminino, corroborando com diversos estudos que tem evidenciado a feminização da mulher na área da saúde (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011; CARREIRO, 2010).

No Censo de 2000, foi verificado que 90,4% dos enfermeiros são do sexo feminino, proporção inferior apenas à profissão de nutricionista (COSTA; DURAES; 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 da área da saúde 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, DURAES, ABREU, 2010; MIRANDA et al., 2007; MATSUMOTO et al., 2005; SAWICKI; ROLIM, 2004).

A faixa etária em que se concentrou a maior parte dos profissionais foi entre 30 e 39 anos (Tabela 1), representando um grupo relativamente jovem e de formação recente, tendo, contudo, alguma experiência de trabalho. A idade da

população deste estudo se aproximou ao observado por Delelio e outros (2012), no qual os profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família do Sul e do Nordeste do Brasil apresentaram idade média de 37,8 anos.

A religião mais frequente foi a católica (44,6%), seguida da evangélica (33,9%). Já o estado civil mais observado foi o de casado (66,1%), cujo dado é interessante para o estudo das doenças mentais, uma vez que revela a possibilidade de um suporte social, mas pode, também, estar relacionado a um aumento do trabalho doméstico.

Em caracterização ocupacional, observou-se que 9,8% da amostra do atual estudo (Tabela 2) possuem mais de um vínculo empregatício, sendo esse um fator preocupante, uma vez que o trabalho na ESF exige uma dedicação de 40 horas semanais (BRASIL, 2012).

Trindade e outros (2010) observaram que 32,6% dos profissionais das equipes de Saúde da Família trabalhavam em outro local. Sousa e Araújo (2015) observaram que 52,5% dos profissionais de uma instituição de ensino superior estavam em condição semelhante. Fernandes e outros (2012) observaram que, na análise dos profissionais de enfermagem dos municípios mineiros da Macrorregião Triângulo Sul, 33% dos trabalhadores tinham mais de um vínculo empregatício, e que isso interferia negativamente sobre a qualidade de vida.

Comparado aos dados apresentados por esses estudos, a presente pesquisa deparou-se com uma menor prevalência da dupla carga de trabalho em relação aos outros citados, que avaliaram tanto a Estratégia de Saúde da Família quanto outros cenários da Rede de Atenção à Saúde.

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 um sofrimento patológico. Para outro, a organização de seu trabalho e suas capacidades de enfrentamento da situação promovia 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, impactam de forma distinta sobre os profissionais de saúde.

Sobre o uso de substâncias psicoativas (Tabela 3), a presente pesquisa evidenciou que 2,7% dos profissionais de enfermagem entrevistados apresentam um

risco moderado ou possível dependência para o uso de tabaco, 0,9% para o uso de sedativos, e 2,7% para o uso de álcool em dos casos, sendo que 44,6% dos entrevistados ingerem bebida alcoólica em *binge*.

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 entre moderado e alto (BALAN, CAMPOS, 2006; STAMM, BRESSAN, 2007). 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. Outro estudo com estudantes de enfermagem, conduzido por Miranda e outros (2007), observou que há uma predisposição desse grupo para o consumo habitual do álcool.

Oliveira e outros (2013), em seu estudo com profissionais de enfermagem de um hospital, observaram uma possível associação entre o uso de álcool com a insatisfação, com o estresse e com os conflitos no 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 Petro, Pastore e Assunção (2014), com profissionais de saúde do município de Pelotas (Rio Grande do Sul) que atuam no nível secundário, 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 deste estudo.

Oliveira e outros (2013) alertam que o uso de álcool em *binge* pode estar associado não apenas à problemas mentais, mas também 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* de uso do álcool. O resultado desses autores para esse tipo de consumo entre profissionais de enfermagem de hospitais foi bem inferior ao observado entre os profissionais da ESF neste estudo.

Quanto ao tabagismo, na presente investigação, 2,7% dos entrevistados estão em risco moderado ou possível dependência do tabaco (Tabela 3). Estudo de Pretto, Pastore e Assunção (2014), realizado na cidade de Pelotas (Rio Grande do Sul), mostram 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% desses 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. Por outro lado, apenas 59,9% referiram não ter experimentado o cigarro, evidenciando um grande número de estudantes que já o haviam experimentado.

Baseando-se na literatura apresentada sobre o consumo de tabaco entre profissionais de enfermagem e os resultados do presente estudo, observa-se que o consumo de tabaco parece ser baixo entre os profissionais de enfermagem, sendo que o primeiro contato é realizado especialmente durante a formação, mas que esse consumo 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 15 enfermeiras da Atenção Básica evidenciaram que o tabagismo entre elas está associado aos sentimentos de vergonha e de culpa, principalmente por serem profissionais dedicadas aos cuidados da saúde. Para o grupo de enfermeiras, tem havido uma crescente pressão social para o abandono do hábito de fumar, que tem sido malvisto especialmente com o avanço das legislações de restrição do

tabagismo em locais públicos (VENY et al., 2011).

Dessa forma, considerando que desde a graduação 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, sendo um campo importante de intervenção para a promoção da saúde do trabalhador.

Já em relação ao uso de sedativos, foi identificado que 0,9% dos profissionais de enfermagem entrevistados (Tabela 3) fazem uso do mesmo. 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% dos estudantes, 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 aumentou entre eles. Além disso, o estudo mostrou que o uso de sedativos sem prescrição médica tem crescido.

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 entre enfermeiros apresenta dois desdobramentos negativos: um relacionado a 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 no 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 própria saúde e para o bom cuidado dos pacientes.

Em relação ao estresse, no presente estudo foi observado que 15,3% dos profissionais de enfermagem da Atenção Básica possuem algum grau da doença (Tabela 4), que é comum entre os profissionais de saúde e está relacionada a 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 reações desencadeadas pelas situações de adoecimento dos pacientes sob sua responsabilidade (BATISTA, 2011).

Somam-se a essas questões do cotidiano o acúmulo de tarefas, o desgaste físico e outros. Ainda dentro desse contexto, reforçam que são delegadas múltiplas tarefas a esses profissionais com alto grau de exigência e responsabilidade, que, dependendo do ambiente, da organização do trabalho e do preparo para exercer seu papel, podem criar tensão para si, para a equipe e para a comunidade assistida. (CAMELO; ANGERAMI, 2007).

Velasco (2014) afirma que os profissionais de enfermagem da ESF, por acumularem grande número de funções, percebem o seu trabalho como desestimulante, tedioso ou desinteressante, incluindo o fato de que a maioria dos entrevistados apresentavam 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 das equipes de Saúde da Família de Santa Maria (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), os quais obtiveram escores significativos de desgaste emocional e despersonalização.

Um outro estudo sobre o mesmo tópico feito entre os profissionais de enfermagem de Belo Horizonte (Minas Gerais), que trabalham nos níveis primário e secundário de atenção em saúde, mostrou que 19,4% desses profissionais apresentam o estresse no trabalho em função da alta exigência (PIMENTA; ASSUNÇÃO, 2016). Apesar do resultado encontrado pelo referido estudo ser superior ao observado com os profissionais de enfermagem da ESF de Uberlândia, essa comparação deve ser observada com cautela. No entanto, 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 os profissionais do nível secundário, o que difere deste trabalho.

Sousa e Araújo (2015) desenvolveram um estudo sobre estresse e resiliência entre profissionais de uma 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 e a tenacidade e inovação foram os fatores de destaque. Por fim, o estudo evidenciou que os profissionais de enfermagem são os que apresentam menores escores de resiliência.

O trabalho desenvolvido por Barbosa (2010) evidenciou o estresse como provocado pelas condições de trabalho em 14,8% dos enfermeiros, e em 12,1% dos técnicos de enfermagem da maternidade. Esses dados referentes à maternidade foram levemente inferiores ao observado pelo presente estudo. Essa diferença pode estar associada ao acúmulo de funções do enfermeiro da ESF levantados por Camelo e Angerami (2007) e Velasco (2014).

Quanto à depressão, os resultados deste estudo evidenciaram que 29,5% dos profissionais de enfermagem da Atenção Básica (Tabela 4) apresentaram algum grau da doença.

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

Queiroz (2008) observou que entre os profissionais de enfermagem que atuam com pacientes oncológicos, a depressão foi provocada pelo trabalho em 33,3%, e agravada em 22,2% dos profissionais 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 um quadro depressivo.

Observa-se que a depressão entre os profissionais de enfermagem das equipes de Saúde da Família foi inferior ao observado por Schimidt, Dantas e Marziale (2011), em unidades cirúrgicas, e por Queiroz (2008), em profissionais de enfermagem que atuam com pacientes oncológicos. No entanto, os resultados deste estudo foram levemente superiores aos observados por Barbosa (2010), com profissionais de maternidades, e Carreiro (2010), com todos os profissionais de saúde 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 observados nos profissionais de enfermagem de Saúde da Família podem estar relacionados ao acúmulo das funções gerenciais e de cuidado, tradicionalmente ligados à enfermagem nas equipes de Saúde da Família.

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, contudo, que há uma escassez de estudos publicados na última década sobre essa relação, o que condiz ao observado neste estudo, especialmente em relação ao desenvolvimento de transtornos de depressão entre os profissionais da ESF.

Quanto à ansiedade, o estudo atual mostrou que 34,8% dos profissionais de enfermagem da ESF apresentam algum grau dessa condição, sendo essa a saúde mental mais frequente. (Tabela 4).

Carreiro (2010), em um estudo sobre o adoecimento entre os profissionais da equipe Saúde da Família, percebeu que 86,3% dos profissionais referiram sofrerem de distúrbios de ansiedade.

Schmidt, Dantas e Marziale (2011) observaram que, entre os profissionais de enfermagem de unidades cirúrgicas, houve uma elevada ocorrência de trabalhadores com escores razoáveis para ansiedade, o que indica um campo importante para o desenvolvimento de ações curativas e preventivas. 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 avalia as circunstâncias à que 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.

Horta, Horta e Horta (2012), analisando a comunidade universitária (estudantes, docentes e técnicos), puderam observar que entre as drogas estudadas, apenas os ansiolíticos apresentaram relação significativa com o desenvolvimento de doenças mentais.

O resultado do presente estudo para ansiedade foi muito inferior ao observado por Carreiro (2010), que apontou uma taxa de ansiedade de 86,3%, mas se aproximou aos resultados de Schmidt, Dantas e Marziale (2011), com 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.

Diversos fatores são considerados estressores no cotidiano de trabalho. Kessler (2012) destaca o excesso de exigências burocráticas nas solicitações e nos

encaminhamentos de exames e consultas especializadas, que é um fator importante no contexto da ESF, em que os profissionais de enfermagem acumulam funções gerenciais e assistenciais. É importante lembrar, ainda, que a ansiedade pode gerar manifestações físicas que podem comprometer a assistência ao paciente, como medo, insegurança, tremores, tontura, entre outros (BRAGA, 2011).

Já ao se buscar as associações entre as características sociodemográficas e ocupacionais com o uso de drogas (Tabela 5), a presente investigação apontou que profissionais do sexo masculino estavam associados ao uso abusivo de álcool ($p=0,024$) e tabaco ($p=0,020$); e a presença de dois vínculos empregatícios estavam relacionados ao uso de sedativos ($p=0,014$).

Miranda e outros (2007), ao investigarem o uso e abuso de álcool entre estudantes de graduação em enfermagem, observaram que há uma tendência ao uso problemático do álcool entre mulheres.

Assim como os resultados deste estudo para o uso de tabaco entre os sexos, Sawicki e Rolim (2004) observaram que, entre graduandos de enfermagem de uma escola paulista, os homens fumavam mais que as mulheres.

Zalaf e Fonseca (2009) mostraram que os estudantes elaboram estereótipos na relação entre gênero e o uso de drogas, as quais resultam em uma imagem de subalternidade feminina, preconceito e culpabilização.

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

Ferreira e outros (2009) investigaram o consumo abusivo e dependência de álcool na população geral de um município da Bahia, que mostrou uma maior prevalência entre os homens e os mais jovens, apresentando uma relação inversamente proporcional à religiosidade.

Já Oliveira e outros (2013) perceberam que a relação entre os profissionais de enfermagem de um hospital e o uso de álcool baseava-se em problemas familiares e estresse. Contudo, um número expressivo de sujeitos correlacionou o consumo de álcool com problemas como insatisfação com o trabalho, estresse no trabalho, problemas financeiros e conflitos com os superiores e colegas de trabalho.

A questão do gênero e o 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), mostrando que na enfermagem o uso abusivo de álcool parece ter relação com o gênero feminino. Essa síntese, entretanto, exige cautela. Os estudos sobre a relação entre gênero e uso de álcool encontrados na literatura se concentram nos primeiros anos do século 21, não sendo observados estudos mais recentes, o que é preocupante com o crescente número de mulheres na área de saúde.

Além disso, a tendência ao uso abusivo do álcool entre as mulheres, observado por Miranda e outros (2007) é significativo 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.

Sendo assim, é possível perceber que muitas são as variáveis para a saúde do trabalhador da área de enfermagem. Observou-se pela Tabela 6 do presente estudo que a única variável ocupacional apresentada que esteve relacionada com a depressão foi o tempo de trabalho ($p=0,004$). Nesse sentido, Queiroz (2008) observou que 22,2% dos profissionais de enfermagem tiveram o quadro de depressão em função do trabalho.

Já em relação à jornada de trabalho, o número de vínculos empregatícios compõe importantes fatores geradores de estresse (SOUSA, ARAÚJO, 2015). Nesse sentido, este estudo mostrou que o uso de sedativos por profissionais de enfermagem tem relação estatisticamente significativa com número de vínculos empregatícios, sendo um quesito a ser observado no planejamento de políticas de trabalho na Atenção Básica.

No atual estudo, de acordo com a Tabela 7, a presença de sinais sugestivos de depressão estava positivamente correlacionada com estresse ($p=0,000$),

ansiedade ($p=0,000$) e uso de álcool ($p=0,047$). Além disso, a tabela apresenta a relação entre o consumo de álcool com o padrão *binge* ($p=0,000$) e com o tabaco ($0,002$).

Goulart e outros (2013) consideram que condições de saúde mental como a depressão, o estresse, a ansiedade e o cansaço, podem, de fato, estar associadas ao abuso de drogas (álcool, tabaco, calmantes e outros), que são manifestações comuns relacionadas ao adoecimento associado ao trabalho. Portanto, os resultados deste trabalho aprontaram para uma relação estatisticamente significativa entre depressão e o uso de álcool.

Gomes e Oliveira (2013), ao entrevistarem 39 profissionais de enfermagem, técnicos e auxiliares de um hospital particular da cidade de São Paulo, também observaram correlação significativa entre ansiedade e depressão. O estudo revelou, também, que ocorre uma relação inversa entre a percepção do suporte social com a ansiedade e o estresse.

Essa pesquisa mostrou, ainda, a associação de álcool com o tabaco. Essas duas drogas lícitas são as que mais se destacam em estudos sobre o consumo de drogas, sendo associadas à cerca de 1,5% de todas as mortes relacionadas aos transtornos físicos (OLIVEIRA, *et al.*, 2013).

Horta, Horta e Horta (2012), ao analisarem um banco de dados para a verificação da prevalência de comportamentos relacionados ao consumo de substâncias e indícios de sofrimento psíquico entre membros da comunidade universitária, observaram que há uma 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, o que ocasiona uma exaustão emocional e, por consequência, está relacionada ao desenvolvimento de quadros de ansiedade e de depressão.

Todos esses resultados condizem com o encontrado pelo presente trabalho, que também verificou relação significativa da depressão com a ansiedade e o estresse ($p=0,000$). Essa associação entre os problemas de saúde mental chama a atenção para a cronicidade do contexto de adoecimento e do uso de álcool e de outras drogas, que pode instalar-se em equipes de Saúde da Família.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa desenvolvida durante o mestrado conseguiu atingir seu objetivo, apresentando uma prevalência de problemas de saúde mental e as associações com o uso de álcool e de outras drogas entre profissionais de enfermagem das equipes Saúde da Família.

Em relação a presença de problemas de saúde mental, o estudo mostrou que a depressão esteve presente em 16,2% dos entrevistados, o estresse em 15,3% e a ansiedade em 20,2%. Somado a esses resultados, percebeu-se que a depressão se relaciona significativamente com o tempo de trabalho.

Quanto à associação das doenças mentais com o uso de álcool e de outras drogas entre os profissionais de enfermagem, percebeu-se que o álcool tem sido consumido de forma preocupante e está relacionado à presença de distúrbios depressivos. Paralelamente, percebeu-se que a dupla jornada de trabalho está significativamente ligada ao consumo de sedativos, e o uso de álcool e tabaco é considerável entre os profissionais de enfermagem do sexo masculino.

A literatura sobre o uso de álcool, de tabaco e de outras drogas por profissionais de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família é escassa. Dessa forma, a discussão deste trabalho teve que buscar apoio em publicações relacionadas a outros profissionais e, até mesmo, a outros serviços da rede de saúde. Como contraponto a essas observações, percebeu-se que estudos sobre o uso de drogas entre estudantes de graduação em enfermagem é um campo frequente de publicações.

Ao se desenvolver a revisão de literatura e discussão desta dissertação, observou-se que a literatura é ampla ao reportar os cuidados de enfermagem diante do consumo de drogas e das doenças mentais. Contudo, pouco se observa em relação às estratégias para cuidar desses profissionais no ambiente de trabalho, ou mesmo tem-se dados sobre a prevalência de doenças mentais e abuso de drogas entre eles. Dessa forma, os profissionais têm muito embasamento em como cuidar, mas não recebem cuidados.

Faz-se necessário, então, o desenvolvimento de mais estudos em relação à saúde dos profissionais da Atenção Básica, em especial relacionado aos profissionais de enfermagem, que têm se dedicado tanto ao cuidado com a coordenação das equipes de Saúde da Família. Pesquisas também precisam 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 do consumo do álcool. Somado a isso, novos estudos sobre a relação entre gênero e consumo de álcool precisam ser desenvolvidos na área da enfermagem.

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 Básica. Essas questões devem ser pensadas pela gestão, que deve estar atenta à dupla carga negativa das doenças mentais e do uso de substâncias psicoativas, levando o funcionário ao adoecimento, com conseqüente desgaste e afastamento do profissional; e à diminuição da qualidade da assistência, que tem na ESF forte embasamento no trabalho de gerenciamento e cuidado pelos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AKHTAR-DANESH, N.; LANDEEN, J.; Relation between depression and sociodemographics factors. **Int J Ment Health Syst**, v. 1, n. 1, p. 4-9, 2007.

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.

AQUINO, R. et al. A estratégia saúde da família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: Teoria e Prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, v. 1, p. 353-371.

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.

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. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38638/41485>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, p. 549-557, 2012.

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.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005.

BRAGA JEF. **Ensaio farmacológico clínicos com e extrato das raízes do Panaxginseng C. A. Meyer no controle da ansiedade**. 2011. 139 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Paraíba, Joao Pessoa, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, DF, 1996.

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

BRASIL. **Saúde do trabalhador**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para

prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. 2006.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2016a]. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>, Acesso em: 20 Dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Brasília, DF, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: CONASS, 2011, 120 p.

BRASIL. **Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL, **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CALDERERO ARL, MIASSO AI, Webster CMC. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de pronto atendimento. **Rev Eletr de Enf**, v. 10, n. 1, p. 51-62, 2008.

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

CAMPOS, A. L. A; GUTIERREZ, P. S. G. A assistência preventiva do enfermeiro ao trabalhador de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 4, p. 458-461, 2005.

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

CID-10. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Disponível em < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> > Acesso em: 21/02/2017.

COOPER, C.; MITCHEL, S. Nursing and critically ill and dying. **Human Relations**, v.43, p.297-311, 1990.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2007.

COSTA, S. M.; DURAES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciênc Saúde Col**, v. 15, n. 1, p. 1865-1873, 2010.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem Cuida de Quem Cuida? Quem Cuida do Cuidador?** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002.

DIAS, E.C; SILVA, T.L. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo , v. 38, n. 127, p. 31-43, 2013 .

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**, v. 28, n. 3, p. 503 - 514, 2012.

DSM-5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno**. American Psychiatric Association, traduz. Maria Inês Corrêa Nascimento [et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [et al.]. Porto Alegre: Artmed, 2014.

EPISTEIN, P. M.; BURNS, C.; CONLON, H. A. Substance Abuse Among Registered Nurses. **AAOHN Journal**, v. 58, n. 12, p. 513-516, 2010

ESPERIDIÃO E. **Holismo só na teoria: a trama dos sentidos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação**. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto, 2001.

FARAH, B F. **A educação permanente no processo de organização dos serviços de saúde**: as repercussões do Curso Introdutório para equipes de Saúde da Família - experiência do município de Juiz de Fora/MG. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FERNANDES, J. S.; MIRANZI, S. S. C.; IWAMOTO, H. H.; TAVARES, D. M. S.; SANTOS, C. B. The effects of professional factors on the quality of life of family health team nurses. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 2, 2012.

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

FERREIRA, L. R. C.; MARTINO, M. M. F. O Estresse do Enfermeiro: Análise das Publicações. **Rev. Ciênc. Méd**, v. 15, n. 3, p. 241-248, 2006

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) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

FERREIRA, L. N.; BISPO JUNIOR, J. P.; SALES, Z. N.; *et al.* Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.11, p. 3409-3418, 2013.

- GOMES, R. K.; OLIVEIRA, V. B. de. Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. **Boletim de Psicologia**, v. 63, n. 138, p. 23-33, 2013.
- GOULART JUNIOR, FEIJÓ, M.; CUNHA, E; CORREA, B.; GOUVEIA, P. Exigências familiares e do trabalho: um equilíbrio necessário para a saúde de trabalhadores e organizações. **Pensando fam**, v.17, n.1, 2013.
- GUIMARÃES, L. A, GRUBITS, S (Org.). **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.v.1, p.276.
- HENRIQUE, I.F.S.; MICHELI, D. de; LACERDA, R. B. de; FORMIGONE, M. L. O. S. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n.2, p.199-206,2004.
- HORTA, L. S.; HORTA, B. L.; HORTA, C. L. substances use and minor psychiatric disorders in a university in the South of Brazil. **Psicologia em Revista**, v. 18, n. 2, p. 264-276, 2012.
- IBGE. **Censo Demográfico 2010**: trabalho e rendimento. Brasília, DF: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, 2010.
- KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev. Gaucha Enferm**, v. 33, n. 1, 2012.
- KROENKE, K.; SPTIZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. The patient health questionnaire-2: validity of two item depression screener. **Med Care**, v. 41, n. 11, p. 1284-1292, 2013.
- LACAZ, F.C. et. al. Estratégia Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um dialogo possível? **Interface**, v. 17, n. 44, p. 75-87, 2013.
- LEONELLI, L.B. **Estresse percebido em profissionais da atenção primária à saúde**. 2013. 56f. Dissertação de mestrado- USP.USP, São Paulo, 2013.
- LIMA, D. Depressão infantil e transtornos afetivo, mania, transtorno bipolar. **Journal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v. 80, n.2 (suplemento), p. 11-20, 2004.
- LIMA OSÓRIO, F.; VILELA, M.; CRIPPA, J. A.; LOUREIRO, S. R. Study of the discriminative validity of the PHQ- 9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian women in the contexto of Primary Health Care. **Perspect Psychiatry.**, v. 45, n. 3, 216- 227, 2009.
- LONGENECKER, G. L. **Como agem as drogas**. São Paulo: Quark, 1998.
- LOVIBOND, P; LOVIBOND, S. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. **Behaviour Research and Therapy**, v. 33, n. 3, p. 335-343, 1995.

KENNA, G. A.; WOOD, M. D. Alcohol use by healthcare professionals. **Drug Alcohol Depend**, v. 75, n. 1, p. 107-116, 2004.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S. de; MOYSES, M. N. M. 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**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011, v. 1, p. 103-116.

MANETTI, M.L; MARZIALE, M.H.P. Aspects associated to work- related depression on nursing staff. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n.1, p. 79- 85, 2007.

MARINS, L. **Livre-se dos “Corvos”**. São Paulo: Harbra, 2003.

MARTINS, S.R. **A Histeria e os DORTs: expressões do sofrimento psíquico de uma época**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, 2002.

MATOS, I. B.; TOASSI, F. R. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estud. Psicol**, v.12, n.1, 2007.

MATSUMOTO, K. S.; CRAVEIRO, M. F.; ROCHA, P. R.; LOPES, G. T. O uso do tabaco entre os universitários de enfermagem da Universidade do estado do Rio de Janeiro (UERJ). **SMAD**, v.1, n.2, 2005.

MENDONÇA, M. H. M. O SUS e política de recursos humanos em Saúde. **Divulgação em Saúde Pública para Debate**, v. 40, n. 13-16, 2000.

MENDONCA, M. H. M.; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.5, p. 2355-2365, 2010.

MENESES-GAYA, C. **Estudo de validação de instrumentos de rastreamento para transtornos depressivos, abuso e dependência de álcool e tabaco**. 2011.181f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto. 2013.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc Saúde Col**, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. S21-S32, 1997.

NOGUEIRA, R.P. **Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS.**

Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NE-SP-UnB/Problemas_gestao_regulacao.pdf. Acesso em 30/09/2016.

OLIVEIRA, E. B. de; FABRI, J. M.G.; PAULA, G. S. de; SOUZA, S. R. C.; SILVEIRA, W. G.; MATOS, G. S. Patterns of alcohol use among nursing workers, and its association with their work. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, s. esp.2, p. 729-735, 2013.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. esp, p. 158-64, 2013.

QUEIROZ, S. G. de. **Condições de Trabalho e Saúde do Enfermeiros em Oncologia.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2008

PASCHOAL; T; TAMAYO, Á. **Ergonomia, Estresse e trabalho. Validação da escala de estresse no trabalho.** Disponível em: Acesso em: 30 set. de 2016.

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. saúde ocup.**, v. 41, 2016.

PIRES, D. E. P.; MACHADO, R. R.; SORATO, J.; *et al.* Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2682, 2016.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: Conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p.729-36, 2005.

PRETTO, A. D. B.; PASTORE, C. A.; ASSUNCAO, M. C. F. Healthcare professionals health-related behaviors in National Health System clinics in the city of Pelotas-RS, Brazil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 635-644, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAGE: Sala de Apoio a Gestão Estratégia do Ministério da Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2016b]. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>, Acesso em: 20 fev. 2016

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011.

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

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida.** Edição original publicada por McGraw – Hill Book Company, Inc. 1956.

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

SCHMIDTI, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Ansiedad y depresión entre profesionales de enfermería que actúan en sectores quirúrgicos. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. 2, 2011.

SOUSA, V. F. S.; ARAÚJO, T. C. C. F. de. Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. **Psicol. cienc. prof.**, v.35, n. 3, p. 900-915, 2015.

SOUZA, H. M. Análise das Práticas Assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do programa de saúde da família: um estudo de caso em Estado selecionado. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. de M. (ORG.). **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003. p. 201-248.

SHIL, M.J; STARFIELD, B.; XU, J.; REGAN, J.; POLITZER, R.; WULU, J. Primary Care, Infant Mortality, and Low Birth Weight in the States of the USA. **J Epidemiol Community Health**, v. 58, n. 5, p. 374-380, 2004.

SOARES, M. H.; LUIS, M. A. V.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; MARTINS, J. T.; HIRATA, A. G. P. Psychological concept of optimism and drug use among nursing students. **Acta Paul Enferm.** v. 24, n. 3, 393-399, 2011.

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

STARFIELD, B. **Atenção primária de saúde: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da saúde, 2002.

SILVA, V. L.; BOTTI, N. L. The consumption of lawful and illicit drugs for the professionals of the health area. **Rev enferm UFPE**, v. 5, n. 5, p. 1286-294, 2011.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.

VENY, M. B.; BÉLTRAN, J. P.; TORRENTE, S. G.; GONÇÁLVIZ, P. S.; PONS, A. A.; RIERA, P. T. Self-perceived factors associated with smoking cessation among primary health care nurses: a qualitative study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 6, 2011.

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

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

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**, v.43, n.1, 2009.

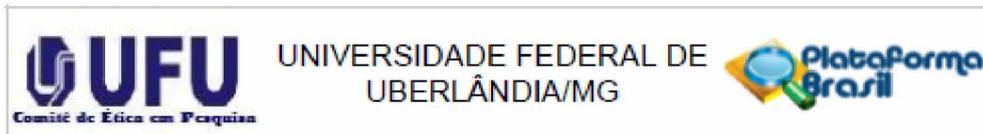
ZALESKI, M. et al . Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Rev. Bras. Psiquiatria**. São Paulo, v. 28, n. 2, p. 142-148, 2006 .

WELLS, KB. et al. **The functioning and well-being of depressões patients**. The journal of the American Medical Association, USA, v.267. n. 7, p. 914-919, august. 1989.

ANEXO



Anexo A: Parecer Consubstanciado CEP/UFU



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



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG

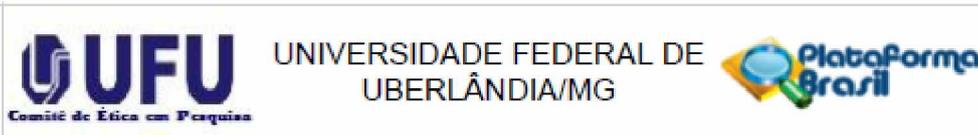


Continuação do Parecer: 1.585.311

(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 (DUFFS), 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.

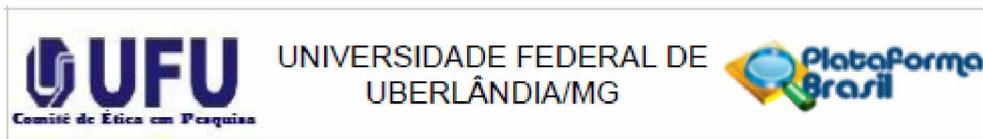
Benefícios:

Todo o projeto procurará seguir a Resolução 488/12 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

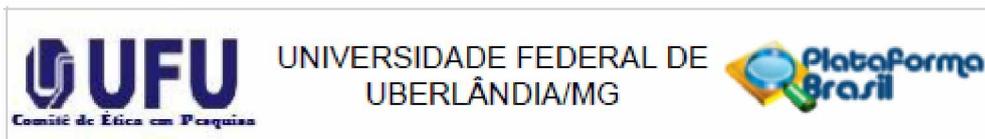
o pesquisador que tenha relação profissional direta com a equipe de enfermagem do hospital ou da ESF, não faça coleta de dados junto a estes. Na segunda etapa, os riscos tentarão ser minimizados, após o tabulamento dos questionários serão identificados aqueles cujas pontuações do ASSIST indicaram abuso 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.

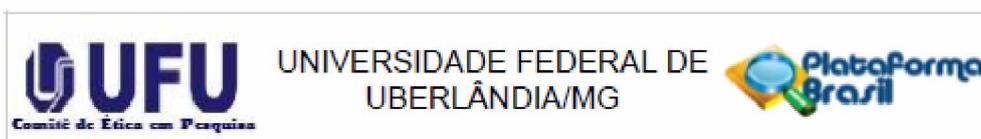
O CEP/UFU lembra que:

- 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

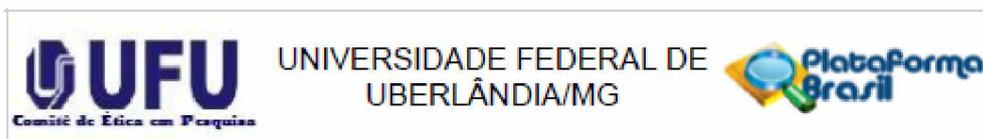
em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- 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_863827_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

APÊNDICES

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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 **you 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, dede 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

Apêndice B: Instrumento de Coleta de Dados

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

PARTE B - ASSIST – OMS		
QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS		
1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
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	0		3	
i. Opióides	0	0		3	
j. outras, especificar	0	0		3	
2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA				
	1 OU 2 VEZES		MENSALMENTE		
	1 OU 2 VEZES		SEMANALMENTE		
	1 OU 2 VEZES		DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS		
	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 éxtase	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	
3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA				
	1 OU 2 VEZES		MENSALMENTE		
	1 OU 2 VEZES		SEMANALMENTE		
	1 OU 2 VEZES		DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS		
	a. derivados do tabaco	0	3	4	5
	b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5
	c. maconha	0	3	4	5
	d. cocaína, crack	0	3	4	5
	e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5
	f. inalantes	0	3	4	5
	g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5
	h. alucinógenos	0	3	4	5
i. Opióides	0	3	4	5	
j. outras, especificar	0	3	4	5	
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?	NUNCA				
	1 OU 2 VEZES		MENSALMENTE		
	1 OU 2 VEZES		SEMANALMENTE		
	1 OU 2 VEZES		DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS		
	a. derivados do tabaco	0	4	5	6
	b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6
	c. maconha	0	4	5	6
	d. cocaína, crack	0	4	5	6
	e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6
	f. inalantes	0	4	5	6

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
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?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
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
6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) ?	NÃO, nunca		SIM, nos últimos três meses	SIM, mas não nos últimos três meses	
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	
7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?	NÃO, nunca		SIM, nos últimos três meses	SIM, mas não nos últimos três meses	
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	
8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)	Não, nunca		Sim, nos últimos três meses	Sim, mas não nos últimos três meses	

PARTE C - ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST – C (AUDIT - C)				
QUESTIONARIO 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 alcoólicas em uma ocasião?				
(0) Nunca	(1) Menos que mensalmente	(2) Mensalmente	(3) Semanalmente	
(4) Diariamente ou quase diariamente				

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