



**FUNDAÇÃO
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE
MATO GROSSO DO SUL**



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)
CÂMPUS TRÊS LAGOAS (CPTL)**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*-ENFERMAGEM

**FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
ATUANTES EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

TRÊS LAGOAS

2023

HIGOR HENRIQUE ALVES DA CRUZ

**FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
ATUANTES EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

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

Área de concentração: Cuidar em enfermagem, saúde e sociedade

Linha de Pesquisa: Cuidado em Enfermagem e Saúde: Análise da Prática e Educação

Orientador: Prof. Dr. Lucas Gazarini

TRÊS LAGOAS

2023

HIGOR HENRIQUE ALVES DA CRUZ

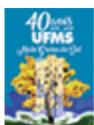
**FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
ATUANTES EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

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

BANCA EXAMINADORA

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

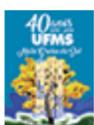
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Câmpus de Três Lagoas (UFMS/CPTL)



Documento assinado eletronicamente por **Lucas Gazarini, Professor do Magisterio Superior**, em 11/05/2023, às 10:25, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Profa. Dra. Patrícia Moita Garcia Kawakame (*Membro Titular*)

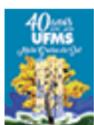
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Câmpus de Três Lagoas (UFMS/CPTL)



Documento assinado eletronicamente por **Patricia Moita Garcia Kawakame, Professor(a) do Magistério Superior**, em 11/05/2023, às 11:30, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Prof. Dr. Edirlei Machado dos Santos (*Membro Titular*)

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



Documento assinado eletronicamente por **Edirlei Machado dos Santos, Professor do Magisterio Superior**, em 11/05/2023, às 10:28, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4017363** e o código CRC **F9551BCE**.

Ata de defesa disponível na íntegra pelo Processo SEI/UFMS nº 23448.002209/2023-59

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, de nada adianta viver sem a presença Dele.

À minha esposa Joana, por ser minha maior incentivadora, por acreditar, apoiar e viver todos os momentos da minha vida.

Ao meu Orientador, Lucas Gazarini, pela dedicação, paciência, comprometimento e principalmente pela incrível troca e experiência que me proporcionou profissionalmente.

A todos os trabalhadores de saúde, em especial aos meus colegas que atuam em urgência e emergência, que persistem nestas lutas que tantas vezes são inglórias.

Nada no mundo consegue tomar o lugar da persistência. O talento não consegue; nada é mais comum que homens fracassados com talento. A genialidade não consegue; gênios não recompensados é quase um provérbio. A educação não consegue; o mundo é cheio de errantes educados. A persistência e determinação sozinhas são onipotentes.

Calvin Coolidge

RESUMO

Introdução: A enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano nas suas necessidades básicas, seu principal objetivo é recuperar, manter e promover a saúde por meio da prestação de serviços à pessoa, família e coletividade. Seu campo de atuação é vasto, com o cuidado desde a concepção da vida até a morte nas mais variadas complexidades. A exposição a situações extremas, o alto risco de morte dos pacientes, a rapidez em condutas e tomada de decisão aumentam a demanda psíquica em profissionais de enfermagem voltados ao atendimento de Urgência e Emergência (UE), gerando muito estresse. O esgotamento emocional é o resultado de tais situações, que por sua vez contribuem para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos como a ansiedade. **Objetivos:** Identificar fatores associados à ansiedade em profissionais de Enfermagem da UE. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo transversal, que teve como cenário a Unidade de Pronto Atendimento do município de Três Lagoas/MS. Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e maio de 2022, com aplicação de escalas psicométricas que avaliam os sintomas de ansiedade, tanto psicológicos (GAD-7) quanto somáticos (PHQ-15), além do questionário estruturado. A amostra foi composta por 110 profissionais assistenciais (auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros), que após o preenchimento do questionário, foram divididos em dois grupos de profissionais de perfil de sintomas de ansiedade baixo (n=54) e alto (n=56). Foram realizadas análises de associação e regressão logística com cálculo de razão de probabilidades (*Odds ratio*, OR) e intervalo de confiança de 95%. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFMS (CAAE 53944321.3.0000.0021, parecer 5.175.675). **Resultados:** O perfil de sintomas de ansiedade mais graves foi associado ao aproveitamento inadequado do tempo livre com família e amigos [82,1%; OR = 5,9 (1,39–24,88)], à menor compreensão da família sobre as ausências [17,9%; OR = 13,6 (1,35–137,8)], ao menor tempo de atuação na UE [46,4%; OR = 6,7 (0,94–45,31)], ao sedentarismo [73,2%; OR = 46,2 (1,48–1443,6)], a transtornos psiquiátricos diagnosticados previamente [58,9%; OR = 42,2 (6,76–263,1)] e à crença de que o uso de medicamentos psicotrópicos aumenta a chance de erros em procedimentos de enfermagem [92,9%; OR = 49,4 (5,06–482,3)]. O aumento na frequência de atividades físicas semanais foi associado à menor probabilidade de sintomas de ansiedade [OR = 0,3 (0,11–0,86)]. Entre os transtornos psiquiátricos indicados pela amostra, 53,6% foram relacionados à ansiedade e 17,9% à depressão. Embora a ansiedade mais severa tenha sido associada ao sono de má qualidade (91,1%) e à obesidade (19,2%), esses fatores não compuseram o modelo ajustado de regressão logística. **Conclusões:** Os resultados obtidos vêm ao encontro com vários outros estudos nacionais e internacionais que indicam a presença de sintomas dos transtornos de ansiedade na rotina dos profissionais de urgência e emergência com maior prevalência e trazem uma realidade preocupante que necessita ser prevenida, diagnosticada e tratada urgentemente pelos gestores de saúde e demais autoridades. Em tempos pós-pandemia o tema tem alta relevância, e o desenvolvimento de novos estudos com os profissionais dessa área em locais distintos com novas amostras, podem auxiliar para que intervenções sejam praticadas mudando essa realidade.

Palavras-chave: Ansiedade; Enfermagem de Emergência; Transtornos Mentais; Urgência e Emergência.

ABSTRACT

Introduction: Nursing is the science and art of assisting human beings with their basic needs. Its main objective is to recover, maintain and promote health by providing services to the person, family, and community. Its field of action is vast, with care from the conception of life to death in the most varied complexities. Exposure to extreme situations, the high risk of death for patients, the speed of conduct and decision-making increase the psychic demand on nursing professionals dedicated to Urgency and Emergency (UE) care, generating a lot of stress. Emotional burnout results from such situations, contributing to developing psychiatric disorders such as anxiety. **Objectives:** To identify anxiety-related factors in nursing professionals in the UE. **Methods:** This is a cross-sectional quantitative study whose setting was the Emergency Care Unit in Três Lagoas/MS. Data were collected between February and May 2022, applying psychometric scales that assess anxiety symptoms, both psychological (GAD-7) and somatic (PHQ-15), in addition to the structured questionnaire. The sample consisted of 110 care professionals (assistants, nursing technicians, and nurses), who, after completing the questionnaire, were divided into two groups of professionals with a low (n=54) and high (n=56) anxiety symptom profile. Association analyses and logistic regression were performed to calculate the odds ratio (OR) and 95% confidence interval. The research was approved by the Research Ethics Committee/UFMS (CAAE 53944321.3.0000.0021, document 5.175.675). **Results:** The profile of more severe anxiety symptoms was associated with an inefficient use of free time with family and friends [82.1%; OR = 5.9 (1.39–24.88)], the family's lower understanding of absences [17.9%; OR = 13.6 (1.35–137.8)], the shortest time working in the EU [46.4%; OR = 6.7 (0.94–45.31)], sedentary lifestyle [73.2%; OR = 46.2 (1.48–1443.6)], previously diagnosed psychiatric disorders [58.9%; OR = 42.2 (6.76–263.1)] and the belief that the use of psychotropic medications increases the chance of errors in nursing procedures [92.9%; OR = 49.4 (5.06–482.3)]. Increased frequency of weekly physical activity was associated with a lower likelihood of anxiety symptoms [OR = 0.3 (0.11–0.86)]. Among the psychiatric disorders indicated by the sample, 53.6% were related to anxiety and 17.9% to depression. Although more severe anxiety was associated with poor quality sleep (91.1%) and obesity (19.2%), the adjusted logistic regression model did not include these factors. **Conclusions:** The results obtained are in line with several other national and international studies that indicate the presence of symptoms of anxiety disorders in the routine of urgency and emergency professionals with a greater prevalence and bring a worrying reality that needs to be prevented, diagnosed and treated urgently, by health managers and other authorities. In post-pandemic times, the theme is highly relevant, and the development of new studies with professionals in this area in different places with new samples can help so that interventions are practiced, changing this reality.

Keywords: Anxiety; Emergency Nursing; Mental Disorders; Nursing; Urgency and Emergency.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Correlação linear entre os escores pela escala GAD-7 e PHQ-15 avaliados profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023...28
- Figura 2.** Dicotomização da amostra avaliada de acordo com o perfil obtido na GAD-7 avaliada em profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.....29
- Figura 3.** Composição dos grupos de perfil de ansiedade baixa e alta, com base nos escores da GAD-7 avaliados profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.....30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Interpretação do tamanho de efeito para o teste de Qui-quadrado.....	26
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.....	33
Tabela 3. Caracterização laboral de profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.....	34
Tabela 4. Caracterização de hábitos de vida de profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.....	36
Tabela 5. Caracterização de saúde de profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.....	39
Tabela 6. Uso de medicamentos psicotrópicos por profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.....	40
Tabela 7. Análise das associações com a presença de sintomas de ansiedade mais severos em profissionais de enfermagem que atuam na UE (n=110), no município de Três Lagoas – MS, 2023.....	41

SUMÁRIO

1 Introdução.....	10
1.1 Enfermagem: atribuições e desafios.....	10
1.2 Enfermagem na Urgência e Emergência.....	12
1.3 Transtornos Mentais.....	14
1.3.1 Ansiedade.....	14
1.3.2 Depressão.....	15
1.4 Prevalência de Transtornos Mentais.....	16
1.5 Ansiedade e Depressão na Enfermagem em Urgência e Emergência.....	17
1.6 Uso de substâncias psicoativas para alívio do sofrimento psíquico.....	19
2 Justificativa.....	21
3 Objetivos.....	22
3.1 Objetivo Geral	22
3.2 Objetivos específicos	22
4 Materiais e Métodos.....	23
4.1 Tipo de pesquisa.....	23
4.2 Cenário da pesquisa.....	23
4.3 População de estudo.....	23
4.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	23
4.5 Análise dos dados.....	25
4.6 Aspectos éticos.....	26
5 Resultados.....	28
5.1 Composição de grupos heterogêneos com base em sintomas de ansiedade.....	28
5.2 Caracterização Sociodemográfica.....	31
5.3 Caracterização laboral.....	31
5.4 Caracterização de hábitos de vida.....	32
5.5 Caracterização de saúde e uso de medicamentos psicotrópicos.....	38
5.6 Modelos de regressão logística.....	38
6 Discussão.....	43
7 Conclusões e Considerações finais.....	50
8 Referências.....	51
Apêndice A - Modelo Questionário.....	57
Apêndice B - Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	61
Anexo I - Questionário de Saúde do paciente, sintomas somáticos (PHQ-15).....	64
Anexo II - Escala de Ansiedade Generalizada (GAD-7).....	65
Anexo III - Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa/UFMS.....	66

1. INTRODUÇÃO

1.1 Enfermagem: atribuições e desafios

Segundo Horta (1979), a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano nas suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência por meio da educação; de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais.

A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida (COFEN, 2007).

Como profissão, a enfermagem remonta ao século XIX, mesmo que o ato de cuidar dos outros seja uma das atividades humanas mais precoces. Os seres humanos sempre necessitaram de cuidados na manutenção da vida e na luta contra as doenças. Historicamente, os enfermeiros tinham pouca formação, trabalhavam o dia todo e em condições degradantes. Entretanto, progressivamente, a profissão evoluiu (VIEIRA, 2009).

Em seus primórdios havia uma estreita relação com a maternidade e era exclusivamente feita por mulheres. A enfermagem moderna, com as suas bases de rigor técnico e científico, começou a se desenvolver através de Florence Nightingale, que estruturou seu modelo de assistência depois de ter trabalhado no cuidado de soldados durante a guerra da Criméia. Com Florence, o cuidado ganha especificidade, e é reconhecida como um campo de atividades especializadas e necessárias para a sociedade e que, para o seu exercício, requer uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional. Foi ela quem também fomentou a primeira teoria da enfermagem, sendo que desse modelo derivaram vários outros. Cada um deles possui um modo de compreender a enfermagem e o modo do cuidado prestado aos pacientes (RABY, 2013).

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, a enfermagem é uma das 16 profissões de saúde no Brasil, com exercício profissional regulamentado pela Lei 7.498/1986. É a profissão que está presente em todas as instituições assistenciais, presente nas 24 horas de todos os 365 dias do ano na rede hospitalar. Isso reforça a premissa de que a qualidade das ações de enfermagem interfere, diretamente, na qualidade da assistência em saúde de forma integral.

A enfermagem possui um vasto campo de atuação, possibilitando que esses profissionais realizem diversas atividades, como: ações educativas no local de trabalho, participação no processo de formação de profissionais, realizam o cuidado desde a concepção da vida até a morte nas mais variadas complexidades, bem como atividades de gerenciamento (PIRES *et al.*, 2006).

O trabalho desenvolvido pela enfermagem nos ambientes hospitalares representa grande força, mesmo quando realizado com muitas limitações quanto ao quantitativo de trabalhadores e recursos materiais disponíveis para a assistência. Muitas vezes, é associada à sobrecarga profissional, tempo reduzido de lazer e descanso, o que pode tornar o trabalho estressante e aumentando o desgaste físico e sofrimento psíquico imposto a esses profissionais (SILVA, 2013).

Devido o contato direto com pacientes com risco iminente de morte, ou em cuidados paliativos, os profissionais de enfermagem têm se destacado no crescimento atual de transtornos mentais (RAMOS, 2004). Um estudo sobre o tema mostrou que entre profissionais de saúde com depressão, 66,67% eram enfermeiros, o que mostra que a prevalência de sintomatologia depressiva é mais acentuada entre os profissionais da enfermagem que entre os médicos (BARBOSA *et al.*, 2020).

Muitos são submetidos a condições inadequadas de trabalho, expondo sua vida aos riscos e comprometendo a qualidade da assistência prestada. Em função da sobrecarga de trabalho, são acometidos por vários sintomas e doenças, como: hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, distúrbios osteomusculares relacionado ao trabalho, além de angústia e depressão, que causam danos sobre o corpo e a mente, prejudicando a força de trabalho destes profissionais (PEREIRA, 2013).

Em sua atividade diária, há um acúmulo de funções a esses profissionais, devido às inúmeras responsabilidades assumidas. Por muitas vezes gera-se uma cobrança excessiva em relação à execução das tarefas do dia a dia, evidenciando possíveis riscos e desentendimentos, afetando, assim, a sua saúde mental. O risco de contaminação também está atrelado à vida dos profissionais por estarem expostos diretamente a riscos biológicos, químicos e ergonômicos. Essas situações podem ser potencializadas em locais de maior pressão como em unidades de terapia intensiva (UTI) e pronto socorro (MANETTI; MARZIALE, 2007).

Os profissionais da área da saúde, especialmente os da enfermagem, são susceptíveis a níveis consideráveis de estresse, ansiedade e depressão, sobretudo aqueles que atuam na urgência e emergência (UE), onde decisões precisam ser tomadas de forma assertivas e

rápidas, com cuidados especializados e críticos, e por isso, o sofrimento psíquico tende a ser maior (CREEDY *et al.*, 2017).

1.2 Enfermagem na Urgência e Emergência

Embora os termos urgência e emergência sejam parecidos e frequentemente acompanhados um pelo outro, há diferenças em seus conceitos. De acordo com a Portaria nº 354, de 10 de Março de 2014, sobre boas práticas para organização e funcionamento de serviços de UE, a distinção é clara: **emergência** seria a constatação de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, atenção e tratamento imediatos, enquanto; **urgência** diz respeito à ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência o mais rápido possível (BRASIL, 2014).

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Atenção às Urgências que tem como objetivo, entre outros, garantir universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências. A Rede de Atenção às Urgências reordena a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas, é constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2003).

Nas unidades de UE, a enfermagem atua em quase todas as frentes de trabalho, coordenam as atividades da enfermagem, articulam, supervisionam e controlam as dinâmicas de trabalho, fazem a classificação dos pacientes, além da interligação do trabalho médico com os demais trabalhadores, setores e serviços (MARQUES, 2008). O constante contato com pacientes e seus familiares promove interação entre si, por outro lado gera uma sobrecarga nos profissionais de enfermagem.

A exposição a situações extremas, a expectativa de alta resolutividade e rapidez em condutas e tomada de decisão aumentam a demanda psíquica em profissionais de saúde voltados ao atendimento de UE. O esgotamento emocional é o resultado de tais situações aumenta a vivência de estresse e ansiedade, que por sua vez contribuem para o desenvolvimento de transtornos mentais, como depressão, transtornos de ansiedade, fobias, pânico, doenças psicossomáticas (enxaqueca, impotência sexual, alergias, infertilidade,

taquicardia, mialgia) e o uso de substâncias psicoativas, seja em padrão terapêutico ou abusivo (JUNQUEIRA *et al.*, 2017).

A violência contra os profissionais de enfermagem não é exclusividade dos serviços de UE, porém observa-se uma maior probabilidade de que ela ocorra nesse contexto, devido às tensões existentes neste local, que são causadas pelo tipo de demanda atendida (pacientes graves), a superlotação dessas unidades e a falta de paciência dos acompanhantes. A maioria dos profissionais de enfermagem já sofreu algum tipo de violência, sendo a agressão verbal o tipo mais comum. Contudo, outras formas de violência são cometidas como: agressão física, assédio moral/sexual e discriminação racial (VASCONCELOS, 2012).

A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 trouxe ainda mais preocupações aos profissionais de UE, aumentando os níveis de estresse no seu trabalho. Nesse contexto, estes profissionais também apresentam vulnerabilidade acentuada para o desenvolvimento de transtorno de ansiedade e/ou transtorno de depressão. Quando isso acontece, há impactos significativos na vida pessoal e profissional desses indivíduos (SILVA; DOS SANTOS; DE OLIVEIRA, 2020) estes profissionais se apresentam cada vez mais suscetíveis ao sofrimento psíquico, por enfrentarem seus desafios rotineiros, somado a desestabilização emocional originada pela dor dos pacientes e seus familiares, a falta de Equipamentos de Proteção Individual e equipamentos médicos, o medo de contaminar pessoas próximas causando o distanciamento, além do maior risco de contaminação e morte pela COVID-19 (ESPERIDIÃO; SAIDEL; RODRIGUES, 2020).

Os profissionais da enfermagem que estão lotados nos setores de UE aparecem no topo da classificação em termos de estresse no contexto profissional, pois estão ligados diretamente à doença, a dor e a morte. Convivendo continuamente com inúmeros sentimentos que os levam ao estresse e desgaste físico e mental, tendo que prestar assistência com qualidade num espaço físico que muitas vezes é desconfortável e frio (FARIAS *et al.*, 2011). Não à toa, o envolvimento direto com situações de UE é bastante associado à maior prevalência de transtornos psiquiátricos e deterioração da saúde mental (LI *et al.*, 2018; ALJOHANI *et al.*, 2021; SAHEBI *et al.*, 2021; ALANAZI *et al.*, 2022; CHEN *et al.*, 2022).

1.3 Transtornos Mentais

1.3.1 *Ansiedade*

A ansiedade é um estado emocional natural que envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e comportamentais e que se evidencia em situações de vigília, advertindo quando em situações de perigo real ou possível, sendo importantes para garantir a sobrevivência humana ao longo da evolução (SOUZA *et al.*, 2015).

A ansiedade ativa o sistema nervoso simpático, liberando energia e preparando o corpo para uma ação diante de um perigo. Quando a situação estressora é resolvida, o sistema nervoso parassimpático é responsável por restabelecer o corpo para o seu estado normal, mantendo a homeostase (MORAES; SILVA, 2015). O estresse e ansiedade podem gerar mudanças e alterações positivas, mediante uma resposta de adaptação às situações inesperadas, também estimulando a criatividade e a cooperação coletiva. Entretanto, quando se torna uma condição patológica, especialmente em caráter crônico, gera reações desajustadas como percepção alterada da realidade, interferindo na reação e no desenvolvimento normal do indivíduo, colocando em situação de maior vulnerabilidade física e psíquica (ALMEIDA, 2014; SOUZA *et al.*, 2015).

Em quadros de transtornos ansiosos, o indivíduo pode ser incapaz de responder a estímulos dentro do esperado e gera uma reação desproporcional, com sentimentos difusos interpretados como ameaça. Os sintomas podem ser exacerbados, decorrente da hiperatividade do sistema nervoso autônomo, com alterações respiratórias, sudorese, taquicardia, tremores, tensão e dor muscular, além da experiência subjetiva de sensações de insegurança, pensamentos negativos e antecipatórios. O indivíduo perde sua autopercepção, sendo incapaz de restabelecer o equilíbrio (MARTINZ, 2013; MORAES; SILVA 2015).

De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), os diversos transtornos de ansiedade são caracterizados por medo (resposta emocional à ameaça iminente) e ansiedade (antecipação de ameaça futura) extremos. O medo é mais frequentemente associado a situações de luta ou à fuga, enquanto a ansiedade é mais associada à tensão muscular ou incubação comportamental para ameaças futuras ou possíveis. A experimentação constante dessas emoções culmina em consequências como irritabilidade, angústia, agitações no comportamento (alerta, alteração no padrão de sono) e alterações físicas (taquicardia, elevação da pressão arterial, sudorese, alterações endócrinas e sensoriais, etc.) (LOUZÃ *et al.*, 2011).

O indivíduo com ansiedade patológica desenvolve sentimentos desconfortáveis e evita situações que alimentam esses sentimentos (esquiva). A consequência ocasiona danos diretos no seu relacionamento social, no trabalho e socialmente; com o passar dos dias o nervosismo, irritabilidade, tensão, angústia e preocupação ficam mais evidentes e graves (DALGALARRONDO, 2008). Frente ao estresse e ansiedade constantes, adaptações fisiológicas podem resultar em comorbidades, como quadros depressivos reativos.

1.3.2 Depressão

A depressão é um transtorno afetivo ou de humor, independente da vontade ou caráter do ser humano, que gera respostas como sentimento de tristeza, desinteresse, dificuldade de concentração, distúrbio do sono, pensamentos negativos, irritabilidade, culpa, falta de apetite entre outros (SOUSA *et al.*, 2015; MARTINZ, 2013).

Momentos de desânimo e tristeza, caracterizados por sintomas depressivos leves, são respostas naturais frente às frustrações do dia a dia, em momentos de curta duração como resposta à adaptação a situações de perda vividas pelo indivíduo (ALMEIDA, 2014). O sentimento depressivo passa a ser indicativo de transtorno quando afeta a vida dos indivíduos, ou quando se estende por, no mínimo, duas semanas seguidas, podendo haver a presença de pensamentos de morte/suicídio e até mesmo planos ou tentativas (MARTINZ, 2013).

Fatores biológicos, psicológicos e sociais estão presentes nos transtornos depressivos. Os principais componentes biológicos incluem particularidades genéticas e alterações em vias de neurotransmissão associada ao controle do humor (serotonina, norepinefrina e dopamina, principalmente). Os fatores psicológicos estão relacionados a traumas decorrentes de eventos negativos, abusos físicos ou emocionais, e situações recorrentes de estresse, condições de vulnerabilidade potencializadas pela falta de suporte social e rede de apoio, que compõem fatores sociais. O abuso de álcool, tabagismo, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados são fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos (ALMEIDA, 2014).

Segundo o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), a depressão pode se manifestar como episódio depressivo maior. Dos critérios descritos nesse manual, se estabelece que pelo menos cinco ou mais sintomas estejam presentes: humor deprimido na maior parte do dia, redução do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades (anedonia), perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia quase todos os dias, agitação ou

retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva inapropriados, redução da concentração e pensamentos recorrentes de morte ou de suicídio.

1.4 Prevalência de transtornos mentais

Segundo à Organização Mundial da Saúde (OMS), os problemas de saúde mental já são considerados as doenças do século 21, com destaque para a depressão, que poderá ser a doença mais comum do mundo até 2030. A entidade alerta que o transtorno depressivo já é a segunda causa de perda de dias de trabalho.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) revelou, no ano 2022, que cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo apresentam algum transtorno mental. Essa realidade já havia sido apontada, pelos Estados Unidos, como um dos principais impulsionadores de custos de saúde globalmente nos próximos cinco anos. De acordo com o estudo *Mental Health: Trends & Future Outlook*, a depressão tornou-se mais comum na última década, com um em cada cinco adultos sofrendo de doença mental a cada ano. O crescimento geral da doença é, em grande parte, impulsionado por taxas mais altas em adultos jovens entre 18 e 25 anos de idade.

A OMS estima que mais de 300 milhões de pessoas sejam afetadas pela depressão (4,4% da população mundial), levando à incapacidade de pessoas em todo o mundo e ao suicídio, que representam 800 mil casos, sendo a principal causa de mortes em pessoas com idade entre 15 e 29 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). Por isso, a doença é uma questão de saúde pública. No Brasil, a prevalência de depressão é de 5,8%, maior que a proporção mundial. Ressalta-se que esta atinge uma população jovem, na faixa etária de 15 e 49 anos, impactando diretamente na fase produtiva da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

A ansiedade é a segunda maior causa de transtorno mental nas Américas (5,8% de pessoas acometidas), e o Brasil se destaca em primeiro lugar, com 9,3% de sua população afetada. As mulheres são as mais afetadas, representando 7,7% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). Pessoas com transtornos de ansiedade têm maior risco de doenças cardiometabólicas, como diabetes e eventos cardíacos agudos (CUIJPERS; BEEKMAN, 2012; HALLGREN *et al.*, 2017).

1.5 Ansiedade e Depressão na Enfermagem em Urgência e Emergência

Estudos revelam que os profissionais de enfermagem que atuam em UE têm vulnerabilidade psiquiátrica aumentada em virtude das especificidades da sua prática. Entre esses profissionais, 41,1% apresentaram sintomas leves a moderados de ansiedade, uma prevalência superior em comparação a outros setores de trabalho (VELOSO *et al.*, 2016).

Os serviços públicos de UE sofrem com a superlotação, o ritmo intenso de trabalho, a sobrecarga dos profissionais de saúde e a precariedade de recursos físicos, humanos e materiais (VELOSO *et al.*, 2016), expondo os profissionais de enfermagem a diversos estressores laborais adicionais e riscos à saúde física e mental.

Devido às particularidades do seu trabalho com a exposição a eventos traumáticos, em geral com o risco de morte dos pacientes, profissionais atuantes na UE estão vulneráveis ao transtorno do estresse pós-traumático, ansiedade, depressão e queixas somáticas (ADRIAENSSENS *et al.*, 2012).

Além de toda sua complexidade, a UE exige habilidades específicas dos profissionais, acompanhada de constante atualização sobre procedimentos, medicamentos e conhecimento de produções científicas inéditas voltadas à área. Portanto, o fato de não estar qualificado, traz uma cobrança pessoal, podendo contribuir para o sofrimento e adoecimento do indivíduo. Profissionais de Enfermagem de serviços de UE dedicam a maior parte do tempo à assistência direta a indivíduos em condições graves, trabalham no cuidado de suporte a vida do paciente e estão constantemente diante da vida e morte, exigindo além da capacidade técnica, empatia diante das situações e da mesma forma os expõem a sofrimentos e riscos ocupacionais (ADKINS *et al.*, 2014).

Estudo realizado com profissionais da enfermagem de UE em um hospital no interior de São Paulo apontou que 91,3% deles apresentaram sintomas de depressão (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Devido à realidade vivida, esses profissionais normalizam o excesso de trabalho, a sobrecarga de horas e plantões e o desgaste psíquico como características atribuídas à profissão, não levando em consideração a importância do bem-estar físico e psíquico para uma assistência de qualidade e na vida pessoal nos momentos de lazer com a família e amigos.

Dados de um estudo realizado em uma equipe de enfermagem da UE de um hospital do município de Feira de Santana/BA, mostrou que a prevalência geral de transtornos mentais foi de 26,3%, mas alcançou 53,3% dentre os enfermeiros. Esse dado reforça que esses profissionais têm um risco duas vezes maior do que o apresentado pelos auxiliares e técnicos

de enfermagem (20%), diferença que poderia ser atribuída ao grau de responsabilidade e ao papel exercido pelos enfermeiros (ARAUJO, 2007).

Sabe-se que os transtornos mentais têm alta prevalência entre os trabalhadores de UE, e que devido a isso, os gestores responsáveis pelos serviços de saúde devem estar atentos e promover ações preventivas e terapêuticas nesses ambientes, evitando possíveis desfechos tristes e fatais, bem como a diminuição ou perda da qualidade da assistência prestada. O transtorno depressivo associado a episódios de ansiedade elevam os índices de risco para o suicídio entre estes profissionais, deixando claro que os profissionais que prestam assistência também necessitam ser assistidos (MARTINS; GOLÇALVEZ, 2019).

A presença de sintomas de ansiedade nos profissionais da saúde pode interferir na sua percepção sobre o seu ambiente ocupacional como um fator estressor, o que por sua vez, pode repercutir na sua vida pessoal e profissional, reduzindo sua qualidade de vida desencadeando angústia e desconforto, comportamento alterado com as pessoas próximas e resolução superficial de problemas, que impactam na efetividade da assistência por eles prestada (FARIAS *et al.*, 2017). Ainda, o estresse e ansiedade crônicos são fatores de risco para o desenvolvimento da depressão, aproximando os quadros como comorbidades frequentes ((AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Doenças associadas aos 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, ansiedade, depressão e Síndrome de *Burnout* (MANETTI; MARZIALLE, 2007).

Estudo realizado em 2014, na cidade de Curitiba/PR, sobre o absenteísmo dos profissionais de saúde reforçam os dados citados e evidenciaram que 18% do total de afastamentos estudados ocorreu entre a equipe de enfermagem. Quanto às causas de afastamento, observou-se frequência significativa de episódios depressivos (52,72%), constituindo-se a principal causa de afastamento (SANTANA *et al.*, 2016). A qualidade de vida e lazer são fatores importantes para o bom desempenho de qualquer profissional, principalmente, para aqueles que vivem em situações de tensão e pressão como a UE, gerando cansaço, estresse físico e psicológico, podendo acarretar consequências para saúde.

A depressão traz consigo a redução das capacidades cognitivas do indivíduo prejudicando a sua atenção, memória, percepção, incapacidade parcial ou total de sentir alegria ou prazer, desinteresse, agitação psicomotora, dificuldade de concentração, perda da capacidade de planejamento, energia e a alteração do juízo da verdade e pensamento de cunho negativo, estima-se que quase 20% da população passará por, pelo menos, um episódio de

depressão ao longo da vida (GATO, 2006). Diante da possibilidade de desenvolver transtornos mentais, além dos diversos tipos de terapias e intervenção medicamentosa, a prática de atividade física na prevenção e reabilitação, apresenta ser eficaz devido aos diversos efeitos benéficos que produz no indivíduo.

1.6 Uso de substâncias psicoativas para alívio do sofrimento psíquico

A OMS (1993), utiliza o termo *droga* para definir qualquer substância não produzida pelo organismo (substância química natural ou sintética) que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em suas funções. Essa classificação distoa do senso comum de considerar “droga” apenas como substâncias associadas ao uso ilícito e/ou abusivo. Algumas drogas são capazes de alterar o funcionamento cerebral, atuando no sistema nervoso central (SNC), e causando modificações no estado mental, com impactos no comportamento, na consciência, no humor e na cognição, e por isso são denominadas de drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas (NICASTRI, 2014).

As substâncias psicoativas (SPAs) são classificadas entre lícitas e ilícitas. As substâncias ilícitas referem-se àquelas as quais o consumo, a comercialização e a produção não são permitidas pela lei (ex. cocaína, heroína, maconha); já as lícitas são as que podem ser livremente comercializadas (ex. medicamentos com ação no SNC, álcool e tabaco). Algumas substâncias lícitas estão submetidas a certas restrições, como o caso das bebidas alcoólicas e tabaco, que não podem ser vendidos a menores de 18 anos, ou alguns medicamentos, que só podem ser adquiridos após prescrição médica com receituário especial e venda controlada (SENAD, 2014).

Dentro de uma unidade de pronto atendimento, a equipe de enfermagem possui fácil acesso as SPAs, facilitando o acesso e a automedicação sem atentar-se à dose correta ou regimes terapêuticos apropriados. Adicionalmente, alguns enfermeiros possuem facilidade no acesso a prescrição sem consultas adequadas com um médico, devido às suas relações interpessoais, não realizando o acompanhamento correto do tratamento (MUNHOZ *et al.*, 2010), o que pode facilitar o uso abusivo dessas substâncias. Embora a prescrição formal e acompanhamento adequado possam compor uma parcela significativa do uso de SPAs, profissionais da saúde podem evitar o tratamento formal por um estigma associado à fraqueza emocional, incapacidade de realizar o trabalho de forma adequada, necessidade de afastamentos e medo de impacto econômico.

Tem sido notório que os profissionais de saúde, em especial os que trabalham diretamente na linha do cuidado - como os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem - compõem uma categoria de profissionais mais exposta e vulnerável ao risco maior para uso e abuso de SPAs, devido à maior possibilidade de automedicação, pelo acesso facilitado às variadas substâncias disponíveis no ambiente hospitalar ou, ainda, por terem dentre suas responsabilidades o armazenamento e controle de SPAs durante a rotina laboral. Somada às condições precárias e de qualidade de vida no trabalho (recursos materiais e subjetividade humana), muitos profissionais também apresentam condições de saúde mórbidas (MACIEL *et al.*, 2017), o que enaltece favoravelmente à manifestação e o desenvolvimento de determinadas doenças laborais (inclusive psiquiátricas), muitas vezes aliadas aos conhecimentos técnico-científicos que detêm sobre tais substâncias, contribuem para automedicação com o intuito de aliviar certos sintomas (GALVAN, 2016).

Os profissionais de saúde que fazem uso de SPAs de forma abusiva têm conhecimento suficiente através de sua formação e prática de que estão negligenciando as determinações do código de ética da profissão. Uma avaliação do Conselho de Enfermagem do Texas, em 2010, destacou que aproximadamente um terço de todas as ações disciplinares tomadas contra enfermeiros foi por problemas relacionados diretamente ao uso de SPAs (RAMSHAW, 2010). Na maioria das vezes, seus colegas percebem e acompanham essa prática, porém preferem omitir-se, evitando constrangimentos para a pessoa, equipe, profissão e até para a instituição empregadora (MACIEL *et al.*, 2017). A dependência química dos profissionais de saúde já se transformou em séria preocupação das autoridades sanitárias de vários países do mundo, principalmente Estados Unidos e Inglaterra. No Brasil, a discussão é pouco explorada, mas pesquisas já demonstram a gravidade da questão, considerando tanto os riscos individuais e gastos em saúde (MARTINS, CORRÊA, 2004).

Um estudo realizado com enfermeiros nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, no ano de 2019, concluiu que o consumo de psicotrópicos por esses profissionais tem crescido exponencialmente, com 77% dos entrevistados relatando o uso desses fármacos em algum momento. De acordo com Alves e colaboradores (2012), também há uma negação e/ou tendência à minimização do problema. Muitos trabalhadores da área de saúde se recusam a falar sobre esse assunto, uma vez que parece comprometedor ou vergonhoso, ou ainda por temer serem punidos com afastamentos ou demissões.

O uso de “drogas de abuso”, sejam lícitas ou não, também pode ser analisado como uma forma de automedicação “informal” para controle de sintomas de ansiedade e depressão (conhecida como 'hipótese da automedicação') (TURNER *et al.*, 2018; HAWN *et al.*, 2020;

TOOLE *et al.*, 2020). Embora essa relação com drogas de abuso possa compor uma estratégia para enfrentamento e alívio do sofrimento pela sensação de alívio e relaxamento imediatos (SCHOLZE *et al.*, 2017), esse comportamento aumenta o risco de dependência entre profissionais de enfermagem (EPSTEIN *et al.*, 2010; ROSS *et al.*, 2010).

2. Justificativa

Diante do exposto, existe a necessidade de investigar os fatores associados à ansiedade entre os profissionais atuantes em UE, pois é fundamental garantir sua qualidade de vida, para que possam oferecer uma qualidade da assistência prestada aos pacientes, bem como para possuir informações necessárias para subsidiar possíveis ações voltadas à promoção da saúde desses profissionais. Além de cooperar significativamente com o conhecimento científico e contribuir com a valorização dos trabalhadores de urgência e emergência.

Embora a literatura aponte a existência de diversos estudos sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem que atuam em urgência e emergência, a maioria destes estão restritos às unidades hospitalares. Ainda hoje, são escassas as pesquisas realizadas especificamente em unidades não hospitalares, tais como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (GOMES, 2014). De forma semelhante, não encontramos, em nossa busca bibliográfica, resultados de pesquisas com indicadores de ansiedade em trabalhadores de enfermagem atuantes em UPA, fortalecendo a relevância do nosso estudo.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Identificar fatores associados à ansiedade em profissionais de Enfermagem da Urgência e Emergência.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, laboral, de hábitos de vida, saúde e uso de substâncias psicoativas de profissionais de enfermagem de uma Unidade de Pronto Atendimento;
- Avaliar sintomas psicológicos e somáticos de ansiedade nesta amostra;
- Identificar fatores associados à ansiedade aumentada em profissionais de Enfermagem da Urgência e Emergência.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de uma abordagem quantitativa e transversal.

4.2. Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Três Lagoas, localizada no estado do Mato Grosso do Sul. Trata-se da terceira cidade mais populosa do estado com aproximadamente 125 mil habitantes, e está situada no sul da região Centro-Oeste do Brasil (IBGE, 2021).

O cenário da pesquisa foi a UPA, instalada na cidade há nove anos, aberta 24 horas por dia. É uma das principais portas de entrada para urgências e emergências da cidade e circunvizinhanças, atende situações de baixa e média complexidade.

4.3. População de estudo

A população-alvo desse estudo foram os profissionais de enfermagem que atuavam na assistência direta aos pacientes (auxiliares técnicos de enfermagem e enfermeiros). O critério de inclusão para participar do estudo foi a atuação em urgência e emergência com experiência mínima de um ano. Foram excluídos da amostra: profissionais atualmente afastados das atividades e profissionais que não atuem diretamente na assistência ao paciente (atuação voltada à gestão/coordenação/educação continuada). O estudo contou com a participação de 110 profissionais.

Não houve recusas em participar do estudo, mas três profissionais foram excluídos, pois atuavam em cargos administrativos (Educação Continuada, Responsável Técnica e Coordenação da unidade).

4.4. Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados aconteceu entre o período 10 de fevereiro a 05 de maio de 2022. Os profissionais foram abordados no plantão, durante o intervalo de descanso, que tinha duração de duas horas. Nesse momento houve elucidação sobre o propósito da pesquisa, consentimento em participar (ver item 4.6) e coleta de dados, sempre na presença do pesquisador, que ofereceu auxílio aos participantes quando necessário, garantindo clareza

para os participantes e sanando quaisquer dúvidas. Como a coleta aconteceu durante o período de pandemia pela COVID-19, o uso de equipamentos de proteção individual e demais normas de biossegurança foram adotados para assegurar menor exposição ao risco entre o pesquisador e os participantes.

Foi aplicado um questionário estruturado em três partes, de autoria própria, com um total de 36 questões (**Apêndice A**); na primeira, foram coletados dados relacionados à *caracterização sociodemográfica e laboral* do participante, com 17 questões relacionadas a sexo, idade, raça/etnia, estado civil, profissão, jornada de trabalho, existência ou não de outra atividade profissional além da desempenhada; na segunda, foram avaliados *aspectos de saúde*, com 09 questões incluindo a presença de transtornos mentais, doenças crônicas, padrão de consumo de drogas recreativas (lícitas e ilícitas) e padrão de sono; a última parte avaliou o *padrão de uso de medicamentos psicotrópicos*, com 10 questões relacionadas aos medicamentos utilizados, padrão de consumo e consequências associadas.

Por fim, foram aplicadas duas escalas psicométricas, de uso livre e sem direitos autorais, voltadas à avaliação da ansiedade:

I. Questionário de Saúde do Paciente, Sintomas somáticos (*Patient Health Questionnaire-15, Somatic symptoms*; PHQ-15), que é uma escala que não se destina apenas a avaliar a presença de sintomas somáticos associados ao estresse/ansiedade, mas à intensidade em que eles se manifestam (KROENKE *et al.*, 2010). Foi validada e traduzida, sendo autorizado o uso por todos os profissionais da saúde, mostrando-se eficiente em vários contextos de associação de sintomas somáticos com outras condições de saúde (KROENKE, SPITZER, WILLIAMS, 2002; ZORZETTO-FILHO, 2009). A escala é composta pela avaliação de 15 sinais e sintomas psicossomáticos, pontuados em uma escala de Likert de três níveis (**Anexo I**);

II. Escala de Ansiedade Generalizada (*Generalized anxiety disorder-7*; GAD-7), com uso voltado à avaliação de sintomas comuns a vários transtornos associados à ansiedade, incluindo pânico, fobia social e estresse pós-traumático, além da própria ansiedade generalizada (KROENKE *et al.*, 2010). Foi validada no exterior (SPITZER *et al.*, 2006; KROENKE *et al.*, 2007), traduzida e validada no contexto brasileiro (MORENO *et al.*, 2016) e é composta pela avaliação de sete sinais e sintomas relacionados à ansiedade, pontuados em uma escala de Likert de quatro níveis, e aspectos adicionais sobre crises de ansiedade (sim/não) (**Anexo II**). A utilização das escalas é autorizada para o uso dos diversos profissionais da área da saúde.

Ambas adotam pontos de corte para caracterização de sintomas: mínimos (≤ 4), leves (5 a 9), moderados (10 a 14) e severos (≥ 15) (KROENKE *et al.*, 2010). Com o uso das escalas, foi possível estratificar os participantes em diferentes níveis de ansiedade, pela mediana dos escores obtidos (detalhado no item 5.1).

Quanto aos procedimentos adotados, inicialmente o questionário foi aplicado em um grupo não relacionado ao escopo da pesquisa, como teste piloto, a fim de avaliar se ele iria atender as informações necessárias para o desenvolvimento do estudo. Posteriormente, os participantes foram consultados para a participação voluntária do estudo e, aqueles que aceitaram, responderam o questionário anonimizado (codificado) juntamente com as escalas psicométricas mencionadas.

4.5. Análise dos dados

Variáveis contínuas (numéricas) foram avaliadas quanto à normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov: em casos de distribuição normal ($p > 0,05$), foi realizado o teste de T de Student para amostras independentes (idade); para parâmetros sem distribuição normal ($p \leq 0,05$), foi adotado o teste de Mann-Whitney para amostras independentes (número de filhos e frequência semanal de atividades físicas). Nesses casos, os dados foram representados com média \pm erro padrão da média (EPM).

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

O tamanho de efeito, medida associada à magnitude das diferenças entre os grupos, foi descrito como Phi/ ϕ ($df=1$; tabelas de contingência 2x2) ou V de Cramér ($df > 1$; tabelas de contingência que excedam 2x2), variando de 0 a 1. Em geral, índices mais próximos a um indicam maior tamanho de efeito (*i.e.*, maior diferença real entre os grupos comparados), embora existam variações de interpretação de acordo com o perfil dos dados avaliados (**Tabela 1**).

Tabela 1. Interpretação do tamanho de efeito para o teste de Qui-quadrado.

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

Fonte: adaptado de KIM, 2017.

Modelos de regressão logística binária bruta e ajustada foram conduzidos para analisar os fatores associados à ansiedade maior, com cálculo da razão de probabilidade não ajustada (*Odds ratio*; OR) como medida adicional de probabilidade de ocorrência, associada ao intervalo de confiança (IC) de 95% das medidas. Variáveis com $p \leq 0,20$ na análise bruta foram inseridas no modelo ajustado pelo método *backward stepwise*, que determinou a composição do modelo final. A correlação entre as escalas psicométricas utilizadas foi estabelecida pelo teste de Spearman (ρ), seguida por um modelo de regressão linear simples.

Os gráficos foram elaborados com uso do *software GraphPad Prism® 9.0* (GraphPad Software, EUA). O *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) v. 25.0* (IBM Corp., EUA) foi utilizado para realizar as análises estatísticas descritas, de acordo com os testes estatísticos mais apropriados, com significância estabelecida em $p < 0,05$.

4.6. Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e aprovado (CAAE 53944321.3.0000.0021, parecer 5.175.675; **Anexo III**), com início da coleta de dados posterior a esse processo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi fornecido em duas vias, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS, 2012).

Antes de iniciar a coleta de dados, os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, riscos, benefícios e métodos a serem empregados de forma verbal e com o acompanhamento do pesquisador responsável. Posteriormente, foram obtidas as assinaturas do TCLE (**Apêndice B**), elaborado em duas vias, ambas assinadas/rubricadas pelas partes envolvidas, sendo uma entregue ao participante e a outra arquivada pelos pesquisadores.

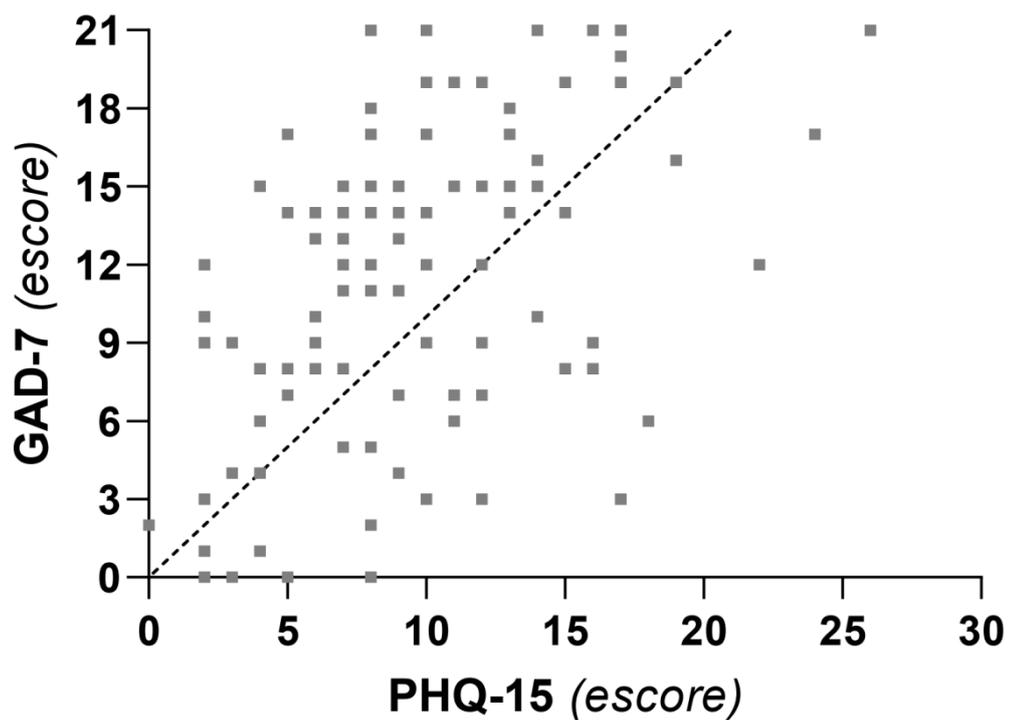
O risco de quebra de sigilo existe, mas ele foi minimizado pela restrição ao acesso de dados sensíveis dos participantes, que possam identificá-los, a apenas um dos membros da equipe executora, que aplicou o TCLE, questionários e instrumentos, sendo os últimos isentos de qualquer identificação pessoal exceto por código padronizado. O banco de dados foi igualmente anonimizado e codificado, impedindo o acesso aos dados sensíveis dos participantes pelos demais pesquisadores envolvidos.

5. RESULTADOS

5.1. Composição de grupos heterogêneos com base em sintomas de ansiedade

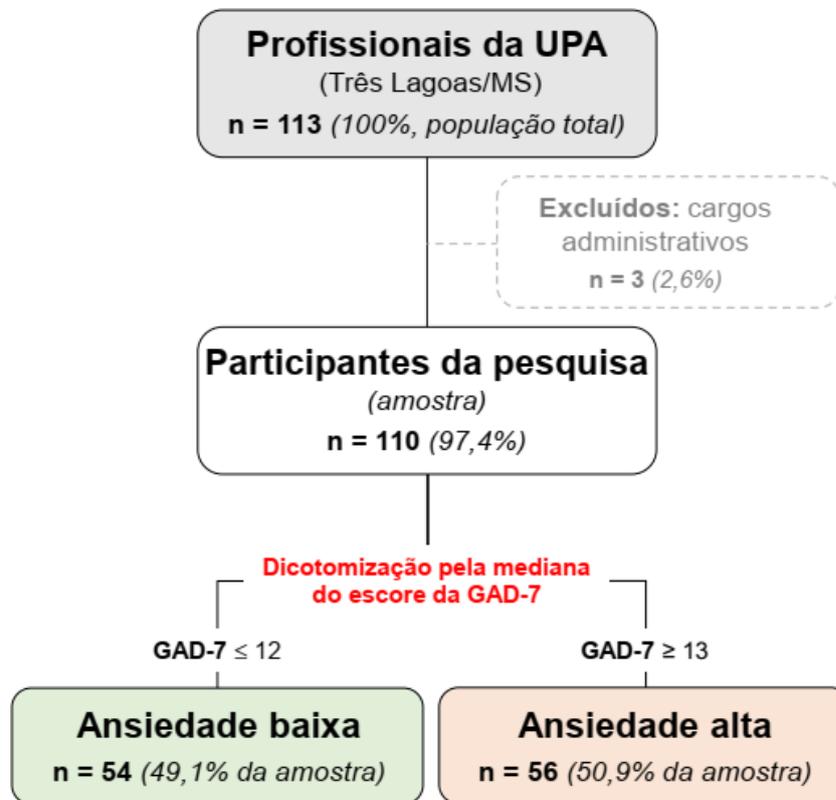
Inicialmente, foi demonstrado que os escores das escalas adotadas apresentam correlação positiva pelo teste de Spearman ($\rho = 0,47$, $p < 0,0001$). Por regressão linear simples, é possível prever que escores maiores de GAD-7 acompanham escores maiores de PHQ-15 ($F_{(1,108)} = 29,5$, $p = 0,0001$, $R^2 = 0,215$; **Fig. 1**), indicando uma associação entre sintomas psicológicos e somáticos de ansiedade.

Figura 1. Correlação linear entre os escores da GAD-7 e PHQ-15 avaliados profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.



Levando em conta a correlação existente entre as escalas psicométricas avaliadas, a amostra ($n=110$) foi dicotomizada a partir da mediana do escore para a GAD-7, havendo a segregação de dois grupos, com base no escore total no GAD-7: o grupo de **ansiedade baixa** ($n=54$; escores de $GAD-7 \leq 12$) e **alta** ($n=56$; escores de $GAD-7 \geq 13$) (**Figura 2**).

Figura 2. Dicotomização da amostra avaliada de acordo com o perfil obtido pela escala GAD-7 avaliada em profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.

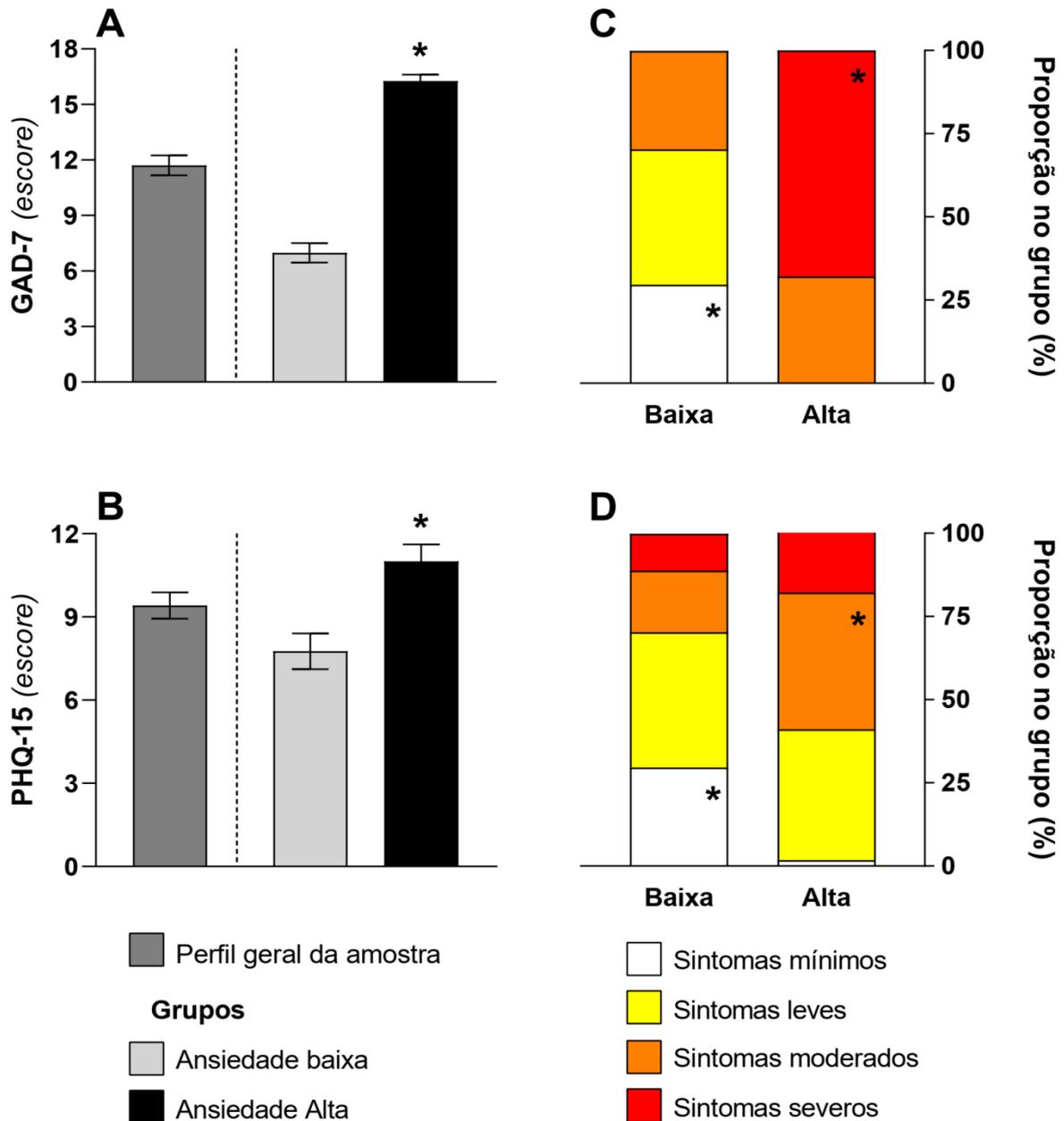


Os grupos estabelecidos foram comparados entre si quanto às escalas aplicadas, a fim de caracterizar as subpopulações e inferir a eficiência em dividir a amostra total de forma heterogênea (Figura 3). O teste de Mann-Whitney indicou diferença significativa entre os grupos quanto ao escore geral do GAD-7 ($U = 0,0$, $p = 0,0001$; **Fig. 3A**) e PHQ-15 ($U = 905,0$, $p = 0,0001$; **Fig. 3B**). Esses resultados confirmam a diferença entre os subgrupos avaliados quanto presença e intensidade de sintomas associados à ansiedade e somatização, respectivamente.

As escalas adotadas apresentam pontos de corte para caracterização de sintomas mínimos (≤ 4), leves (5 a 9), moderados (10 a 14) e severos (≥ 15). Quando foram avaliadas as proporções de participantes que compõe cada uma das faixas de interpretação das escalas, quanto à severidade dos sintomas, o teste de Qui-quadrado de Pearson indica uma composição diferencial dos grupos quanto à GAD-7 ($\chi^2_{(3)} = 76,10$, $p = 0,0001$; $V = 0,83$; **Fig. 3C**) e PHQ-15 ($\chi^2_{(3)} = 19,33$, $p = 0,0001$; $V = 0,42$; **Fig. 3D**).

Em conjunto, esses resultados estabelecem o perfil distinto dos grupos quanto à presença e severidade de sintomas associados à ansiedade, sejam eles mais relacionados a aspectos psicológicos (GAD-7) ou somáticos (PHQ-15).

Figura 3. Composição dos grupos de perfil de ansiedade baixa e alta, com base nos escores da GAD-7 avaliados profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.



Legenda: Os gráficos representam os escores obtidos na escala GAD-7 (A) e PHQ-15 (B), com valores expressos como média ± EPM dos escores avaliados, com diferenças significativas (* $p < 0,05$) analisadas pelo Teste de Mann-Whitney (grupos independentes). A composição dos grupos, de acordo com os pontos de corte de severidade estabelecidos, é ilustrada como proporções em cada grupo para a GAD-7 (C) e PHQ-15 (D), com diferenças significativas (* $p < 0,05$) analisadas pelo Teste de Qui-Quadrado de Pearson (C, D).

Após avaliação da amostra, foi possível delinear um perfil diferencial entre profissionais de enfermagem classificados de acordo com o perfil baixo ou alto de sintomas de ansiedade. Entre os profissionais mais ansiosos, ficaram estabelecidos como fatores associados: (i) menor tempo de atuação no setor de UE; (ii) menor percepção de compreensão das ausências pela família e sensação de não conseguir aproveitar o tempo livre adequadamente; (iii) percepção de sono insuficiente ou inadequado; (iv) sedentarismo ou menor frequência semanal de atividades físicas; (v) histórico de transtornos psiquiátricos diagnosticados previamente, especialmente aqueles associados à ansiedade, e; (vi) presença de obesidade como comorbidade. O modelo final de regressão não incluiu fatores como presença de obesidade, má qualidade de sono e transtorno de ansiedade diagnosticado previamente como preditores eficientes de maior ansiedade. Não houve associação do uso de medicamentos psicotrópicos ou drogas de abuso quanto à ansiedade, embora os participantes com perfil mais ansioso acreditem que o uso de medicamentos possa aumentar o risco de erros em procedimentos de enfermagem. Entre os participantes que usavam psicofármacos, houve associação entre ansiedade mais intensa e frequência maior de taquicardia como sintoma de abstinência aos medicamentos.

5.2. Caracterização Sociodemográfica

A avaliação de dados sociodemográficos (**Tabela 2**) evidenciou que a amostra foi composta por participantes com média de 40,1 anos, com predomínio ($p < 0,05$) feminino (78,2%), autoidentificados como pardos (48,2%), casados ou com união estável (53,6%) e renda mensal familiar entre R\$ 5.000 e R\$ 9.999,99 (50%). Ao comparar os grupos de ansiedade baixa/alta entre si, não houve qualquer dependência dos parâmetros avaliados.

5.3. Caracterização laboral

A avaliação de dados laborais (**Tabela 3**) evidenciou que a amostra foi composta majoritariamente ($p < 0,05$) por auxiliares ou técnicos(as) de enfermagem (61,8%), com atuação na UE por até cinco anos (34,5%), regime de trabalho de plantões 12 x 36h (61,8%), que fazem plantões noturnos (80,9%) e trabalham aos finais de semana (98,2%) e que não exercem outra atividade profissional (95,5%). O predomínio dos avaliados considera passar pouco tempo com a família (88,2%) e relatam aproveitar o tempo livre com familiares e

amigos menos do que gostariam (69,1%), mas relatam que os familiares entendem as ausências pelo trabalho (89,1%).

Ao comparar os grupos, foi estabelecida a dependência entre maiores níveis de ansiedade com tempo de atuação na UE de até cinco anos, ter familiares que não compreendem as ausências por conta do trabalho e sentir que poderia aproveitar melhor o tempo livre com familiares e amigos.

5.4. Caracterização de hábitos de vida

Quanto ao perfil de hábitos de vida (**Tabela 4**), a amostra apresentou predomínio ($p < 0,05$) de participantes que não consideram dormir bem (83,6%) embora tenham média diária de mais de 6h de sono (62,7%), não praticam atividade física (62,7%), não são tabagistas (89,1%) e relataram não utilizar drogas ilícitas (100%). Foi possível estabelecer uma associação entre o perfil de ansiedade maior com o autorrelato de qualidade de sono inadequada e sedentarismo. Ao contrário, a maior frequência de realização de atividades físicas durante a semana (tanto absoluta quanto em faixas) foi associada ao perfil de ansiedade menor.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.

Parâmetros	Amostra total (n=110)	Análise por aderência (amostra)	Subgrupos (de acordo com GAD-7)		Análise de independência (grupos)
			Baixa (n=54)	Alta (n=56)	
Idade (anos)	40,1 ± 0,7	-	40,4 ± 1,0	39,9 ± 1,1	$t_{(108)} = 0,28, p = 0,77$
Sexo					
Masculino	24 (21,8%)	$\chi^2_{(1)} = 34,9,$	14 (25,9%)	10 (17,9%)	$\chi^2_{(1)} = 1,05,$
Feminino	86 (78,2%)	*p = 0,0001	40 (74,1%)	46 (82,1%)	$p = 0,30; \phi = 0,09$
Raça/Etnia					
Branca	44 (40%)	$\chi^2_{(2)} = 24,0,$	22 (40,7%)	22 (39,3%)	$\chi^2_{(2)} = 0,06,$
Preta	13 (11,8%)	*p = 0,0001	6 (11,1%)	7 (12,5%)	$p = 0,97; V = 0,02$
Parda	53 (48,2%)		26 (48,1%)	27 (48,2%)	
Estado civil					
Solteiro (a)	40 (36,4%)	$\chi^2_{(2)} = 31,8,$	20 (37%)	20 (35,7%)	$\chi^2_{(2)} = 0,07,$
Casado (a) ou união estável	59 (53,6%)	*p = 0,0001	29 (53,7%)	30 (53,6%)	$p = 0,96; V = 0,02$
Separado (a) ou divorciado (a)	11 (10%)		5 (9,3%)	6 (10,7%)	
Renda mensal (R\$) (faixas)					
Até 4.999,99	40 (36,4%)	$\chi^2_{(2)} = 22,3,$	18 (33,3%)	22 (39,3%)	$\chi^2_{(2)} = 0,98,$
5.000,00 a 9.999,99	55 (50%)	*p = 0,0001	27 (50%)	28 (50%)	$p = 0,61; V = 0,09$
10.000 ou mais	15 (13,6%)		9 (16,7%)	6 (10,7%)	

Valores são expressos como média ± EPM (idade) ou números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo (demais variáveis). * indica uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos avaliados, analisada pelos testes *Qui*-quadrado de Pearson (χ^2), T de Student (t) ou Mann-Whitney (U) para amostras independentes. Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Tabela 3. Caracterização laboral de profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.

Parâmetros	Amostra total (n=110)	Análise por aderência (amostra)	Subgrupos (de acordo com GAD-7)		Análise de independência (grupos)
			Baixa (n=54)	Alta (n=56)	
Profissão					
Auxiliar ou Técnico (a) de enfermagem	68 (61,8%)	$\chi^2_{(2)} = 6,14,$	34 (63%)	34 (60,7%)	$\chi^2_{(1)} = 0,06,$
Enfermeiro (a)	42 (38,2%)	*p = 0,01	20 (37%)	22 (39,3%)	$p = 0,80; \phi = 0,02$
Tempo de atuação na Urgência e Emergência (faixas)					
Até 5 anos	38 (34,5%)		12 (22,2%)	26 (46,4%)	
De 6 a 10 anos	32 (29,1%)	$\chi^2_{(3)} = 11,4,$	17 (31,5%)	15 (26,8%)	$\chi^2_{(3)} = 8,43,$
De 11 a 15 anos	26 (23,6%)	*p = 0,01	15 (27,8%)	11 (19,6%)	*p = 0,03; V = 0,27
16 anos ou mais	14 (12,7%)		10 (18,5%)	4 (7,1%)	
Regime de trabalho semanal					
Mais que 36h	33 (30%)		17 (31,5%)	16 (28,6%)	
Plantão 12 x 36 h	68 (61,8%)	$\chi^2_{(2)} = 48,0,$	31 (57,4%)	37 (66,1%)	$\chi^2_{(2)} = 1,52,$
Outros (ex. 24 x 24h)	9 (8,2%)	*p = 0,0001	6 (11,1%)	3 (5,4%)	$p = 0,46; V = 0,11$
Faz plantões noturnos					
Não	21 (19,1%)	$\chi^2_{(1)} = 42,0,$	8 (14,8%)	13 (23,2%)	$\chi^2_{(1)} = 1,25,$
Sim	89 (80,9%)	*p = 0,0001	46 (85,2%)	43 (76,8%)	$p = 0,26; \phi = 0,10$
Trabalha aos finais de semana					
Não	2 (1,8%)	$\chi^2_{(1)} = 102,1,$	2 (3,7%)	0 (0%)	
Sim	108 (98,2%)	*p = 0,0001	52 (96,3%)	56 (100%)	$p = 0,24$ (TEF)
Exerce outra atividade profissional					
Não	105 (95,5%)	$\chi^2_{(1)} = 90,9,$	53 (98,1%)	52 (92,9%)	
Sim	5 (4,5%)	*p = 0,0001	1 (1,9%)	4 (7,1%)	$p = 0,36$ (TEF)

Continua...

Continuação: **Tabela 3.** Caracterização laboral de profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.

Parâmetros	Amostra total (n=110)	Análise por aderência (amostra)	Subgrupos (de acordo com GAD-7)		Análise de independência (grupos)
			Baixa (n=54)	Alta (n=56)	
Considera que passa pouco tempo com a família					
Não	13 (11,8%)	$\chi^2_{(1)} = 64,1,$	9 (16,7%)	4 (7,1%)	$p = 0,15$ (TEF)
Sim	97 (88,2%)	*$p = 0,0001$	45 (83,3%)	52 (92,9%)	
A família compreende as ausências por conta do trabalho					
Não	12 (10,9%)	$\chi^2_{(1)} = 67,2,$	2 (3,7%)	10 (17,9%)	*$p = 0,03$ (TEF)
Sim	98 (89,1%)	*$p = 0,0001$	52 (96,3%)	46 (82,1%)	
Aproveita tempo livre com família e amigos					
Não, nunca	5 (4,5%)	$\chi^2_{(1)} = 71,1,$ *$p = 0,0001$	2 (3,7%)	3 (5,4%)	$\chi^2_{(2)} = 11,3,$ *$p = 0,004$; V = 0,32
Sim, menos que gostaria.	76 (69,1%)		30 (55,6%)	46 (82,1%)	
Sim, sempre	29 (26,4%)		22 (40,7%)	7 (12,5%)	

Valores são expressos como números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo (demais variáveis). * indica uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos avaliados, analisada pelo Teste de *Qui*-quadrado de Pearson (χ^2) ou Teste Exato de Fisher (TEF). Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Tabela 4. Caracterização de hábitos de vida de profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.

Parâmetros	Amostra total (n=110)	Análise por aderência (amostra)	Subgrupos (de acordo com GAD-7)		Análise de independência (grupos)
			Baixa (n=54)	Alta (n=56)	
Considera que dorme bem					
Não	92 (83,6%)	$\chi^2_{(1)} = 49,8,$	41 (75,9%)	51 (91,1%)	*p = 0,04 (TEF)
Sim	18 (16,4%)	*p = 0,0001	13 (24,1%)	5 (8,9%)	
Estimativa de média de horas de sono por dia (em faixas)					
Menos que 6h	41 (37,3%)	$\chi^2_{(1)} = 7,13,$	20 (37%)	21 (37,5%)	$\chi^2_{(1)} = 0,03,$ $p = 0,90; \phi = 0,01$
6h ou mais	69 (62,7%)	*p = 0,008	34 (63%)	35 (62,5%)	
Pratica atividades físicas					
Não	69 (62,7%)	$\chi^2_{(2)} = 7,12,$	28 (51,9%)	41 (73,2%)	$\chi^2_{(1)} = 5,36,$ *p = 0,02; $\phi = 0,22$
Sim	41 (37,3%)	*p = 0,008	26 (48,1%)	15 (26,8%)	
	1,2 ± 0,1	-	1,6 ± 0,2	0,7 ± 0,2	U = 1126,0, *p = 0,008
Consome bebida alcoólica					
Não	58 (52,7%)	$\chi^2_{(1)} = 0,33,$	28 (51,9%)	30 (53,6%)	$\chi^2_{(1)} = 0,03,$ $p = 0,85; \phi = 0,01$
Sim	52 (47,3%)	$p = 0,56$	26 (48,1%)	26 (46,4%)	

Continua...

Continuação: **Tabela 4.** Caracterização de hábitos de vida de profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.

Parâmetros	Amostra total (n=110)	Análise por aderência (amostra)	Subgrupos (de acordo com GAD-7)		Análise de independência (grupos)
			Baixa (n=54)	Alta (n=56)	
Fuma cigarros de tabaco					
Não	98 (89,1%)	$\chi^2_{(1)} = 67,2,$	50 (92,6%)	48 (85,7%)	$p = 0,36$ (TEF)
Sim	12 (10,9%)	*$p = 0,0001$	4 (7,4%)	8 (14,3%)	
Faz uso de drogas ilícitas					
Não	110 (100%)	-	54 (100%)	56 (100%)	-

Valores são expressos como média \pm EPM (frequência semanal de atividades físicas) ou números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo (demais variáveis). * indica uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos avaliados, analisada pelo Teste de Mann-Whitney (U) para amostras independentes, Qui-quadrado de Pearson (χ^2) ou Teste Exato de Fisher (TEF). Fonte: dados da pesquisa, 2023.

5.5. Caracterização de saúde e uso de medicamentos psicotrópicos

Ao avaliar os dados de saúde (**Tabela 5**), foi estabelecida a predominância ($p < 0,05$) de participantes sem transtornos psiquiátricos (61,8%) ou outras doenças crônicas (74,5%) diagnosticadas. Foi possível estabelecer dependência entre o perfil de ansiedade mais alta com o diagnóstico formal de transtorno psiquiátrico (especialmente transtornos de ansiedade, confirmando a dicotomização dos grupos) e obesidade.

O uso de medicamentos psicotrópicos (**Tabela 6**) foi relatado por 41,8% da amostra, principalmente agentes hipnóticos/sedativos (10,9%) e antidepressivos (19,1%), embora sem significância estatística. A maioria dos participantes ($p < 0,05$) acredita que o uso de medicamentos psicotrópicos aumenta a chance de cometer esses erros (86,4%), havendo associação entre essa percepção e o perfil de ansiedade mais alta.

5.6 Modelos de regressão logística

Os fatores previamente associados ao perfil de ansiedade mais alta foram analisados por regressão logística binominal univariada, em modelos brutos e ajustados (**Tabela 7**). No modelo final definido, o perfil de ansiedade mais alta entre profissionais de enfermagem que atuam na UE foi associado aos seguintes fatores: menor tempo de experiência no setor (até 5 anos; OR = 6,7), pouca compreensão da família sobre as ausências impostas pelo trabalho (OR = 13,6), percepção de aproveitar menos o tempo livre do que gostaria (OR = 5,9), não praticar atividade física (OR = 46,2), ter algum diagnóstico psiquiátrico prévio (OR = 42,2) e acreditarem que o uso de medicamentos psicotrópicos aumenta a chance de erros em procedimentos de enfermagem (OR = 49,4). O aumento na frequência de atividades físicas praticadas na semana foi associado ao menor risco de compor o grupo de ansiedade mais alta (OR = 0,3). O modelo final não incluiu as variáveis de qualidade de sono autorrelatada, transtorno de ansiedade diagnosticado previamente e obesidade como bons preditores para o perfil de ansiedade mais alta ($p > 0,05$).

Mesmo essas variáveis se apresentando como fatores associados aos sintomas de ansiedade, essas não determinam que os indivíduos acometidos apresentarão sintomas mais severos

Tabela 5. Caracterização de saúde de profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.

Parâmetros	Amostra total (n=110)	Análise por aderência (amostra)	Subgrupos (de acordo com GAD-7)		Análise de independência (grupos)
			Baixa (n=54)	Alta (n=56)	
Transtorno psiquiátrico diagnosticado					
Não	68 (61,8%)	$\chi^2_{(1)} = 6,14$, * p = 0,01	45 (83,3%)	23 (41,1%)	$\chi^2_{(1)} = 20,8$, * p = 0,0001 ; $\phi = 0,43$
Sim	42 (38,2%)		9 (16,7%)	33 (58,9%)	
Especificação do(s) transtorno (a) psiquiátrico(s) relatado(s)					
Ansiedade	39 (35,5%)	$\chi^2_{(1)} = 9,3$, * p = 0,002	9 (16,7%)	30 (53,6%)	$\chi^2_{(1)} = 16,3$, * p = 0,0001 ; $\phi = 0,38$
Depressão	14 (12,7%)	$\chi^2_{(1)} = 61,1$, * p = 0,0001	4 (7,4%)	10 (17,9%)	$p = 0,15$ (TEF)
Outras	8 (7,3%)	$\chi^2_{(1)} = 80,3$, * p = 0,0001	2 (3,7%)	6 (10,7%)	$p = 0,27$ (TEF)
Outra(s) doença(s) crônica(s) diagnosticada(s)					
Não	82 (74,5%)	$\chi^2_{(2)} = 26,5$, * p = 0,0001	43 (79,6%)	39 (69,6%)	$\chi^2_{(1)} = 1,44$, $p = 0,23$; $\phi = 0,11$
Sim	28 (25,5%)		11 (20,4%)	17 (30,4%)	
Especificação da(s) doença(s) crônica(s) relatada(s)					
Obesidade	13 (11,8%)	$\chi^2_{(1)} = 64,1$, * p = 0,0001	2 (3,7%)	11 (19,6%)	* p = 0,01 (TEF)
Hipertensão	11 (10%)	$\chi^2_{(1)} = 70,4$, * p = 0,0001	6 (11,1%)	5 (8,9%)	$p = 0,76$ (TEF)
Diabetes	7 (6,4%)	$\chi^2_{(1)} = 83,8$, * p = 0,0001	2 (3,7%)	5 (8,9%)	$p = 0,44$ (TEF)
Outras	9 (8,2%)	$\chi^2_{(1)} = 76,9$, * p = 0,0001	4 (7,4%)	5 (8,9%)	$p = 1,00$ (TEF)

Valores são expressos como números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo. * indica uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos avaliados, analisada pelo teste de *Qui*-quadrado de Pearson (χ^2) ou Teste Exato de Fisher (TEF). Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Tabela 6. Uso de medicamentos psicotrópicos por profissionais de enfermagem que atuam na UE, no município de Três Lagoas – MS, 2023.

Parâmetros	Amostra total (n=110)	Análise por aderência (amostra)	Subgrupos (de acordo com GAD-7)		Análise de independência (grupos)
			Baixa (n=54)	Alta (n=56)	
Faz uso de algum medicamento psicotrópico					
Não	64 (58,2%)	$\chi^2_{(1)} = 2,94, p = 0,08$	34 (63%)	30 (53,6%)	$\chi^2_{(1)} = 0,99,$ $p = 0,32; \phi = 0,09$
Sim	46 (41,8%)		20 (37%)	26 (46,4%)	
Classificação terapêutica¹ dos medicamentos descritos					
N02A. Analgésicos opioides	6 (5,5%)	$\chi^2_{(1)} = 87,3, *p = 0,0001$	4 (7,4%)	2 (3,6%)	$p = 0,43$ (TEF)
N03. Antiepilépticos	8 (7,3%)	$\chi^2_{(1)} = 80,3, *p = 0,0001$	6 (11,1%)	2 (3,6%)	$p = 0,16$ (TEF)
N05B. Ansiolíticos	7 (6,4%)	$\chi^2_{(1)} = 83,8, *p = 0,0001$	2 (3,7%)	5 (8,9%)	$p = 0,44$ (TEF)
N05C. Hipnóticos e sedativos	23 (20,9%)	$\chi^2_{(1)} = 37,2, *p = 0,0001$	11 (20,4%)	12 (21,4%)	$\chi^2_{(1)} = 0,02,$ $p = 0,89; \phi = 0,01$
N06A. Antidepressivos	21 (19,1%)	$\chi^2_{(1)} = 42,0, *p = 0,0001$	9 (16,7%)	12 (21,4%)	$\chi^2_{(1)} = 0,40,$ $p = 0,52; \phi = 0,06$
Outros ²	4 (3,6%)	$\chi^2_{(1)} = 94,6, *p = 0,0001$	1 (1,9%)	3 (5,4%)	$p = 0,62$ (TEF)
Acredita que o uso de medicamentos psicotrópicos aumenta a chance de erros em procedimentos de enfermagem					
Não	15 (13,6%)	$\chi^2_{(1)} = 58,2, *p = 0,0001$	11 (20,4%)	4 (7,1%)	*p = 0,05 (TEF)
Sim	95 (86,4%)		43 (79,6%)	52 (92,9%)	

Valores são expressos como números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo (demais variáveis). * indica uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos avaliados, analisada pelo Teste de *Qui*-quadrado de Pearson (χ^2) ou Teste Exato de Fisher (TEF). ¹Caracterização segundo a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* (ATCC), proposta pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020). ²Foram agrupados os fármacos mencionados em menor frequência (≤ 5), incluindo as categorias N05A (antipsicóticos) e N6B (psicoestimulantes e nootrópicos). Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Tabela 7. Análise das associações com a presença de sintomas de ansiedade mais severos em profissionais de enfermagem que atuam na UE (n=110), no município de Três Lagoas – MS, 2023.

Parâmetros	Subgrupos (de acordo com GAD-7)		OR bruta (IC95%)	OR ajustada (IC95%)
	Baixa (n=54)	Alta (n=56)		
Laboral: Tempo de atuação na Urgência e Emergência (faixas)				
Até 5 anos	12 (22,2%)	26 (46,4%)	5,4 (1,41–20,81), * <i>p</i> = 0,01	6,5 (0,94–45,31), * <i>p</i> = 0,05
De 6 a 10 anos	17 (31,5%)	15 (26,8%)	2,2 (0,57–8,52), <i>p</i> = 0,25	2,1 (0,29–16,38), <i>p</i> = 0,45
De 11 a 15 anos	15 (27,8%)	11 (19,6%)	1,8 (0,45–7,41), <i>p</i> = 0,39	1,4 (0,15–13,23), <i>p</i> = 0,75
16 anos ou mais	10 (18,5%)	4 (7,1%)	Ref.	Ref.
Laboral: A família compreende as ausências por conta do trabalho				
Não	2 (3,7%)	10 (17,9%)	5,6 (1,17–27,14), * <i>p</i> = 0,03	13,6 (1,35–137,8), * <i>p</i> = 0,03
Sim	52 (96,3%)	46 (82,1%)	Ref.	Ref.
Laboral: Aproveita tempo livre com família e amigos				
Não, nunca	2 (3,7%)	3 (5,4%)	4,7 (0,65–34,18), <i>p</i> = 0,12	4,7 (0,16–136,93), <i>p</i> = 0,36
Sim, menos que gostaria	30 (55,6%)	46 (82,1%)	4,8 (1,83–12,67), * <i>p</i> = 0,001	5,9 (1,39–24,88), * <i>p</i> = 0,01
Sim, sempre	22 (40,7%)	7 (12,5%)	Ref.	Ref.
Hábitos: Considera que dorme bem				
Não	41 (75,9%)	51 (91,1%)	3,2 (1,06–9,81), * <i>p</i> = 0,04	-
Sim	13 (24,1%)	5 (8,9%)	Ref.	-
Hábitos: Pratica atividades físicas				
Não	28 (51,9%)	41 (73,2%)	2,5 (1,14–5,63), * <i>p</i> = 0,02	46,2 (1,48–1443,6), * <i>p</i> = 0,03
Sim	26 (48,1%)	15 (26,8%)	Ref.	Ref.

Continua...

Continuação: Tabela 7. Análise das associações com a presença de sintomas de ansiedade mais severos em profissionais de enfermagem que atuam na UE (n=110), no município de Três Lagoas – MS, 2023.

Parâmetros	Subgrupos (de acordo com GAD-7)		OR bruta (IC95%)	OR ajustada (IC95%)
	Baixa (n=54)	Alta (n=56)		
Hábitos: Frequência semanal de atividades físicas	1,6 ± 0,2	0,7 ± 0,2	0,7 (0,56–0,91), * <i>p</i> = 0,007	0,3 (0,11–0,86), * <i>p</i> = 0,02
Saúde: Transtorno psiquiátrico diagnosticado				
Não	45 (83,3%)	23 (41,1%)	Ref.	Ref.
Sim	9 (16,7%)	33 (58,9%)	7,2 (2,94–17,5), * <i>p</i> = 0,0001	42,2 (6,76–263,1), * <i>p</i> = 0,0001
Saúde: Transtorno de ansiedade diagnosticado				
Não	45 (83,3%)	26 (46,4%)	Ref.	-
Sim	9 (16,7%)	30 (53,6%)	5,7 (2,37–14,0), * <i>p</i> = 0,0001	-
Saúde: Tem obesidade				
Não	52 (96,3%)	45 (80,4%)	Ref.	-
Sim	2 (3,7%)	11 (19,6%)	6,3 (1,34–30,2), * <i>p</i> = 0,02	-
Medicamentos: Acredita que o uso de medicamentos psicotrópicos aumenta a chance de erros em procedimentos de enfermagem				
Não	11 (20,4%)	4 (7,1%)	Ref.	Ref.
Sim	43 (79,6%)	52 (92,9%)	3,3 (0,98–11,19), * <i>p</i> = 0,05	49,4 (5,06–482,3), * <i>p</i> = 0,001

Valores são expressos como média ± EPM (frequência semanal de atividades físicas) ou números absolutos e porcentagens referentes à proporção relativa dentro do mesmo grupo (demais variáveis). * indica uma diferença significativa ($p < 0,05$) nos modelos brutos ou ajustados de regressão logística binomial univariada. OR: *Odds Ratio* ou razão de probabilidade. IC: Intervalo de confiança. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes. Omnibus test = $[\chi^2_{(10)} = 67,5; p < 0,0001]$; Teste de Hosmer e Lemeshow = $[\chi^2_{(7)} = 0,84; p = 0,997]$. Fonte: dados da pesquisa, 2023.

6. Discussão

Na análise sociodemográfica da pesquisa, observou-se a idade média de 40 anos, com uma variação entre 40,4 e 39,9 anos de idade. Em relação ao sexo, prevaleceu com 78,2% o feminino. Esse dado vem ao encontro com o levantamento realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em julho de 2022, mostrando que o Brasil possui 2.710.143 profissionais de enfermagem – entre auxiliares, técnicos e enfermeiros – com mulheres compondo 84,6% do quadro.

Esse dado também é evidenciado em um estudo onde a predominância do sexo feminino nas equipes de enfermagem em uma sala de Emergência de Unidade Mista de Saúde é de 75% (SOUZA *et al.*, 2015).

Embora o aumento dos homens na área da enfermagem tenha crescido nos últimos anos, o desempenho desta função, desde os primórdios da profissão, faz parte de um serviço prestado predominantemente por mulheres, detentoras do conhecimento advindo de outras ciências e saberes pessoais que, em síntese, ajuda a apreender o âmago da natureza do exercício da profissão, o cuidado para com o próximo (LIMA; SOUZA, 2015). Importante mencionar que transtornos de ansiedade são mais prevalentes em mulheres, deixando essa categoria profissional mais vulnerável (NOGUEIRA, 2009). Estudo realizado nos Estados Unidos apresentou evidências de que, entre as prováveis causas dessa diferença entre os sexos, estão os fatores genéticos e a influência exercida pelos hormônios sexuais femininos (SHEAR, 1997). Podem também estar relacionada às responsabilidades atribuídas às mulheres, como o cuidado dos filhos e da família aliada às atividades profissionais com longas jornadas de trabalho e inserção em postos de trabalho mais precários. Desta forma, estão mais propensas ao estresse, ansiedade e transtornos mentais.

Em relação à experiência profissional, 34,5% dos participantes declaram ter até 5 anos de efetivo trabalho em unidades de UE. Ao comparar os grupos, foi estabelecida a dependência entre maiores níveis de ansiedade com tempo de atuação na Urgência e Emergência de até 5 anos. Corroborando os dados acima, a insegurança relacionada a ter que assumir a liderança de uma equipe e colocar em prática sua habilidade de líder, ser aceito, testado e conquistar e a confiança do pessoal sob sua liderança são as principais dificuldades enfrentadas. Simultaneamente a esses eventos, a dificuldade do enfermeiro articular o conhecimento acadêmico com as atividades que precisa realizar, uma vez que percebem uma discrepância entre teoria e prática e lidar com situações complexas como fonte de estresse e ansiedade nesses profissionais (SOUZA, 2011; COSTA, 2017).

De acordo com Oliveira, Mazzaia e Marcolan (2015) e Rocha e colaboradores (2020), o trabalho pode se tornar uma fonte de sofrimento ou satisfação, dependendo da forma como este está organizado. A falta de coesão, empatia dos colegas de profissão e sobrecarga de tarefas, entre os profissionais de saúde foram preditores significativos para o aparecimento de problemas somáticos, dentre eles a prevalência de ansiedade. Esses dados também concordam com a associação observada entre níveis maiores de ansiedade com menores tempos de atuação na UE (até 5 anos) como inferência para menos tempo de experiência na área, menor compreensão das ausências pela família (17,9%) e insatisfação quanto ao tempo livre investido na família (82,1%).

A sobrecarga entre vida profissional e social parece ser um fator importante entre os participantes mais ansiosos, já que, muitas vezes, os familiares não conseguem entender a ausência associada à profissão. O descontentamento familiar é um gerador de grande insatisfação, pois quanto mais estressado na vida pessoal, maiores as chances de adoecimento, redução da qualidade de vida e desencadeamento de desconforto e angústias, o que pode impactar diretamente na efetividade da assistência prestada por esses profissionais (OLIVIERA, 2021).

A respeito dos hábitos de vida dos entrevistados, cerca de 83,6% declararam não dormirem bem. Foi possível estabelecer uma associação entre o perfil de ansiedade maior com o autorrelato de qualidade de sono inadequada e sedentarismo. Essa porcentagem alta também pode ser notada em uma pesquisa realizada com profissionais de enfermagem de um hospital privado do interior da Bahia, com índices de insatisfação quanto ao sono alcançando 88% dos auxiliares de enfermagem e 72% dos enfermeiros (PINHEIRO, 2015). Outro estudo realizado no Hospital das Clínicas em São Paulo traz resultados bastante expressivos sobre o tema: foram avaliados 75 profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva, sendo que 97,3% deles apresentaram má qualidade de sono e 70,6% uma sonolência diurna excessiva (BARBOSA, 2008).

Alterações na qualidade do sono resultam em menor sono reparador e cansaço diurno, pois o ciclo sono/vigília está intimamente ligado às alterações na liberação de cortisol, um hormônio associado ao estresse, que atua na indução da vigília e pode agravar, ainda mais, o controle do sono, prejudicando o desempenho do profissional. Além disso, alterações no perfil de sono pode predispor aumento da pressão arterial, frequência cardíaca, dores musculares, distúrbios alimentares, diabetes tipo II e outros efeitos negativos para a pessoa (LOPES *et al.*, 2021).

Montanholi, Tavares e Oliveira (2006) sustentam essa premissa, quando afirmam que o sono diurno posterior ao trabalho noturno sofre grandes perturbações, tanto na sua estrutura interna quanto na sua duração. Um estudo realizado com a equipe de enfermagem da UPA de Passos/MG identificou as dificuldades de recuperação do sono da equipe de enfermagem que trabalha no período noturno e as consequências biopsicossociais e familiares causadas pela privação do sono. O trabalho noturno pode causar um impacto negativo na saúde dos profissionais, podendo ocasionar distúrbios do ritmo circadiano, interferências no desempenho do trabalho, dificuldades no relacionamento familiar e social, deterioração da saúde, que pode manifestar-se nos distúrbios do sono e hábitos alimentares e, em longo prazo, em desordens mais severas que acometem o sistema gastrointestinal, e provavelmente, o sistema cardiovascular, além de causar fadiga, ansiedade e depressão (MEDEIROS *et al.*, 2009).

No grupo de alto índice de ansiedade, 73,2% não realizam nenhum tipo de atividade física e 19,6% dos participantes sofrem de obesidade. Esse perfil foi mais acentuado que o encontrado em um estudo realizado no México, que apresentou uma prevalência de sedentarismo de 43%, mas que envolveu profissionais da saúde de forma geral (VENEGAS, 2006). Estudos que restringem a avaliação de trabalhadores de enfermagem nas áreas de intensivismo e emergência, como um realizado em um hospital de Porto Alegre/RS, evidenciou elevado percentual de sobrepeso e obesidade (68,9%) (SILVEIRA, 2013).

Segundo a OMS, o Brasil assumiu o primeiro lugar na América Latina quanto ao sedentarismo em 2022, representando 46% da população e quinto lugar mundialmente. O sedentarismo é um dos fatores de risco para agravos à saúde mais prevalentes na população mundial, sendo identificado atualmente como um importante problema de saúde pública.

Eleutério (2018) revela fatos em sua pesquisa que vão de acordo com os resultados dessa investigação em se tratando da associação de sintomas ansiosos com a obesidade e falta de atividades físicas. Durante as várias fases da vida de um ser humano, mudanças ocorrem e o comportamento alimentar se adapta de acordo com as expectativas e experiências vividas, na qual, muitas vezes, o indivíduo faz uma associação entre o alimento e algum momento de solidão, grande estresse ou, ainda, conflitos internos e externos, havendo uma distorção da relação entre a pessoa e a alimentação.

Harvey *et al* (2010), baseados em estudos prévios que sugeriram que a atividade física pode ter efeitos antidepressivos e/ou ansiolíticos, examinaram a relação dos exercícios com esses transtornos psiquiátricos, indicando que a atividade física pode ter um papel importante na prevenção e tratamento da ansiedade e depressão. De fato, há algum tempo tem sido

indicada a adoção de rotinas de exercícios físicos como opção eficaz para tratamento de quadros leves a moderados de depressão e ansiedade, ou mesmo como adjuvantes ao potencializar a ação de medicamentos e psicoterapia (KATZMAN *et al.*, 2014; KENNEDY *et al.*, 2016; STUBBS *et al.*, 2018). A associação de exercícios físicos como estratégia de tratamento a transtornos psiquiátricos é ainda mais clara em casos de obesidade e síndrome metabólica (MCINTYRE *et al.*, 2012; ROMERO-PÉREZ *et al.*, 2020; SCHUCH, VANCAMPFORT, 2021).

Estudo realizado no Hospital do Câncer de Barretos/SP, com o objetivo de avaliar os efeitos de um programa de atividade física no local de trabalho com a equipe de enfermagem de uma unidade de cuidados paliativos, mostrou que cerca de um terço dos profissionais tinham sintomas de ansiedade ou depressão no início do estudo, havendo uma redução significativa na proporção de profissionais sintomáticos após 3 meses de intervenção (FREITAS *et al.*, 2014).

A maioria dos profissionais deste estudo não pratica nenhum tipo de atividade física, e esses profissionais em sua grande maioria sendo mulheres, que acabam por desenvolverem uma dupla jornada com os afazeres de casa e filhos (SILVA, VADOR, BARBOSA, 2021). Em contrapartida, segundo os mesmos autores, estudos comprovam que a realização de algum tipo de atividade física por, ao menos, 30 minutos diários é suficiente para aliviar o estresse diário e aumentar o nível de motivação para as atividades laborais (SILVA, VADOR, BARBOSA, 2021).

A eficácia do exercício físico sobre a ansiedade pode ser encontrada em uma revisão sistemática, no qual contemplou estudos publicados entre 1990 e 2013, que realizaram intervenções na área da dança, exercício aeróbico, treinamento resistido e exercícios de ioga e concluíram que essas atividades realizadas no ambiente de trabalho diminuiriam os sintomas da ansiedade (CHU *et al.* 2014). Essa relação entre exercício físico e ansiedade é evidenciada em outro estudo, o qual demonstra que os maiores níveis de ansiedade se encontram naqueles sujeitos que não praticam atividade física regularmente (KHANZADA *et al.*, 2015).

Em outro estudo realizado na cidade de Chapecó/SC, a melhora de grupo experimental de 36 participantes após atividades físicas regulares durante 12 semanas, conseguiu diminuir para menos da metade os sintomas de ansiedade (LAUX *et al.* 2018). De forma importante, a obesidade foi a comorbidade mais frequente entre os participantes mais ansiosos, indicando a dupla vantagem em implementação de atividades físicas nesses casos, já que as consequências positivas sobre a ansiedade poderiam acompanhar um controle mais adequado do peso e condicionamento físico (BOGOSSIAN *et al.*, 2020).

Em se tratando das doenças em geral, a amostra geral mostrou que 35,5% declaram sofrerem de ansiedade, 12,7% depressão e 7,3% de outros tipos de transtornos psiquiátricos. Esses dados vão ao encontro com estudo realizado com 104 profissionais de um hospital privado do Paraná, em 2020, indicando que 48% da população amostral apresentou algum sinal de depressão, 52% sintomas de ansiedade e 52% apresentavam algum sintoma de estresse (MAIER, KANUNFRE, 2021).

A ansiedade pode conferir vantagens e desvantagens adaptativas de enfrentamento a situações de risco, mas torna-se patológica quando se torna extrema, constante ou superdimensionada, afetando diretamente a qualidade de vida psicológica e física do indivíduo, superando qualquer função adaptativa (CASTILHO, 2000).

É frequente o sofrimento com uma carga de ansiedade maior do que a suportável em profissionais de prestação dos serviços à população, aos quais são impostas tarefas e habilidades específicas na área do cuidado com o outro, (GARCIA, 2014). O esgotamento físico e mental é ainda mais marcante entre profissionais que desempenham suas funções em unidades de urgência e emergência, um fator associado à maior propensão ao estresse e ao uso de substâncias psicoativas (BOLLER, 2002).

Uma pesquisa realizada com 385 profissionais de enfermagem na França reafirma essa realidade ao identificar que os enfermeiros que trabalham em UE, Recuperação Pós-anestésica e UTI apresentaram alto nível de demanda e baixo nível de controle do estresse laboral (TROUSSELARD, 2008).

Contudo, não houve relação entre os níveis de ansiedade e uso de medicamentos psicotrópicos no contexto avaliado neste estudo. Participantes mais ansiosos relatam diagnóstico prévio de transtornos psiquiátricos, especificamente transtornos de ansiedade, reforçando que a dicotomização dos grupos com base na GAD-7 foi sensível.

Os sintomas e distúrbios de ansiedade foram os principais referidos por profissionais na enfermagem dos serviços de UE como motivo de absenteísmo na Grécia e Irlanda (SANTANA *et al.* 2016). Ainda segundo os mesmos autores acima, o índice de ansiedade dos enfermeiros socorristas gira em torno de 47% dos relatos de ansiedade em decorrência da profissão na Arábia Saudita, enquanto no Brasil, cerca de 30% dos enfermeiros relatam terem desenvolvido algum tipo de transtorno de ansiedade, em um estudo feito na cidade de João Pessoa/PB. Esses estudos reforçam que a prevalência de sintomas ansiosos em profissionais de enfermagem transpassa aspectos geográficos e culturais.

Um estudo realizado em Belo Horizonte/MG aponta o uso comum de medicamentos antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos por profissionais de enfermagem como forma de

amenizar sofrimento causado pelas lacunas entre o profissional e o sistema de trabalho (BARBOSA *et al.*, 2022). Embora o uso de medicamentos psicotrópicos tenha sido relatado pelos participantes avaliados, não houve associação clara com a ansiedade ou caracterização de automedicação. Outros estudos indicaram um uso predominante de fluoxetina (53,1%; categoria N06A, antidepressivos), seguidos de benzodiazepínicos (48,1%; categorias N03, antiepiléticos e N05C, hipnóticos e sedativos) entre profissionais de enfermagem (ARAÚJO; ARILO, 2020), com prevalências muito maiores que as observadas nos resultados apresentados (19,1% para antidepressivos, 20,9% para hipnóticos e sedativos e 7,3% para antiepiléticos).

A menor frequência de uso de medicamentos psicotrópicos na amostra avaliada pode explicar a dificuldade em estabelecer associações entre automedicação e ansiedade, que faziam parte da proposta inicial do projeto. Em acordo, nenhum participante relatou o uso de drogas ilícitas, um indicativo de que alguns parâmetros podem ser subestimados por omissão dos participantes, por se tratar de um questionário auto preenchido, o relato pouco frequente de uso de medicamentos psicotrópicos pode ser um viés causado pelo medo de repreensão no trabalho (caso a informação chegue aos superiores) ou até uma dificuldade em assumir a necessidade de uso desses medicamentos e até mesmo o uso pelo estigma associado.

Essa hipótese é reforçada pelo fato de os participantes mais ansiosos - que presumivelmente fariam mais uso desses medicamentos - considerarem mais assertivamente que o uso desses fármacos estaria mais associado ao risco de erros em procedimentos em enfermagem (92,9%), aumentando as chances de omissão quanto ao seu uso, um fator que pode ser associado à maior apreensão desses profissionais e cobrança quanto ao seu próprio desempenho (RIBEIRO *et al.*, 2020). Apesar do resultado dessa pesquisa, alguns estudos mostram que não existe relação direta/causal entre os fatores que efetivamente podem ocasionar os erros quando comparado aos fatores citados e percebidos pelos participantes (CARDOSO, 2020).

Ao analisar o modelo ajustado de regressão logística incluindo os fatores previamente associados à ansiedade na amostra, a probabilidade de compor o grupo de perfil de alta ansiedade teve probabilidade: 49 vezes maior entre os que acreditam que o uso de medicamentos psicotrópicos aumentam o risco de erros de procedimentos de enfermagem; 46 vezes entre os que não praticam atividade física; 42 vezes maior entre aqueles com diagnósticos psiquiátricos prévios; 13 vezes entre os que indicaram pouca compreensão da família sobre as ausências impostas pelo trabalho; 6 vezes maior entre os que têm menos tempo de experiência em UE e acreditam aproveitar menos o tempo livre do que deveriam.

Cada dia de aumento na frequência de atividades físicas semanais representou um risco 3 vezes menor de compor o grupo de alta ansiedade. Embora os fatores associados à qualidade de sono autorrelatada, histórico de diagnóstico de transtornos de ansiedade e obesidade tenham sido fatores associados ao perfil mais ansioso, esses fatores não foram incluídos no modelo final como bons preditores.

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível estabelecer uma associação entre níveis mais intensos de sintomas psicossomáticos de ansiedade em profissionais de enfermagem com: **(i)** menor tempo de atuação no setor de UE; **(ii)** menor percepção de compreensão das ausências pela família e sensação de não conseguir aproveitar o tempo livre adequadamente; **(iii)** percepção de sono insuficiente ou inadequado; **(iv)** sedentarismo ou menor frequência semanal de atividades físicas; **(v)** histórico de transtornos psiquiátricos diagnosticados previamente, especialmente aqueles associados à ansiedade, e; **(vi)** presença de obesidade como comorbidade. O modelo final de regressão não incluiu fatores como presença de obesidade, má qualidade de sono e transtorno de ansiedade diagnosticado previamente como preditores eficientes de maior ansiedade. Não houve associação do uso de medicamentos psicotrópicos ou drogas de abuso quanto à ansiedade, embora os participantes com perfil mais ansioso acreditem que o uso de medicamentos possa aumentar o risco de erros em procedimentos de enfermagem. Entre os participantes que usavam psicofármacos, houve associação entre ansiedade mais intensa e frequência maior de taquicardia como sintoma de abstinência aos medicamentos.

Os resultados do presente estudo vêm ao encontro com vários outros nacionais e internacionais que indicam a presença de sintomas de ansiedade na rotina dos profissionais de UE com maior prevalência e trazem uma realidade preocupante que necessita ser prevenida, diagnosticada e tratada urgentemente pelos gestores de saúde e demais autoridades. O tema tem alta relevância especialmente em tempos pós-pandemia, e o desenvolvimento de novos estudos com os profissionais dessa área em locais distintos com novas amostras podem auxiliar para que intervenções sejam praticadas mudando essa realidade. Com esses resultados obtidos torna-se possível a avaliação de fatores biopsicossociais associados à maior prevalência de sintomas ansiosos entre profissionais de enfermagem que atuam na UE.

8. REFERÊNCIAS

- ALVES, S. A. **A relação entre capacidades empáticas, depressão e ansiedade em jovens.** (Dissertação de Mestrado). Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2012. Brasil.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5.** 5th. ed. 2013 Washington: American Psychiatric Association
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5.** Tradução Maria Inês Correa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Acesso em: 02 set. 2022.
- ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA). **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Acesso em: 16 jan. 2022.
- ARAUJO, Z.H.; ARILO, L.M.C. **Orientações de boas práticas sobre o uso de psicotrópicos: um projeto de intervenção.** 2020. Disponível em: Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES): (unarus.gov.br) >. Acesso em: 03 nov 2022
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Abuso e Dependência de benzodiazepínicos.**
- AZEVEDO, A. J. P. *et al.* Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 83-90, 2016. Acesso em: 16 jan. 2022.
- BARBOSA, K.H. *et al.* Desgastes físicos e emocionais do enfermeiro decorrentes do atendimento pré-hospitalar móvel. **J. nurs. health.** Universidade Federal de Pelotas. V.2, N.2. 2022. Disponível em: < Desgastes físicos e emocionais do enfermeiro decorrentes do atendimento pré-hospitalar móvel / Nurses' physical and emotional exhaustion resulting from mobile pre-hospital care | Barbosa | **Journal of Nursing and Health** (ufpel.edu.br)>. Acesso em: 26 out 2022
- BARBOSA, J.I.R.A. *et al.* Avaliação do padrão de sono dos profissionais de Enfermagem dos plantões noturnos em Unidades de Terapia Intensiva. **Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein São Paulo**, v. 6, n. 3, p. 296 -301, junho, 2008.
- BOGOSSIAN, T. Horas de enfermagem trabalhadas e o estresse no trabalho do enfermeiro. **Glob Acad Nurs.** 2021. Disponível em: < Vista do Horas de enfermagem trabalhadas e o estresse no trabalho do enfermeiro | **Global Academic Nursing Journal** >. Acesso em: 05 nov 2022
- BOGOSSIAN, T. *et al.* Impactos da obesidade no ambiente hospitalar: o caso do enfermeiro. **Global Academic Nursing Journal**, 2020. Disponível em: < <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/32> > Acesso em: 28 dez. 2022.
- BOLLER, E. **O enfrentamento do estresse no trabalho da enfermagem em emergência - possibilidades e limites na implementação de estratégias gerenciais.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. 200 p. 2002. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/82894> >. Acesso em: 23 nov 2022
- CAMPONÊS, D.L. *et al.* **Exposição da equipe de enfermagem ao estresse no ambiente de trabalho na unidade de urgência e emergência.** **Life Style.** v. 2, n. 1, 2015. Disponível em: < Exposição da equipe de enfermagem ao estresse no ambiente de trabalho na unidade de urgência e emergência | **Life Style** (unasp.edu.br) >. Acesso em: 17 out 2022

- CARDOSO, S.R. *et al.* Erros na administração de medicamentos via parenteral: Perspectiva dos técnicos de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** 2020;33:eAPE20190276.
- CASTILLO, A. R.G.L. *et al.* **Transtornos de ansiedade.** Revista Brasileira de Psiquiatria 22 (2000): 20-23. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3791.pdf>> Acesso em: 01 set 2022.
- CHU, A.H. *et al.* **Fazer exame físico no local de trabalho, intervenções de atividade física melhoram os resultados de saúde mental?.** Ocupa Med. 2014; 64(4): 235-245
- COSTA TV, Guariente MHD. Enfermeiros egressos do currículo integrado: inserção e atuação profissional. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(1):77-85, jan., 2017. Disponível <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11880/14337>
- CREEDY, D.K. *et al.* Prevalência de burnout, depressão, ansiedade e estresse em parteiras australianas: um levantamento transversal. **BMC Gravidez Parto.** 2017;7(1):13. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1212-5>
- CRUZ, M. S.; FELICISSIMO, M. Problemas médicos, psicológicos e sociais associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. In: FORMIGONI, M. L. O. S. (Coord.). **Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2.** 7. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. p. 125-143.
- DALGALARRONDO, P. **A afetividade e suas alterações. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** (2ª. ed.). 2018 Porto Alegre: Artmed.
- DALRI, R.C.M.B. *et al.* Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. *Ciencia y Enfermería*, vol. 16, núm. 2, agosto, 2010, pp. 69-81 **Universidad de Concepción Concepción, Chile.**
- ELEUTÉRIO, R.V. **O enfermeiro da atenção básica à saúde frente à pessoa em situação de sobrepeso/obesidade com sintomas de transtornos mentais.** Trabalho de conclusão de curso do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. Florianópolis. 81p. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/191338/TCC_Raul_Enfermagem_UFSC2018.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 nov 2022
- FERREIRA, M. C. R.; MARTINO, M. M. F. O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 241-248, 2006.
- FREITAS, A.R. *et al.* Impacto de um programa de atividade física sobre a ansiedade, depressão, estresse ocupacional e síndrome de Burnout dos profissionais de enfermagem no trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Barretos, mar.-abr. 2014;22(2):332-6 DOI: 10.1590/0104-1169.3307.2420
- GALVAN, M. R. *et al.* Automedicação entre profissionais da saúde. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, 20:e959, 2016. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1094>. Acesso em: 16 jan. 2021. doi: 10.5935/1415-2762.20160029.
- GARCIA, A.B. **Cultura organizacional e vivência de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico do interior do Estado de São Paulo.** Dissertação de Mestrado, apresentada à escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 108p. 2014. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06022015-180450/publico/ALESSANDRABASSALOBREGARCIA.pdf>>. Acesso em: 23 nov 2022
- JUNQUEIRA, M. A. B. *et al.* Sintomas depressivos e uso de drogas entre profissionais da equipe de enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e20180129, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eann/v22n4/pt_1414-8145-eann-22-04-e20180129.pdf. Acesso em: 16 jan. 2021. doi:10.1590/2177-9465-eann-2018-0129.
- KATZMAN, M. A. *et al.* Diretrizes de prática clínica canadense para o manejo da ansiedade, estresse pós-traumático e transtornos obsessivo-compulsivos. **Psiquiatria BMC**, v. 14 Supl 1, p. S1, 2014.

- KENNEDY, S. H. *et al.* **Rede Canadense de Tratamentos de Humor e Ansiedade (CANMAT) 2016 diretrizes clínicas para o manejo de adultos com transtorno depressivo maior**: Seção 3. Tratamentos farmacológicos: Seção 3. Tratamentos farmacológicos. *Jornal canadense de psiquiatria. Revue canadienne de psychiatrie*, v. 61, n. 9, pág. 540–560, 2016.
- KHANZADA F.J.; SOOMRO N, K.S.Z. Associação de Exercício Físico na Ansiedade e Depressão em Adultos. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2015; 25(7):546-548.
- KROENKE K.; SPITZER R.L.; WILLIAMS J.B. O PHQ-15: validade de uma nova medida para avaliar a gravidade dos sintomas somáticos. *Psychosom Med.*, v. 64, n. 2, pág. 258-266, 2002. doi: 10.1097/00006842-200203000-00008.
- KROENKE, K. O Questionário de Saúde do Paciente Somática, Ansiedade e Escalas de Sintomas Depressivos: uma revisão sistemática. *Psiquiatria Gen Hosp*, v. 32, n. 4, pág. 345-359, 2010. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006.
- LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. *In: Bernik MA (coord.). Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência*. São Paulo: Edusp; 1999. p.187-198.
- LAUX, R. *et al.* Efeito de um Programa de Exercício Físico no Meio Ambiente de Trabalho sobre Ansiedade Cienc Trab. May-Ago; 2018.20 [62]: 80-83)
- LIMA, G.H.A.; SOUSA, S.M.A. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2015. Disponível em: < SciELO - Brasil - Violência psicológica no trabalho da enfermagem Violência psicológica no trabalho da enfermagem >. Acesso em: 07 out 2022
- LOPES, D.R.S. *et al.* Estresse ocupacional devido à sobrecarga de trabalho dos enfermeiros: scoping review. *DêCiência em Foco*. 2021. Disponível em: < Estresse ocupacional devido à sobrecarga de trabalho dos enfermeiros: scoping review | **DêCiência em Foco** (uninorteac.com.br) >. Acesso em: 28 out 2022
- LOUZÃ, N.M.R.; CORDÁS, T.A. **Transtornos da personalidade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.
- MACRAE, E. A história e os contextos socioculturais do uso de drogas. *In: Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*. 6. ed. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. 312 p.
- MACIEL, P.G.*et al.* Uso de medicamentos psicoativos entre profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, Recife, v.11, n.7, p. 2881-7, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10177/19195>. Acesso em: 16 jan. 2021.
- MARTINS, E. R. C.; CORRÊA, A.K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. spe, p. 398-405, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000700015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2021. doi: 10.1590/S0104-11692004000700015.
- MCINTYRE, R. S. *et al.* Recomendações da força-tarefa da Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) para o tratamento de pacientes com transtornos do humor e distúrbios metabólicos comórbidos. *Anais de psiquiatria clínica: jornal oficial da Academia Americana de Psiquiatras Clínicos*, 24(1), 69–81.
- MEDEIROS, S. M. *et al.* Possibilidades e limites da recuperação do sono de trabalhadores noturnos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.12, n.7, Set. 2009.

- MENDES, K. C. C. **O uso prolongado de benzodiazepínicos: uma revisão de literatura.** 2013. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde Familiar). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
- MERLO, L. *et al.* Padrões de iniciação de abuso de substâncias entre profissionais de saúde em recuperação. **Am J Addict., Medford**, v. 22, n. 6, pág. 605-612, 2013. doi10.1111/j.1521-0391.2013.12017.x. Acesso em: 10 fev. 2022
- MORENO, A. L. *et al.* **Estrutura fatorial, confiabilidade e parâmetros dos itens da versão em português do Brasil do questionário GAD-7.** *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, pág. 367-376, 2016.
- MUNHOZ, R. F. *et al.* Automedicação em profissionais das áreas de enfermagem e farmácia em ambiente hospitalar na cidade de São José do Rio Preto-SP. **Arq. ciênc. Saúde.**, São José do Rio Preto, v. 17, n. 3, p.133-139, 2010.
- NASCIMENTO, M. O; DE MICHELI, D. Prevalência do uso de drogas entre adolescentes nos diferentes turnos escolares. **Adolesc Saúde.**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 41-49, 2013.
- NICASTRI S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: BRASIL. Presidência da República. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, Ministério da Educação. 6. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2014.
- NOGUEIRA, M.L.F. **Afastamentos por adoecimento de trabalhadores de enfermagem em oncologia.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, 132 p. 2007. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/afastamento_por_adoecimento_maria_luiza_figueiredo_nogueira.pdf >. Acesso em: 18 out 2022
- OLIVEIRA, F.P. *et al.* Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. **Revista Acta Paulista de Enfermagem.** 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500036> >. Acesso em: 22 out 2022
- DE OLIVEIRA, L. B., PAULO DA SILVA, P., BEZERRA DE MELO, A. T., LEONEIDE DE MORAIS, M., DE OLIVEIRA LIMA, L. H., & DE CASTRO ROCHA CAMPELO, L. L. (2022). Sintomatologia de ansiedade em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **Nursing (São Paulo)**, 25(292), 8540–8555. <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i292p8540-8555>
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano, 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- PATE, R.R. *et al.* Atividade física e público saúde. Uma recomendação dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças e o American Faculdade de Medicina Esportiva. **JAMA** 1995; 273:402-7
- PEREIRA, R. S. F. **Fatores de risco cardiovascular em trabalhadores de enfermagem de um hospital público em São José dos Campos-SP.** 2013. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Guarulhos: Universidade de Guarulhos; 2013.
- PICOLOTTO, E. *et al.* Prevalência e fatores associados com o consumo de substâncias psicoativas por acadêmicos de enfermagem da Universidade de Passo Fundo. **Ciênc Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 645-654, 2010.
- PINHEIRO, L.M.G. Qualidade do sono dos profissionais de enfermagem que atuam em hospital privado no período noturno. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor.** [internet] 2015 [cited 2018 Mai 5]; 8(2):194-205.
- RANG, H.P.; RITTER, J. M.; FLOWER, R. J. **Rang & Dale:** Farmacologia. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

- RIBEIRO, Í. A. P. *et al.* Substâncias psicoativas no contexto do trabalhador da saúde. **Rev Enferm Atual Inderme**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 28, p. 1, 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/530/566>. Acesso em: 16 jan. 2021. doi: 10.31011/reaid-2019-v.90-n.28-art.530.
- RIBEIRO, I.A.P.*et al.* **Consumo de substâncias psicoativas por trabalhadores de enfermagem: revisão integrativa**. Texto contexto - enferm. 29. 2020. Disponível em: < SciELO - Brasil - consumption of psychoactive substances by nursing workers: an integrative review consumption of psychoactive substances by nursing workers: an integrative review >. Acesso em: 06 nov 2022
- ROCHA, M.E. *et al.* **Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e de ansiedade em profissionais de enfermagem: uma revisão bibliográfica**. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 2. 2020. Disponível em: < View of Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e de ansiedade em profissionais de enfermagem: uma revisão bibliográfica / Acesso em: 18 out 2022
- ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde: retrato de alunos de cursos lato sensu de uma instituição pública. **SMAD, Rev Eletrôn Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 42-48, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v11n1/pt_07.pdf. Acesso em: 16 jan. 2021. doi: 10.11606/issn.1806-6976.v11i1p41-48.
- ROMERO-PÉREZ, E. M. *et al.* Influência de um programa de exercícios físicos na ansiedade e depressão em crianças com obesidade. **Revista internacional de pesquisa ambiental e saúde pública**, v. 17, n. 13, pág. 4655, 2020.
- SANTANA, L.L. *et al.* Absenteísmo por Transtornos Mentais em Trabalhadores de Saúde em um hospital no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/BBYRqmqBKw6HGmGgpPgNjk6D/?lang=pt&format=html> >. Acesso em: 26 dez 2022
- SANTOS, M. V. F. *et al.* Uso de álcool e tabaco entre estudantes de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. **J Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 22-30, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n1/04.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- SCHNEIDER, A. P. H.; AZAMBUJA, P. G. Uso de fármacos psicotrópicos por profissionais da saúde atuantes da área hospitalar. **Infarma**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 14-21, 2015.
- SCHOLZE, A. R. *et al.* Ambiente ocupacional e o consumo de substâncias psicoativas entre enfermeiros. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 404-411, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n4/0103-2100-ape-30-04-0404.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2022. doi: 10.1590/1982-0194201700060.
- SCHOLZE, A. R. *et al.* Uso de substâncias psicoativas entre trabalhadores da enfermagem. **Rev Port Enferm Saúde Mental.**, Porto, n. 18, p. 23-30, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n18/n18a04.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2022. doi: 10.19131/rpesm.0188.
- SCHUCH, F.B.; VANCAMPFORT, D. Atividade física, exercício e transtornos mentais: é hora de seguir em frente. **Tendências em psiquiatria e psicoterapia**, 43(3), 177–184. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0237>, 2021.
- SENA, A.F.J. *et al.* Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar. **Revista de Enfermagem e Saúde**. v. 5, n. 1. 2015. Disponível em: < [v. 5, n. 1 \(2015\) \(ufpel.edu.br\)](https://www.ufpel.edu.br) >. Acesso em: 26 dez 2022
- SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. Ministério da Educação. 6. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

- SHEAR, M.K. **Transtornos de ansiedade em mulheres: modulação relacionada ao gênero da neurobiologia e do comportamento.** *Semin Reprod Endocrinol.* 1997;15(1):69-76
- SILVA, D.M. *et al.* Enfermeiro x Burnout: as consequências da síndrome do esgotamento profissional em enfermeiros do serviço de urgência e emergência. **Brazilian Journal of Development, Curitiba**, v.7, n.7, 2021. Disponível em < <https://scholar.archive.org/work/bcwmzc4ftfa5rmcff27hv2alpi/access/wayback/https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/33516/pdf> >. Acesso em: 26 out 2022
- SILVA, S.C.P.S. *et al.* A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.** 2015. Disponível em: < SciELO - Brasil - A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil >. Acesso em: 18 out 2022
- SILVEIRA, C.D.S. *et al.* Perfil de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de enfermagem em unidades de cuidado intensivo e emergência. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 157-162, set./dez. 2013
- Souza FA, Paiano M. Desafios e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem em início de carreira. *remE – Rev. Min. Enferm.*;15(2): 267-273, abr./jun., 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/35>
- SOUZA, S. *et al.* Os desafios do recém-graduado em Enfermagem no mundo do trabalho. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 30, n. 1, mar. 2015. ISSN 1561-2961. Disponible en: <<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/127/79>>. Fecha de acceso: 05 ene. 2023
- SOUZA, J.G. *et al.* O perfil sócio demográfico de trabalho da equipe de enfermagem que atua na sala emergência de uma unidade mista. **Revista Rede Cuidados em Saúde.** V9. N3. 2015. Disponível em: < <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2728/1504> >
- SPITZER R.L. *et al.* Uma breve medida para avaliar o transtorno de ansiedade generalizada: o GAD-7. **Arch Intern Med.**, v. 166, n. 10, pág. 1092-1097 doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
- STUBBS, B. *et al.* Orientação da EPA sobre atividade física como tratamento para doenças mentais graves: uma meta-revisão das evidências e declaração de posição da Associação Psiquiátrica Europeia (EPA), apoiada pela Organização Internacional de Fisioterapeutas em Saúde Mental (IOPTMH). **Psiquiatria europeia: jornal da Associação de Psiquiatras Europeus**, v. 54, p. 124-144, 2018.
- TELLES FILHO, P. C. P. *et al.* Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 581-586, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300020&lng=pt. Acesso em: 16 jan. 2022.
- TROUSSELARD, M. *et al.* Estresse entre enfermeiros que atuam em emergência, anestesiologia e unidades de cuidados intensivos depende de qualificação: a Job Demand-Control enquête. **Int Arch Occup Environ Health.** 2016;89(2):221-9
- VENEGAS, U.O. *et al.* Atividade física e inatividade entre mulheres trabalhadoras dos serviços de saúde. *Ginecol Obstet Mex* 2006; 74:471-5
- ZORZETTO-FILHO, D. **Sintomas somáticos da depressão: características sociodemográficas e clínicas em pacientes de atenção primária em Curitiba (PR).** Tese (Doutorado em Ciências). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 171p., 2009.

APÊNDICE A
MODELO QUESTIONÁRIO

Participante # _____	Data de coleta: ____/____/____	Observações:
--------------------------------	--	---------------------

Dados sociodemográficos e de trabalho	
Sexo	(0) Masculino / (1) Feminino / (2) Prefiro não responder
Idade	_____ anos
Etnia/raça	(0) Branca / (1) Preta / (2) Parda / (3) Amarela / (4) Indígena / (5) Outra
Estado civil	(0) Solteiro / (1) Casado(a) / (2) União estável / (3) Divorciado(a) / (4) Viúvo(a)
Tem filhos?	(0) Não / (1) Sim, quantos? _____
Renda mensal familiar (R\$) aproximada	_____ reais
Profissão	(0) Auxiliar de enfermagem / (1) Técnico de enfermagem / (2) Enfermeiro
É formado há quanto tempo?	(0) 1 ano / (1) Entre 1 e 2 anos / (2) Entre 3 a 4 anos / (3) Mais de 4 anos
Possui formação complementar?	(0) Curso(s) de atualização de nível técnico, com 40 h ou mais / (1) Especialização lato-sensu / (2) Mestrado / (3) Doutorado
Tempo de serviço na Urgência e Emergência	_____ anos
Carga horária semanal de trabalho	(0) Até 36 h / (1) Mais que 36 h / (1) Plantão 12 x 36 h
Faz plantão noturno?	(0) Não / (1) Sim, quantos por semana? _____
Trabalha aos finais de semana?	(0) Não / (1) Sim, quantos por mês? _____
Desempenha outra atividade profissional?	(0) Não / (1) Sim, descreva cargo: _____; tempo de serviço: _____ anos; carga horária semanal: _____ horas.
Você acha que passa pouco tempo com a sua família?	(0) Não / (1) Sim
Sua família entende sua ausência devido ao trabalho?	(0) Não / (1) Sim / (2) Não se aplica, não existe ausência
No seu tempo livre, você aproveita momentos em família e com amigos?	(0) Não, nunca / (1) Sim, mas menos que eu gostaria / (2) Sim, sempre

Dados de saúde (<i>lembre-se: essa pesquisa é sigilosa</i>)	
Tem algum transtorno psiquiátrico diagnosticado? (assinale todos que tiver)	(0) Nenhum / (1) Ansiedade / (2) Depressão / (3) Esquizofrenia / (4) Déficit de Atenção e Hiperatividade / (5) Bipolaridade / (6) Dependência ou abuso de substâncias / (7) Outros, qual(is)? _____ _____
Tem outras doenças crônicas? (<i>assinale todas que tiver</i>)	(0) Nenhuma / (1) Diabetes / (2) Hipertensão / (3) Cardiopatias (arritmias, infarto anterior, etc.) / (4) Obesidade / (5) Outros, qual(is)? _____ _____
Você considera que dorme bem?	(0) Não / (1) Sim
Quantas horas por dia você dorme, em média?	_____ horas
Pratica atividade física?	(0) Não / (1) Sim, _____ dias por semana (estimado).
Faz uso de bebida alcoólica?	(0) Não / (1) Sim, _____ dias por semana (estimado).
Faz uso de cigarro (tabaco)?	(0) Não / (1) Sim, _____ dias por semana (estimado).
Faz uso de drogas ilícitas? (<i>maconha, crack, cocaína, solventes...</i>)	(0) Não / (1) Sim, _____ dias por semana (estimado); qual(is) droga(s)? _____
Caso faça uso de alguma das substâncias acima, você sente que o uso de delas busca aliviar o estresse do trabalho?	(0) Não uso nenhuma delas / (1) Não, uso por outros motivos / (2) Sim, uso para aliviar ansiedade e tensão do trabalho

Uso de medicamentos psicotrópicos (<i>lembre-se: essa pesquisa é sigilosa</i>)

<p>Entre os medicamentos ao lado, indique todos que você faz uso atual.</p> <p><i>Caso use algum que não está listado, indique o nome abaixo:</i></p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Amitriptilina (Amitryl[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Clonazepam (Rivotril[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Imipramina (Tofranil[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Diazepam (Valium[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nortriptilina (Pamelor[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Lorazepam (Lorax[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Citalopram (Cipramil[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Midazolam (Dormonid[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Escitalopram (Lexapro[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Eszopiclona (Prysmal[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fluoxetina (Prozac[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Zolpidem (Stilnox[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paroxetina (Pondera[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Zopiclona (Imovane[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sertralina (Assert[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Fenobarbital (Gardenal[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bupropiona (Zyban[®], Bup[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Tiopental (Thiopentax[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desvenlafaxina (Pristiq[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Carbamazepina (Tegretol[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Duloxetina (Cymbalta[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Fenitoína (Hidantal[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mirtazapina (Remeron[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Gabapentina (Neurontin[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trazodona (Donaren[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Pregabalina (Lyrica[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Venlafaxina (Efexor[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Topiramato (Amato[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> D-Anfetamina (Venvanse[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Valproato ou ácido valproico (Depakene[®], Depakote[®] ou Valpakene[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Metilfenidato (Ritalina[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Codeína (Tylex[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Clorpromazina (Amplictil[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Fentanil (Unifental[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Clozapina (Leponex[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Metadona (Mytedom[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Haloperidol (Haldol[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Morfina (Dimorf[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Levomepromazina (Neozine[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Tramadol (Tramal[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Quetiapina (Seroquel[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Cetamina (Ketamin[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lítio (Carbolitium[®])</td> <td><input type="checkbox"/> Propofol (Diprivan[®])</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alprazolam (Frontal[®])</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bromazepam (Lexotan[®])</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outros, indique quais : _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Amitriptilina (Amitryl [®])	<input type="checkbox"/> Clonazepam (Rivotril [®])	<input type="checkbox"/> Imipramina (Tofranil [®])	<input type="checkbox"/> Diazepam (Valium [®])	<input type="checkbox"/> Nortriptilina (Pamelor [®])	<input type="checkbox"/> Lorazepam (Lorax [®])	<input type="checkbox"/> Citalopram (Cipramil [®])	<input type="checkbox"/> Midazolam (Dormonid [®])	<input type="checkbox"/> Escitalopram (Lexapro [®])	<input type="checkbox"/> Eszopiclona (Prysmal [®])	<input type="checkbox"/> Fluoxetina (Prozac [®])	<input type="checkbox"/> Zolpidem (Stilnox [®])	<input type="checkbox"/> Paroxetina (Pondera [®])	<input type="checkbox"/> Zopiclona (Imovane [®])	<input type="checkbox"/> Sertralina (Assert [®])	<input type="checkbox"/> Fenobarbital (Gardenal [®])	<input type="checkbox"/> Bupropiona (Zyban [®] , Bup [®])	<input type="checkbox"/> Tiopental (Thiopentax [®])	<input type="checkbox"/> Desvenlafaxina (Pristiq [®])	<input type="checkbox"/> Carbamazepina (Tegretol [®])	<input type="checkbox"/> Duloxetina (Cymbalta [®])	<input type="checkbox"/> Fenitoína (Hidantal [®])	<input type="checkbox"/> Mirtazapina (Remeron [®])	<input type="checkbox"/> Gabapentina (Neurontin [®])	<input type="checkbox"/> Trazodona (Donaren [®])	<input type="checkbox"/> Pregabalina (Lyrica [®])	<input type="checkbox"/> Venlafaxina (Efexor [®])	<input type="checkbox"/> Topiramato (Amato [®])	<input type="checkbox"/> D-Anfetamina (Venvanse [®])	<input type="checkbox"/> Valproato ou ácido valproico (Depakene [®] , Depakote [®] ou Valpakene [®])	<input type="checkbox"/> Metilfenidato (Ritalina [®])	<input type="checkbox"/> Codeína (Tylex [®])	<input type="checkbox"/> Clorpromazina (Amplictil [®])	<input type="checkbox"/> Fentanil (Unifental [®])	<input type="checkbox"/> Clozapina (Leponex [®])	<input type="checkbox"/> Metadona (Mytedom [®])	<input type="checkbox"/> Haloperidol (Haldol [®])	<input type="checkbox"/> Morfina (Dimorf [®])	<input type="checkbox"/> Levomepromazina (Neozine [®])	<input type="checkbox"/> Tramadol (Tramal [®])	<input type="checkbox"/> Quetiapina (Seroquel [®])	<input type="checkbox"/> Cetamina (Ketamin [®])	<input type="checkbox"/> Lítio (Carbolitium [®])	<input type="checkbox"/> Propofol (Diprivan [®])	<input type="checkbox"/> Alprazolam (Frontal [®])		<input type="checkbox"/> Bromazepam (Lexotan [®])		<input type="checkbox"/> Outros, indique quais : _____	
<input type="checkbox"/> Amitriptilina (Amitryl [®])	<input type="checkbox"/> Clonazepam (Rivotril [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Imipramina (Tofranil [®])	<input type="checkbox"/> Diazepam (Valium [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Nortriptilina (Pamelor [®])	<input type="checkbox"/> Lorazepam (Lorax [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Citalopram (Cipramil [®])	<input type="checkbox"/> Midazolam (Dormonid [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Escitalopram (Lexapro [®])	<input type="checkbox"/> Eszopiclona (Prysmal [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Fluoxetina (Prozac [®])	<input type="checkbox"/> Zolpidem (Stilnox [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Paroxetina (Pondera [®])	<input type="checkbox"/> Zopiclona (Imovane [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Sertralina (Assert [®])	<input type="checkbox"/> Fenobarbital (Gardenal [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Bupropiona (Zyban [®] , Bup [®])	<input type="checkbox"/> Tiopental (Thiopentax [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Desvenlafaxina (Pristiq [®])	<input type="checkbox"/> Carbamazepina (Tegretol [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Duloxetina (Cymbalta [®])	<input type="checkbox"/> Fenitoína (Hidantal [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Mirtazapina (Remeron [®])	<input type="checkbox"/> Gabapentina (Neurontin [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Trazodona (Donaren [®])	<input type="checkbox"/> Pregabalina (Lyrica [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Venlafaxina (Efexor [®])	<input type="checkbox"/> Topiramato (Amato [®])																																																		
<input type="checkbox"/> D-Anfetamina (Venvanse [®])	<input type="checkbox"/> Valproato ou ácido valproico (Depakene [®] , Depakote [®] ou Valpakene [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Metilfenidato (Ritalina [®])	<input type="checkbox"/> Codeína (Tylex [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Clorpromazina (Amplictil [®])	<input type="checkbox"/> Fentanil (Unifental [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Clozapina (Leponex [®])	<input type="checkbox"/> Metadona (Mytedom [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Haloperidol (Haldol [®])	<input type="checkbox"/> Morfina (Dimorf [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Levomepromazina (Neozine [®])	<input type="checkbox"/> Tramadol (Tramal [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Quetiapina (Seroquel [®])	<input type="checkbox"/> Cetamina (Ketamin [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Lítio (Carbolitium [®])	<input type="checkbox"/> Propofol (Diprivan [®])																																																		
<input type="checkbox"/> Alprazolam (Frontal [®])																																																			
<input type="checkbox"/> Bromazepam (Lexotan [®])																																																			
<input type="checkbox"/> Outros, indique quais : _____																																																			
<p>Qual o tempo de uso do(s) medicamento(s) acima?</p>	<p>(0) Não uso, não se aplica / (1) Uso há pelo menos _____ anos.</p>																																																		
<p>O uso do medicamento foi indicado por:</p>	<p>(0) Prescrição médica / (1) Automedicação ou indicação de colegas/familiares</p>																																																		
<p>Qual(is) motivo(s) você julga estar por trás da necessidade de uso desse(s) medicamento(s)? <i>(assinale todos que se aplicarem ou deixe em branco caso nenhum deles se aplique)</i></p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acesso fácil ao medicamento</td> <td><input type="checkbox"/> Dupla (ou múltipla) jornada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desgaste emocional</td> <td><input type="checkbox"/> Agressões verbais de pacientes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desgaste físico</td> <td><input type="checkbox"/> Agressões físicas de pacientes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Precariedade do local de trabalho</td> <td><input type="checkbox"/> Estresse do trabalho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Baixa remuneração</td> <td><input type="checkbox"/> Dificuldade de relacionamento com a equipe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Insatisfação com a profissão</td> <td><input type="checkbox"/> Falta de valorização ou reconhecimento por parte da equipe e/ou familiares e amigos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fuga da realidade profissional</td> <td><input type="checkbox"/> Insatisfação com a profissão</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lidar com traumas da profissão</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outros, quais? _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Acesso fácil ao medicamento	<input type="checkbox"/> Dupla (ou múltipla) jornada	<input type="checkbox"/> Desgaste emocional	<input type="checkbox"/> Agressões verbais de pacientes	<input type="checkbox"/> Desgaste físico	<input type="checkbox"/> Agressões físicas de pacientes	<input type="checkbox"/> Precariedade do local de trabalho	<input type="checkbox"/> Estresse do trabalho	<input type="checkbox"/> Baixa remuneração	<input type="checkbox"/> Dificuldade de relacionamento com a equipe	<input type="checkbox"/> Insatisfação com a profissão	<input type="checkbox"/> Falta de valorização ou reconhecimento por parte da equipe e/ou familiares e amigos	<input type="checkbox"/> Fuga da realidade profissional	<input type="checkbox"/> Insatisfação com a profissão	<input type="checkbox"/> Lidar com traumas da profissão		<input type="checkbox"/> Outros, quais? _____																																	
<input type="checkbox"/> Acesso fácil ao medicamento	<input type="checkbox"/> Dupla (ou múltipla) jornada																																																		
<input type="checkbox"/> Desgaste emocional	<input type="checkbox"/> Agressões verbais de pacientes																																																		
<input type="checkbox"/> Desgaste físico	<input type="checkbox"/> Agressões físicas de pacientes																																																		
<input type="checkbox"/> Precariedade do local de trabalho	<input type="checkbox"/> Estresse do trabalho																																																		
<input type="checkbox"/> Baixa remuneração	<input type="checkbox"/> Dificuldade de relacionamento com a equipe																																																		
<input type="checkbox"/> Insatisfação com a profissão	<input type="checkbox"/> Falta de valorização ou reconhecimento por parte da equipe e/ou familiares e amigos																																																		
<input type="checkbox"/> Fuga da realidade profissional	<input type="checkbox"/> Insatisfação com a profissão																																																		
<input type="checkbox"/> Lidar com traumas da profissão																																																			
<input type="checkbox"/> Outros, quais? _____																																																			
<p>Já utilizou o</p>	<p>(0) Não, nunca / (1) Sim, às vezes / (2) Sim, sempre</p>																																																		

medicamento além da dose usual diária (dose recomendada)?	
Já sentiu algum efeito indesejado do medicamento?	(0) Não, nunca / (1) Sim, às vezes / (2) Sim, sempre
Sente sintomas que indicam a falta do medicamento quando fica sem usar?	(0) Não / (1) Sim
Indique os sintomas que sente quando fica sem usar o medicamento: <i>(assinale todos que se aplicarem)</i>	<input type="checkbox"/> Nenhum , não sinto <input type="checkbox"/> Dores <input type="checkbox"/> Tremores <input type="checkbox"/> Irritação, nervosismo <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Humor deprimido <input type="checkbox"/> Palpitação, taquicardia <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Angústia <input type="checkbox"/> Ansiedade, medo <input type="checkbox"/> Dispneia, falta de ar <input type="checkbox"/> Fadiga, cansaço <input type="checkbox"/> Outros, quais? _____
Você acredita que o uso dessas substâncias aumentam a chance de erros na atividade laboral da enfermagem ?	(0) Não / (1) Sim
Na sua opinião, os erros durante os procedimentos de enfermagem estão relacionados a quais fatores?	<input type="checkbox"/> Desgaste emocional e/ou físico <input type="checkbox"/> Uso de substâncias psicoativas <input type="checkbox"/> Uso de álcool e/ou drogas <input type="checkbox"/> Precariedade do local de trabalho <input type="checkbox"/> Estresse do trabalho <input type="checkbox"/> Dupla (ou múltipla) jornada <input type="checkbox"/> Sobrecarga de trabalho <input type="checkbox"/> Outros, quais? _____

APÊNDICE B

MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Uso/abuso de psicotrópicos por profissionais de enfermagem atuantes nas unidades de urgência e emergência.

Pesquisador responsável: Higor Henrique Alves da Cruz

Telefone para contato: (18) 99817-6783

Caro(a) Profissional de Enfermagem, o(a) Sr.(a) está sendo convidado(a), de forma voluntária, a participar de uma pesquisa intitulada: Uso/abuso de psicotrópicos por profissionais de enfermagem atuantes em unidades de urgência e emergência, de responsabilidade do pesquisador Higor Henrique Alves da Cruz, em colaboração com Lucas Gazarini.

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

A pesquisa visa identificar os fatores que levam os profissionais de enfermagem atuantes nas unidades de urgência e emergência utilizarem SPAs e as consequências, tanto no ambiente de trabalho quanto na vida social. Poderão participar deste estudo profissionais de enfermagem de nível técnico e superior que atuam no mínimo há 1 ano em unidade de urgência e emergência.

Você será submetido a questionamentos a respeito das suas atividades diárias e profissionais e como as realiza. Esses questionários serão aplicados pelo pesquisador, no seu local de trabalho. Os questionários serão armazenados por um período de 5 anos e você poderá revê-los quando quiser. Após este período, serão destruídos. O presente estudo não proporcionará qualquer tipo de despesa financeira para você. Entretanto, em caso de despesas não previstas com transporte, decorrentes de sua participação neste estudo, será garantido o ressarcimento das mesmas.

Sua participação consistirá em responder os questionários da pesquisa. Serão aplicados um questionário estruturado em três partes, com um total de 34 questões. Na primeira, serão coletados dados relacionados à *caracterização sociodemográfica e laboral* do participante, com questões relacionadas a sexo, idade, raça/etnia, estado civil, profissão, entre outras; na segunda, serão avaliados aspectos de saúde, por fim, a última parte avalia o padrão de uso de medicamentos psicotrópicos. Ressalto que seus dados pessoais, incluindo nome e endereço, não serão utilizados e, portanto, não serão divulgados, uma vez que os questionários serão identificados através de códigos.

Os riscos da sua participação são decorrentes da possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder às questões da pesquisa ou à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Para tanto, você terá a oportunidade de esclarecer dúvidas quanto às questões a serem abordadas previamente, tendo a liberdade de não participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Portanto, mediante às medidas de prevenção adotadas, os riscos são

considerados mínimos. Ainda, caso ocorra algum dano não previsto, será garantida a indenização em relação aos mesmos.

Os participantes do estudo poderão se beneficiar diretamente visto que terão acesso a tais informações, poderá ser proposto ações de conscientização, prevenção e reabilitação com ajuda de equipe multiprofissional disponibilizada pela rede de apoio a saúde mental do município com a participação de médicos, psicólogos e psiquiatras. Ao final do estudo, será apresentada a análise do desfecho desta pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas e Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, afim de promover tais ações. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos ou publicados em periódicos da área, sem divulgar qualquer informação que identifique os sujeitos que participaram dela.

A presente pesquisa respeita os princípios éticos de acordo com a Resolução 466/2012. Você tem a liberdade de não participar da pesquisa. Caso concorde em participar do estudo, sua identidade será mantida em sigilo bem como as informações ora prestadas. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa. Caso não aceite participar ou decida retirar-se da pesquisa, nenhuma penalização será imposta.

Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato com a pesquisador Higor Henrique Alves da Cruz, pelo telefone/Whatsapp (18) 99817-6783, pelo e-mail: higor_henrique_hab@hotmail.com, ou pessoalmente no endereço Rua Doutor Fernando Milan Amici, nº2504 Nova Três Lagoas – Três Lagoas/MS.

Você poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética da UFMS pelo telefone: +55 (67) 3345-7187, pelo endereço: Cidade Universitária – Campo Grande, bairro: Caixa Postal 549, CEP: 79.070-110, Campo Grande, MS ou por e-mail: cepconep.propp@ufms.br, para retirada de dúvidas e poder certificar-se da idoneidade do presente projeto de pesquisa. Enfim, tendo sido esclarecido(a) quanto ao teor do todo aqui mencionado e compreendido a finalidade e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Assinatura do participante	Nome completo	Data
_____	_____	__/__/__

Assinatura do pesquisador	Nome completo	Data
_____	_____	__/__/__

Nota: este termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável. Todas as páginas deste termo deverão ser rubricadas e a última assinada pelos participantes e pesquisador responsável.

Eu _____ (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que _____ explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Três Lagoas, ____ de _____ de 2022

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Eu, _____
(nome do membro da equipe que apresentar o TCLE)

Obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

ANEXO I

Questionário de Saúde do Paciente, Sintomas Somáticos (PHQ-15)

Durante as últimas 4 semanas, o quanto você se sentiu incomodado(a) por qualquer um dos seguintes problemas?		Qua se não inco mod a	Inco mod a um pou co	Inc omo da bast ante
1.	Dor de estômago			
2.	Dor nas costas			
3.	Dor nos braços, pernas ou articulações (joelhos, ombros, etc.)			
4.	Sentindo-se cansado ou com pouca energia			
5.	Problemas em dormir ou se manter dormindo, ou dormir demais			
6.	Cólicas menstruais ou outros problemas durante o período menstrual			
7.	Dor ou problemas durante a relação sexual			
8.	Dor de cabeça			
9.	Dor no peito			
10.	Tontura			
11.	Desmaios			
12.	Sentir o coração batendo forte ou acelerado			
13.	Falta de ar			
14.	Constipação, intestino solto ou diarreia			
15.	Náusea, gases ou indigestão			

ANEXO II

Escala de Ansiedade Generalizada (GAD-7)

Ao longo das últimas 2 semanas, Por quantos dias você se sentiu incomodado(a) por qualquer um dos seguintes problemas?		Ne nh um dia	Me nos de uma se mana	Uma se mana ou mais	Qu ase tod os os dia s
1.	Sentir-se nervoso(a), ansioso(a) ou muito tenso(a)				
2.	Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações				
3.	Preocupar-se muito com diversas coisas				
4.	Dificuldade para relaxar				
5.	Ficar tão agitado(a) que se torna difícil permanecer sentado(a)				
6.	Ficar facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)				
7.	Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer				
Questões sobre ataques de ansiedade					
A	Nas últimas 4 semanas, você teve alguma crise de ansiedade, sentindo medo ou pânico de repente? <i>(se marcar não, passe para a alternativa E)</i>	() Sim () Não			
B	Uma crise como essa já aconteceu antes?	() Sim () Não			
C	Algum desses ataques surgem inesperadamente, em situações nas quais você não esperaria ficar nervoso ou desconfortável?	() Sim () Não			
D	Essas crises te incomodam muito ou te deixam preocupado(a) em vivenciá-las novamente no futuro?	() Sim () Não			
E	No seu último ataque de ansiedade, você teve sintomas como falta de ar, sudorese e batimentos cardíacos acelerados?	() Sim () Não			

ANEXO III
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFMS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso e abuso de psicotrópicos por profissionais de enfermagem atuantes nas unidades de urgência e emergência

Pesquisador: LUCAS GAZARINI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53944321.3.0000.0021

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.175.675

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 17 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Fernando César de Carvalho Moraes
(Coordenador(a))