

DANIELLE SANDRA DA SILVA DE AZEVEDO

**USO DE MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS
EM BOMBEIROS MILITARES DE BELO HORIZONTE**

Universidade Federal de Minas Gerais

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Belo Horizonte

2017

DANIELLE SANDRA DA SILVA DE AZEVEDO

**USO DE MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS
EM BOMBEIROS MILITARES DE BELO HORIZONTE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito final para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ada Ávila Assunção

Belo Horizonte

2017

Azevedo, Danielle Sandra da Silva de.
A994u Uso de medicamentos ansiolíticos em bombeiros militares de Belo Horizonte [manuscrito]. / Danielle Sandra da Silva de Azevedo. - - Belo Horizonte: 2017.
129f.: il.
Orientador: Ada Ávila Assunção.
Área de concentração: Saúde Pública.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Saúde Mental. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Ansiolíticos. 4. Fatores de Risco. 5. Bombeiros. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Assunção, Ada Ávila. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 305

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Prof.^a Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitora de Pós-Graduação

Prof.^a Denise Maria Trombert de Oliveira

Pró-Reitora de Pesquisa

Prof.^a Ado Jorio de Vasconcelos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-diretor

Prof. Humberto José Alves

Chefe de Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

Subcoordenadora

Prof.^a Luana Giatti Gonçalves

Secretário

Góber Borges Vedovatto

Colegiado

Titulares:

Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

Prof.^a Luana Giatti Gonçalves

Prof.^a Mariângela Leal Cherchiglia

Prof.^a Sandhi Maria Barreto

Prof.^a Waleska Teixeira Caiaffa

Daniela Pena Moreira (representante discente)

Suplentes:

Prof.^a Ada Ávila Assunção

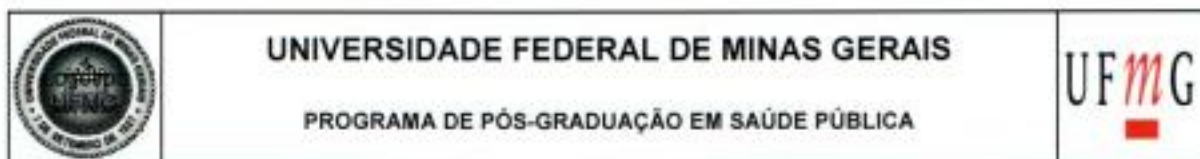
Prof.^a Amélia Augusta Friche

Prof.^a Cibele Comini César

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Lívia Lovato Pires Lemos (representante discente)

FOLHA DE APROVAÇÃO



FOLHA DE APROVAÇÃO

**USO DE MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS EM BOMBEIROS MILITARES DE
BELO HORIZONTE**

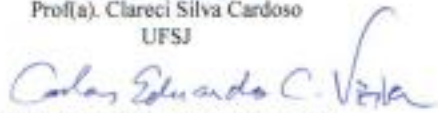
DANIELLE SANDRA DA SILVA DE AZEVEDO

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração SAÚDE PÚBLICA.

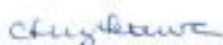
Aprovada em 24 de novembro de 2017, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Ada Ávila Assunção - Orientadora
UFMG


Prof(a). Clárci Silva Cardoso
UFSJ


Prof(a). Carlos Eduardo Carrusca Vieira
PUC Minas Gerais


Prof(a). Marília Alves
UFMG


Prof(a). Cintia Satiko Fuzikawa
UFMG

Belo Horizonte, 24 de novembro de 2017.

AGRADECIMENTOS

À Professora Ada Assunção, pela orientação habilidosa e por compartilhar seu vasto conhecimento e experiência.

Ao pesquisador Eduardo Lima, pela disponibilidade e contribuição inestimável.

Ao Professor Carles Muntaner e à Universidade de Toronto, pela receptividade e aprendizado.

Aos funcionários do PPGSP e da Faculdade de Medicina da UFMG, pelo apoio e paciência.

Aos colegas do NEST, pelo convívio e apoio solidário.

Aos colegas da UFVJM, pela flexibilidade das atividades que permitiram realizar este curso.

Aos bombeiros que participaram deste estudo, por contribuir para a pesquisa científica.

À Mariana Simões e sua família, pela amizade e cumplicidade em todos os momentos.

Aos meus pais, Antônio e Wilma, pilares fundamentais, pelo carinho incondicional, estímulo constante, bons exemplos e sábios conselhos.

Aos meus irmãos, Natacha e Alex, e sobrinhos, Arthur e Marcus, pelo carinho e torcida.

A todos os familiares, em especial à Tia Terezinha e Tio Iram, pelo eterno incentivo.

Ao Lyvio, por seu amor, amizade, compreensão e companheirismo em todos os empreendimentos pessoais e profissionais.

À Deus, pela presença e força constante.

A todos que, de alguma forma, contribuíram nesta longa caminhada.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Ansiolíticos estão entre os psicofármacos mais consumidos no mundo, sendo uma opção no tratamento de sintomas psíquicos. Contudo, ainda que o uso seja controlado, ou seja, mesmo que a terapia medicamentosa ocorra na presença de sintomas psíquicos indicativo de uso e na vigência de acompanhamento profissional, há riscos, tais como dependência, intoxicação e alterações cognitivas. O uso não controlado entre trabalhadores agrava tais problemas. Bombeiros atuam em contextos de altas demandas, nos quais a efetividade do atendimento depende de respostas imediatas e ações integradas. É possível que diante de situações estressantes, os bombeiros recorram ao uso de ansiolíticos como estratégia de compensação dos efeitos aflitivos. O objetivo deste trabalho foi identificar a prevalência do uso de ansiolíticos e conhecer os fatores associados ao consumo em bombeiros militares. Trata-se de uma pesquisa transversal de base censitária que investigou 711 bombeiros do sexo masculino atuantes no Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, alocados em unidades operacionais de Belo Horizonte, Brasil. Os dados foram obtidos por meio de autorrelato. As análises estatísticas foram realizadas em quatro etapas: descritiva, univariada, multivariada intermediária e final. A regressão logística multinomial foi utilizada para verificar as associações entre características sociodemográficas, condições de vida, trabalho, saúde e consumo de ansiolíticos de modo controlado ou não. A prevalência do uso de ansiolíticos foi 9,9%. Para 7,5% dos bombeiros, o consumo ocorreu sem indicação e/ou controle terapêutico do psiquiatra. O uso controlado foi associado ao relato compatível com transtorno mental comum (TMC). O uso não controlado foi associado ao tempo de serviço, ao tabagismo e ao TMC. Provavelmente, características da carreira militar, como estabilidade no emprego e reconhecimento social, expliquem a ausência de associações entre condições de trabalho e uso não controlado de ansiolíticos. A alta prevalência de consumo é um alerta para a necessidade

de ações integradas entre programas de saúde ocupacional e saúde mental. O rastreamento precoce de sintomas psíquicos, além de indicar situações de trabalho de risco para adoecimento, pode subsidiar a elaboração de medidas de promoção da saúde. Os resultados estimulam a reflexão sobre os serviços de saúde mental ofertados aos bombeiros militares, principalmente no que tange a ações capazes de intervir nos fatores ambientais e organizacionais relacionados à eclosão dos sintomas.

Palavras-chave: saúde mental; saúde ocupacional; ansiolíticos; bombeiros; fatores de risco.

ABSTRACT

Anxiolytics are among the most consumed psychotropic drugs in the world, being an option in the treatment of psychic symptoms. However, although the use is controlled, that is, even if the drug therapy occurs in the presence of psychic symptoms indicative of use and in the period of professional follow-up, there are risks, such as dependence, intoxication and cognitive alterations. Uncontrolled use among workers aggravates such problems. Firefighters work in contexts of high demands, in which the effectiveness of care depends on immediate responses and integrated actions. It is possible that in the face of stressful situations, firefighters use the use of anxiolytics as a strategy to compensate for the distressing effects. The objective was to identify the prevalence of anxiolytic drugs use and to know the factors associated with consumption in military firefighters. It is a cross-sectional survey census-based that investigated 711 male firefighters operating in the Minas Gerais Fire Brigade, located in Belo Horizonte, Brazil. The data were obtained through a self-reported. Statistical analyzes occurred in four stages: descriptive, univariate, intermediate and final multivariate. The multinomial logistic regression was used to investigate associations between sociodemographic characteristics, living, working and health conditions and anxiolytic consumption in a controlled or uncontrolled manner. Prevalence of anxiolytic drugs use was 9.9%. For 7.5% of firefighters the consumption occurred without indication and/ or specialized therapeutic control. Controlled use was associated with symptoms compatible with common mental disorder (CMD). Uncontrolled use was associated with length of service, smoking and symptomatology compatible with CMD. Likely, characteristics of the military career, such as job stability and social recognition, explain the absence of associations between working conditions and uncontrolled use of anxiolytics. The high prevalence of consumption is an alert for the need for integrated actions between occupational health and mental health programs. The early screening of psychic symptoms, besides

indicating work situations at risk for illness, can subsidize the development of health promotion measures. The results stimulate the reflection on the mental health services offered to the military firefighters, mainly regarding actions that can intervene in environmental and organizational factors related to the outbreak of symptoms.

Keywords: mental health; occupational health; anxiolytic drugs; firefighters; risk factors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1.	Implicações da prática do uso não controlado de ansiolíticos	30
Quadro 2.	Prevalência de uso de ansiolíticos em categorias ocupacionais	39
Quadro 3.	Postos hierárquicos e graduações do CBMMG	48
Quadro 4.	Remuneração básica e escolaridade mínima do CBMMG	50
Quadro 5.	Construção das variáveis explicativas	62
Figura 1.	Esquema de mediação entre estressores e respostas	35
Figura 2.	Plano amostral	52
Figura 3.	Modelo explicativo para uso não controlado de ansiolíticos em bombeiros	82

LISTA DE TABELAS

Tabela I.	Prevalência de uso de ansiolíticos em bombeiros. Belo Horizonte, 2011.	69
Tabela II.	Distribuição de bombeiros segundo relato de características sociodemográficas. Belo Horizonte, 2011.	70
Tabela III.	Distribuição de bombeiros segundo relato de eventos de vida estressantes. Belo Horizonte, 2011.	71
Tabela IV.	Distribuição de bombeiros segundo relato de características ocupacionais. Belo Horizonte, 2011.	72
Tabela V.	Distribuição de bombeiros segundo relato de características de saúde. Belo Horizonte, 2011.	73
Tabela VI.	Características sociodemográficas em bombeiros, segundo uso de ansiolíticos. Belo Horizonte, 2011.	74
Tabela VII.	Eventos de vida estressantes em bombeiros, segundo uso de ansiolíticos. Belo Horizonte, 2011.	75
Tabela VIII.	Características ocupacionais em bombeiros, segundo uso de ansiolíticos. Belo Horizonte, 2011.	76
Tabela IX.	Características de saúde em bombeiros, segundo uso de ansiolíticos. Belo Horizonte, 2011.	77
Tabela X.	Regressão logística multivariada final para fatores associados ao uso de ansiolíticos em bombeiros. Belo Horizonte, 2011.	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BBM	Batalhão
BOA	Batalhão de Operações Aéreas
CBMMG	Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais
COB	Comando Operacional de Bombeiros
DC	Demanda-Controle
IC95%	Intervalo de 95 por cento de confiança
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
LET- PE	Lista de Eventos Traumáticos - Profissionais de Emergências
NEST	Núcleo de Estudos Saúde e Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PA	Posto de Atendimento
PI	Prontidão de Incêndio
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SRQ	<i>Self-reporting Questionnaire</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TMC	Transtorno Mental Comum
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1. Uso de medicamentos ansiolíticos: relevância e magnitude	22
2.2. O uso não controlado de ansiolíticos e suas implicações	25
2.3. Saúde, trabalho e estressores ocupacionais	32
2.3.1. Problemática do uso de ansiolíticos em trabalhadores	32
2.3.2. Bombeiros militares e uso de ansiolíticos	36
3. OBJETIVOS	42
3.1. Objetivo geral	42
3.2. Objetivos específicos	42
4. MÉTODOS	44
4.1. Delineamento	44
4.2. Caracterização da população alvo	46
4.3. Universo amostral	52
4.4. Aspectos éticos	53
4.5. Coleta de dados	54
4.6. Variáveis do estudo	56
4.7. Análise de dados	65
5. RESULTADOS	69
5.1. Perfil dos bombeiros	69
5.2. Achados sobre uso de ansiolíticos em bombeiros	74
6. DISCUSSÃO	81
7. CONCLUSÃO	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	
A. Ata do exame de qualificação	112
B. Comprovante de aceite da revista científica	113
C. Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	114
D. Instrumento de coleta de dados	115

1. INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar as relações entre trabalho e saúde teve início no curso de Graduação em Enfermagem, com o desenvolvimento de estudos sobre a comunicação entre equipes profissionais. Desde o ingresso na docência do ensino superior, a autora participou de diversos estudos realizados por grupos de pesquisas específicas no campo. A trajetória possibilitou a sua aproximação ao Núcleo de Estudos Saúde e Trabalho (NEST), vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Este estudo está alinhado ao tema “Condições de Trabalho e Saúde”, tendo se beneficiado do banco de dados preparado pela equipe do NEST que coordenou a pesquisa intitulada “Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em bombeiros de Belo Horizonte”. A coleta ocorreu entre fevereiro e agosto de 2011, sem a participação desta autora.

O objetivo principal do inquérito original foi investigar a prevalência de TEPT, depressão e tabagismo e as suas associações com os estressores ocupacionais. Foram estudados bombeiros masculinos do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG) em exercício há mais de 12 meses nos três batalhões com sede em Belo Horizonte. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado, autopreenchido sob garantia de anonimato e sigilo. Os resultados obtidos indicaram prevalência de TEPT (6,9%) superior à encontrada na população geral (1,6%) (ANDRADE et al., 2012 apud LIMA, 2013). As prevalências de depressão (5,5%) e tabagismo (7,6%) foram inferiores às descritas na população, respectivamente: 10,4% (KESSELER et al., 2010 apud LIMA, 2013) e 15% (LIMA-COSTA et al., 2012 apud LIMA, 2013). Este resultado possivelmente decorre das condições formais de emprego e à modalidade de seleção dos bombeiros que estipula bom estado geral de saúde. Duas categorias de estressores em serviços de emergências foram identificadas pelos pesquisadores. Por um lado, a organização do trabalho (estressores

organizacionais); por outro, a natureza das tarefas realizadas pelos trabalhadores (estressores operacionais). Quanto aos stressores organizacionais e operacionais, os modelos multivariados indicaram associações significativas diretas entre: 1) stressores organizacionais e TEPT; 2) stressores operacionais e TEPT; 3) stressores operacionais e tabagismo. Contudo, não foram verificadas associações significativas entre stressores ocupacionais (organizacionais e operacionais) e depressão, em especial. Tal resultado não foi convergente com a literatura. Características individuais e coletivas teriam favorecido a capacidade dos bombeiros para lidar com stressores específicos presentes em serviços de emergências (LIMA, 2013).

Além dos resultados citados, outras pesquisas investigaram as condições de trabalho no CBMMG. Destacam-se os principais achados de dois estudos. O primeiro avaliou acidentes com veículos de salvamento sob responsabilidade daquela corporação. Observou-se que características do trabalho tais como longas jornadas, precárias condições materiais e suas repercussões sobre a pausa para descanso entre os acionamentos, regras institucionais rígidas, alta demanda e escassez de profissionais em serviço têm efeitos negativos sobre as estratégias de regulação e de enfrentamento dos desafios impostos pelas atividades dos bombeiros motoristas. Tais características provavelmente comprometeram, naquele caso, a saúde dos bombeiros, além de interferirem na segurança e na qualidade do serviço, aumentando o risco de acidentes com veículos operacionais (BATISTA, 2009).

O segundo estudo analisou o poder preditivo do apoio social no trabalho sobre a resiliência e sua influência na prevalência da síndrome de *burnout* nos bombeiros do CBMMG. Os resultados identificaram que 10% dos bombeiros apresentaram níveis elevados de *burnout* e 23% apresentaram risco de manifestar os sintomas da síndrome. Quanto mais os militares identificaram, na corporação, uma rede de comunicações comum que veiculava informações precisas, confiáveis e coerentes, menores foram as chances de ser acometido pela

síndrome. A possibilidade de se criar condições favoráveis à resiliência indicou importante fator de proteção em relação ao *burnout*; bem como zelar para que os bombeiros mais jovens recebam maior cuidado em relação ao seu processo de adaptação ao trabalho, tendo em vista que este subgrupo é o que apresenta condições mais favoráveis ao desencadeamento da síndrome. O tempo na mesma atividade demonstrou ter impacto significativo sobre as variáveis exaustão e desumanização. Entretanto, a percepção de apoio emocional no trabalho mostrou-se como fator protetor dos militares contra sentimentos de desânimo, frustração, incompetência e inadequação ao trabalho (LOPES, 2010).

As evidências indicaram que a natureza das atividades dos bombeiros, *per si*, influencia a saúde mental. Condições de trabalho desgastantes e exposição contínua a modelos organizacionais rigorosos podem afetar as condições de saúde dos trabalhadores em serviço, cuja missão é vital para a sociedade. Para avaliar a magnitude dos estressores laborais sobre a saúde dos bombeiros, o uso de psicofármacos foi considerado *proxy* de efeitos psicológicos negativos. É possível supor que bombeiros busquem, como estratégia de compensação dos sintomas mentais, o uso de medicamentos calmantes, como os ansiolíticos.

Ansiolíticos, comumente conhecidos como calmantes, são psicofármacos que atuam no sistema nervoso central (SNC) (KAPLAN-SADOCK, 2007). Medicamentos calmantes possuem como principal propriedade a redução da atividade motora, da reatividade à dor e da excitação. Quando a finalidade do calmante é a indução do sono é chamado de hipnótico e quando a ação predominante é a redução da ansiedade é denominado ansiolítico, cuja denominação anterior era tranquilizante (KAPLAN-SADOCK, 2007; ANVISA, 2011). Vale explicitar que a combinação de perguntas que deram origem ao desfecho de interesse conduziu à utilização do uso de calmantes como sinônimo de ansiolíticos, como se verá detalhado seção “Metodologia”.

Em suma, abordou-se o uso de medicamentos ansiolíticos em uma amostra de bombeiros militares de maneira a discutir os riscos do consumo de psicofármacos em trabalhadores em exercício. Hipóteses sobre as associações entre a prevalência e os fatores ocupacionais foram examinadas.

A revisão de literatura indicou escassez de estudos no campo da Saúde do Trabalhador sobre o consumo de psicofármacos em profissionais de emergências urbanas. Vale ressaltar que os conhecimentos epidemiológicos são valiosos para subsidiar o planejamento e a alocação de investimentos na atenção à saúde dos trabalhadores, à medida que são desvelados os fatores associados aos desfechos de interesse.

Como se verá, associações significativas entre condições de trabalho e consumo de ansiolíticos foram parcialmente refutadas, contrariando algumas evidências anteriores. Provavelmente características da carreira militar, como estabilidade no emprego e reconhecimento social, poderiam explicar tal controvérsia. Além disso, apesar da alta taxa de resposta e dos cuidados metodológicos, alguns limites do estudo podem ter gerado vieses.

As reflexões sobre os resultados obtidos, embasados nos conhecimentos da literatura, permitiram a construção de um modelo explicativo para a relação entre fatores laborais e não laborais e o uso de ansiolíticos em bombeiros militares de Belo Horizonte, o qual foi esquematizado e será apresentado na seção “Discussão” desta tese. Os resultados apresentados instigam o debate sobre a saúde mental dos trabalhadores de emergências urbanas e suscitam estudos futuros. Ademais, poderão embasar a formulação de programas específicos para os bombeiros militares, principalmente no que tange à oferta de serviços capazes de identificar precocemente as queixas, intervir nos fatores ambientais e organizacionais relacionados à eclosão dos sintomas e promover estratégias de enfrentamentos positivos às angústias cotidianas.

Este volume está organizado no formato tradicional de tese, em consonância com os requisitos para a obtenção do grau de Doutora em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG.

As atividades conduzidas desde 2013 incluíram a realização de disciplinas ofertadas em Programas de Pós-Graduação da UFMG, revisão da literatura, análise estatística, qualificação do projeto (Anexo A), apresentação de um pôster em congresso nacional (IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia) e dois outros em congressos internacionais (4º *Epidemiology Congress of the Americas* e 25º *Epidemiology in Occupational Health Conference*). O manuscrito intitulado “Fatores associados ao uso de medicamentos ansiolíticos entre bombeiros militares” foi a principal produção deste doutorado, sendo aceito para publicação na Revista Brasileira de Epidemiologia (Anexo B).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Uso de medicamentos ansiolíticos: relevância e magnitude

Medicamento ou fármaco é um produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado. As finalidades terapêuticas dos medicamentos incluem: aliviar sintomas de uma doença ou repor no organismo alguma substância em deficiência devido a um desequilíbrio orgânico. Todo medicamento deve ser indicado por prescrição específica de um profissional capacitado, que acompanhe adequadamente o paciente durante a terapia medicamentosa (MADRUGA, 2009; ANVISA, 2011).

Ansiolíticos estão classificados em uma categoria farmacológica nomeada psicotrópicos ou psicofármacos. Etimologicamente a palavra psicotrópico, de origem grega, deriva da raiz “*psyché*”, que se refere à dimensão psíquica do homem e de “*trofein*”, referindo-se à atração por algo (ANVISA, 2011; DIAS *et al.*, 2011).

Os ansiolíticos estão entre os medicamentos psicotrópicos de maior consumo na população mundial nos últimos anos (SÁNCHEZ *et al.*, 2013; VERDÚ *et al.*, 2014). Estima-se que, em geral, de 1,5% a 22% da população faz uso de tais substâncias (LASSERRE *et al.*, 2010; ANDRADE *et al.*, 2012; NETTO, FREITAS, PEREIRA, 2012).

Uma revisão sistemática que avaliou os resultados durante dez anos de consumo de ansiolíticos na Espanha identificou aumento no uso de tais medicamentos pela população. A média das prevalências encontradas aproximou-se de 8% (VERDÚ *et al.*, 2014). Na América Latina, houve prevalência de 5% para consumo de ansiolíticos na população colombiana (ALBA *et al.*, 2015). No Brasil, dois estudos nacionais realizados em 107 cidades com moradores entre 12 e 65 anos de ambos os sexos, mostraram aumento significativo do uso de drogas psicotrópicas ao longo da vida. Em 2001, 3,3% dos entrevistados relataram ter

consumido ansiolíticos. Já em 2004, a estimativa de uso subiu para 5,6% (FONSECA *et al.*, 2010).

Em relação aos fatores sociodemográficos associados, o uso de ansiolíticos foi mais elevado entre adultos e, principalmente, em idosos (FONSECA *et al.*, 2010; NETTO, FREITAS, PEREIRA, 2012; PINTO, FERRÉ, PINHEIRO, 2012; ALBA *et al.*, 2015). Houve um predomínio nítido do sexo feminino em todos os grupos etários (CHAU *et al.*, 2008; GARCIAS *et al.*, 2008; LIMA *et al.*, 2008; FONSECA *et al.*, 2010; ALBA *et al.*, 2015).

Em um estudo sobre consumo de substâncias psicotrópicas a raça branca foi a mais acometida (PIAZZA-GARDNER *et al.*, 2014). Entretanto, a análise de entrevistas com médicos clínicos sobre as prescrições de psicofármacos não indicou efeito significativo da cor da pele no consumo (MORRISON *et al.*, 2009).

Aqueles indivíduos que relataram viver sem um (a) companheiro (a) apresentaram maior risco para uso de ansiolíticos, comparado àqueles casados ou em união conjugal estável (BONDE *et al.*, 2009; PINTO, FERRÉ, PINHEIRO, 2012; SHIRAMA, MIASSO, 2013). Indivíduos com filhos (DAVID; CAUFIELD, 2005) e maior renda (LIMA *et al.*, 2008) também foram relacionadas à maior chance de consumo de psicotrópicos. A possibilidade de melhores recursos financeiros implica maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos (SHIRAMA; MIASSO, 2013).

Observou-se associação significativa entre maior consumo de tranquilizante e menor escolaridade (PINTO; FERRÉ; PINHEIRO, 2012). Ao contrário, outro estudo não identificou relação estatística entre o uso e o nível educacional (SHIRAMA; MIASSO, 2013).

No tocante à saúde, houve associação entre o maior consumo de ansiolítico e a baixa qualidade de vida (CHAU *et al.*, 2008). A prática de atividade física de forma regular foi relacionada com melhores condições de saúde e menores ocorrências de morbidades (BARROS, GRIEP, ROTENBERG, 2009; MOTA *et al.*, 2014).

Constatou-se forte relação entre consumo e sintomas mentais. Ansiolíticos são indicados como coadjuvantes no tratamento de transtorno mental comum (SHIRAMA, MIASSO, 2013; GOMES, MIGUEL, MIASSO, 2013).

Foi encontrada relação entre o uso de ansiolíticos com o hábito de fumar e o abuso de álcool. Um estudo destacou alto e intenso consumo de substâncias lícitas, como ansiolíticos, tabaco e álcool entre policiais militares (SOUZA et al., 2013). Indivíduos tabagistas e etilistas, em geral, adotam comportamentos menos saudáveis principalmente quando enfrentam situações estressantes (ALBERTSEN *et al.*, 2006; BACHARACH *et al.*, 2008; LIMA, ASSUNÇÃO, BARRETO, 2013; SLOPEN *et al.*, 2013; PIAZZA-GARDNER *et al.*, 2014).

Apesar do conhecimento já acumulado, os resultados das pesquisas citadas acima não são convergentes quanto à prevalência de uso de ansiolíticos. As inconsistências verificadas quando os dados são comparados provavelmente resultam da ausência de consenso nas técnicas utilizadas nos inquéritos e nos parâmetros para caracterizar o fenômeno.

Em suma, a literatura relaciona a maior probabilidade de consumo de ansiolíticos aos seguintes fatores: maior idade, brancos, ausência de companheiro, indivíduos com filhos, maior renda, menor escolaridade, inatividade física regular, hábito de fumar, abuso de álcool e sintomatologia compatível com TMC. Tais fatores foram analisados na presente investigação.

2.2. O uso não controlado de ansiolíticos e suas implicações

Os recursos farmacêuticos são considerados relevantes na estruturação dos serviços de saúde (LOYOLA-FILHO et al., 2002; AQUINO et al., 2010). Sabe-se, entretanto, que o acesso a medicamentos não implica automaticamente melhoria das condições de saúde ou da qualidade de vida (ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007). De fato, o consumo de ansiolíticos pode ser considerado um problema de saúde pública, principalmente em virtude do crescente uso de modo não controlado (AQUINO et al., 2010; MANTHEY et al., 2011; SHIRAMA, MIASSO, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o controle de medicamentos é um dos grandes desafios desta década (WHO, 2011). O consumo de fármacos de forma não controlada pode ocasionar aumento do risco de efeitos indesejáveis, também conhecidos como efeitos inesperados ou efeitos (eventos) adversos (LOYOLA-FILHO et al., 2005).

O efeito indesejável é um sinal desfavorável ao uso agudo ou crônico de determinado fármaco, como intoxicação, dependência, tolerância e reação adversa (OLIVEIRA; XAVIER; SANTOS JÚNIOR, 2013). A intoxicação refere-se à resposta orgânica nociva ao consumo excessivo de uma droga. Dependência é a necessidade incontrolável de continuar o consumo, podendo ser de ordem física ou psíquica. A tolerância consiste em se requerer paulatinamente uma dose cada vez maior para alcançar os mesmos efeitos. Reação adversa ou efeito colateral é qualquer resposta prejudicial e não intencional ocorrida após o consumo, ainda que em doses recomendadas (WHO, 2002; ANVISA, 2011).

Como todo medicamento, ansiolíticos podem causar diversas reações adversas, sendo as mais comuns: confusão mental, amnésia, hipotonia muscular, hipotensão e síncope (KAPLAN-SADOCK, 2007; BELLEVILLE, 2010). Além disso, tais substâncias podem interagir com outros fármacos habitualmente utilizados pela população. Ansiolíticos não

devem ser administrados com antiácidos, pois o alumínio retarda o esvaziamento gástrico, tornando lenta a sua absorção. O nível de dosagem sanguínea de ansiolíticos pode ser elevado caso haja associação com alguns antibióticos e hormônios. A coadministração de calmantes com outras substâncias depressoras, como anti-histamínicos, barbitúricos e etanol pode ser perigosa por potencializar os efeitos indesejáveis (KAPLAN-SADOCK, 2007; ANVISA, 2011).

O uso não controlado de medicamentos impõe um duplo ônus ao sistema de saúde. Além dos gastos com a atenção farmacêutica, superiores àqueles decorrentes de consultas médicas, novas despesas são devidas ao atendimento a acontecimentos ocasionados por efeitos indesejáveis, comorbidades, dentre outros problemas (LOYOLA-FILHO *et al.*, 2002; MCPHAIL, 2016).

Apesar de tais prejuízos, o uso controlado de fármacos não é objeto de programas ou ações específicas em diversos países (LAGE; FREITAS; ACURCIO, 2005). Nos serviços de atenção primária em países de baixa ou média renda *per capita*, menos de 40% dos pacientes no setor público são tratados em conformidade com as diretrizes para uso controlado de medicamentos (WHO, 2011).

O Brasil é um dos principais consumidores mundiais de medicamentos. A alta disponibilidade de fármacos acarreta maior possibilidade de uso não controlado, aumentando os riscos de consequências prejudiciais (DOMINGUES *et al.*, 2015). Os efeitos deletérios do consumo não controlado de medicamentos, em geral, raramente entram nos laudos como a causa de eventos mórbidos e letais. Ainda assim, as notificações de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas a medicamentos crescem, em média, 20% ao ano. Os registros incluem falhas na qualidade dos fármacos, intoxicações e prescrições inadequadas (ANVISA, 2013).

A utilização de medicamentos ansiolíticos tem sido caracterizada pela ausência de conhecimento adequado quanto aos riscos de interações farmacológicas e eventos adversos (NETTO, FREITAS, PEREIRA, 2012; ALBA *et al.*, 2015). Pesquisas indicam que a baixa percepção dos efeitos negativos do uso não controlado de psicofármaco envolve usuários e profissionais de saúde; além da macroestrutura, como sistema de saúde e indústria farmacêutica (BRAGA; CARVALHO; BRINDER, 2010).

Ainda que a aquisição legal de ansiolítico ocorra somente mediante prescrição médica, não raro se observam usuários com estratégias arriscadas para o acesso. A automedicação é uma forma de consumo de medicamentos por escolha do próprio paciente ou por indicações de pessoas não habilitadas (ARRAIS, BARRETO, COELHO, 2007; LOYOLA-FILHO *et al.*, 2002). Várias são as maneiras de praticar a automedicação: compartilhar remédios com membros da família ou do convívio social; utilizar sobras de prescrições; descumprir a prescrição profissional, prolongando ou interrompendo precocemente a dosagem e a duração recomendada (BARROS, GRIEP, ROTENBERG, 2009; MUNHOZ, GATTO, FERNANDES, 2010). A internet exerce um papel considerável na promoção da automedicação ao disseminar informações sobre o consumo (SOUZA; MARINHO; GUILAM, 2008); além de facilitar a compra de medicamentos sem a necessária comprovação de documentação (GHOLAP; MOHITE, 2013).

A taxa de automedicação no Brasil é alta. Uma revisão sistemática recente indicou prevalência de 22,9% para um período recordatório de sete dias e de 35%, considerando os últimos quinze dias (DOMINGUES *et al.*, 2015). Ou seja, aproximadamente um terço da população adulta brasileira utiliza medicamentos de forma não controlada.

A tendência de se automedicar com psicofármacos pode ocorrer devido à urgência do usuário em aliviar suas angústias (LEIGNEL *et al.*, 2014); contrastando com a escassa disponibilidade de atendimento médico especializado, quando necessário (AQUINO *et al.*,

2010). Tais fatores expõem os consumidores, de modo crescente, aos efeitos adversos dos ansiolíticos (AQUINO *et al.*, 2010).

O consumo de ansiolíticos deveria ser efetuado mediante prescrição por médicos habilitados a reconhecer as propriedades farmacológicas e os riscos inerentes aos psicotrópicos (LASSERRE *et al.*, 2010). Contudo, não é infrequente o consumo amparado em indicações realizadas por profissionais com pouca formação específica no âmbito da saúde mental (NORDON *et al.*, 2009).

Propostas terapêuticas com psicofármacos realizadas por médicos não capacitados nesse tópico geralmente incluem prescrições inadequadas (SOUZA, MARINHO, GUILAM, 2008; BARROS, GRIEP, ROTENBERG, 2009). Tal equívoco pode implicar negligência à necessidade de diagnóstico preciso e de acompanhamento durante o tratamento medicamentoso (ORLANDI, NOTO, 2005; FERRARI *et al.*, 2013). Um estudo concluiu que apenas 28,3% dos pacientes com prescrição de psicotrópicos estavam sob acompanhamento e monitoramento adequado (VALENTINI *et al.*, 2004).

A ausência de informações claras sobre os medicamentos ansiolíticos pode influenciar o seu uso não controlado. Os estudos abaixo descritos sinalizam ocultação ou desconhecimento dos efeitos nocivos tanto por profissionais quanto por usuários.

Entrevistas com pacientes hospitalizados em uso de ansiolíticos indicaram que apenas 2% dos respondentes consideraram suficientes as informações providas pelo profissional de saúde responsável pela prescrição. Aproximadamente 70% dos entrevistados negaram ter recebido qualquer informação sobre reações e efeitos medicamentosos (LENHART; BUYASSE, 2001).

Indivíduos com histórico de uso crônico de ansiolíticos relataram não ser alertados sobre o tempo total de tratamento e os malefícios do uso prolongado. Alguns usuários iniciam o uso sem o diagnóstico que o justifique, adotando estratégias para aquisição de

psicofármacos junto a familiares, colegas de trabalho, além de solicitação de receita a mais de um profissional (ORLANDI; NOTO, 2005).

A análise de receitas dispensadas na farmácia de um município brasileiro indicou que 15,5% das prescrições de psicofármacos não continham informações sobre duração do tempo de tratamento e retorno do paciente. O clínico geral foi quem prescreveu 61% dos psicotrópicos, seguido pelas especialidades de ginecologia e obstetrícia (16,1%), cardiologia (11,2%), cirurgia geral (4,0%), psiquiatria (2,4%), neurologia (2%), cirurgião-dentista (1,2%), gastroenterologia e pediatria (0,4% cada) (FERRARI *et al.*, 2013). Aproximadamente 90% dos clínicos gerais acharam possível a redução ou a retirada de psicofármacos de suas prescrições. Além disso, 97,1% deles relataram ser pressionados por pacientes para iniciar ou renovar tais receitas (LASSERRE *et al.*, 2010).

A alta prescrição de ansiolíticos também ocorreu devido aos laços afetivos entre médicos e pacientes. O uso crônico perpetuou-se porque alguns profissionais tinham receio de negar os ansiolíticos, comumente requisitados. Outra constatação relevante referiu-se à segurança farmacológica dos psicotrópicos disponíveis nas unidades de saúde. Os únicos ansiolíticos dispensados pelo serviço foram os de meia-vida longa e, portanto, mais propensos a ocasionar efeitos colaterais (NORDON *et al.*, 2009).

O uso não controlado de ansiolíticos pode ser resultado de falhas sistêmicas nos serviços de saúde. A escassez de dispositivos terapêuticos adequados e de recursos humanos capacitados reflete a precariedade do atendimento, contribuindo para o aumento do consumo não controlado de medicamentos (MORRISON *et al.*, 2009; SHAHID *et al.*, 2012).

Falta de recursos financeiros é outro fator na esfera da macroestrutura que dificulta a fiscalização da comercialização de medicamentos controlados (LIMA *et al.*, 2008; NETTO, FREITAS, PEREIRA, 2012). Países com grande extensão territorial e mercados

farmacêuticos expressivos, como o Brasil, enfrentam problemas para assegurar o adequado acesso e utilização de medicamentos de dispensação restrita (ANVISA, 2011).

Além da escassez financeira, material e humana, a segunda lacuna atribuída ao sistema de saúde refere-se às tímidas campanhas de conscientização da população sobre os efeitos adversos ao consumo de medicamentos (FERRAZ, 2009). Há uma carência de debate social que privilegie não apenas o cenário das drogas ilícitas, como também o uso indevido de medicamentos psicotrópicos (BRAGA; CARVALHO; BRINDER, 2010).

Quanto à indústria farmacêutica, a multiplicidade de produtos comercializados e o baixo custo de tranquilizantes no mercado estimulam o uso não controlado (LOYOLA-FILHO *et al.*, 2002). Vale lembrar que a propaganda massiva motiva o indivíduo a conquistar padrões de comportamento por meio do uso de ansiolíticos.

Com base no exposto, acredita-se que o uso de ansiolíticos por vezes se dá em uma rede de fatores que se retroalimentam: os usuários “reivindicam” o uso, ora convencendo o médico a prescrevê-lo, ora se automedicando; os profissionais de saúde carecem de melhor formação; o sistema de saúde não consegue controlar o crescente consumo; a indústria aproveita a lacuna deixada pelo baixo controle (ORLANDI; NOTO, 2005). Sendo assim, a abordagem sobre a utilização não controlada de medicamentos ansiolíticos transpõe a relação médico-paciente para relações de aspectos macroestruturais. Faz-se necessário esclarecer a comunidade sobre os efeitos deletérios de tais fármacos quando indevidamente prescritos ou consumidos (MENDONÇA *et al.*, 2008).

Em suma, a prática do uso não controlado de medicamentos ansiolíticos pode ocorrer em virtude da minimização dos riscos por vários membros da sociedade (Quadro 1). O consumo indevido de psicofármacos pode ser resultante de:

- Automedicação de usuários: facilidade de acesso aos medicamentos e dependência de psicofármacos (NORDON *et al.*, 2009; NETTO, FREITAS, PEREIRA, 2012);

- Prescrições realizadas por médicos com fraca formação no âmbito da saúde mental: prescrições equivocadas, ausência de acompanhamento e informações adequadas ao paciente (ORLANDI, NOTO, 2005; SHAHID *et al.*, 2012; FERRARI *et al.*, 2013);
- Precariedade do sistema de saúde: baixa capacitação dos profissionais, restrições de acesso às especialidades médicas, controle ineficaz na dispensação de fármacos e pouca disseminação de informações relevantes à população (LASSERRE *et al.*, 2010; SHIRAMA, MIASSO, 2013);
- Pressão da indústria farmacêutica: vasta oferta de novos ansiolíticos no mercado com alto teor publicitário e menor custo que os predecessores (SOUZA, MARINHO, GUILAM, 2008; LASSERRE *et al.*, 2010).

Quadro 1. Implicações da prática do uso não controlado de medicamentos ansiolíticos

Condições de uso	Envolvido	Características	Consequências
Ausência de indicação clínica	Usuário	Automedicação	Aumento dos riscos de efeitos indesejáveis
	Médico não habilitado	Diagnósticos inespecíficos Prescrições equivocadas	Resultado terapêutico ineficaz Omissão de informações aos pacientes
Ausência de acompanhamento	Sistema de saúde (Estado)	Poucos psiquiatras Controle ineficaz Escasso debate sobre riscos	Baixa qualidade de atendimento
Acesso inadequado aos medicamentos	Indústria farmacêutica	Alta publicidade Multiplicidade de produtos	Apelo social para consumo

2.3. Saúde, trabalho e estressores ocupacionais

2.3.1. Problemática do uso de ansiolíticos em trabalhadores

Saúde pode ser definida como um estado de bem-estar físico, emocional, social e psicológico, no qual o indivíduo é produtivo, capaz de adaptar-se às adversidades e manter relacionamentos satisfatórios com a sociedade (WHO, 2013). A qualidade de vida e de saúde envolve o direito de viver e trabalhar em ambientes saudáveis (BRASIL, 2012a).

O local de trabalho é considerado um cenário profícuo para a promoção da saúde, pois é o lugar no qual os indivíduos economicamente ativos passam a maior parte da vida (VIRTANEN *et al.*, 2015). Nas últimas décadas, mundialmente, foram estabelecidas estratégias para desenvolver programas de saúde para os adultos ocupados (RONGEN *et al.*, 2013), a fim de promover maior adesão às práticas de atividade física e à alimentação saudável, com consequente efeito positivo sobre a situação geral de saúde.

A saúde dos trabalhadores guarda estreita relação com as condições de trabalho. As circunstâncias nas quais o trabalho é realizado implicam riscos que podem afetar à saúde e o desempenho profissional (OSHA, 2009; NETTO, FREITAS, PEREIRA, 2012). Evidências indicam que o processo de desgaste físico ou mental pode ser influenciado pela organização do trabalho e tipo de exposição às cargas laborais (VARGAS, DIAS, 2011; PIAZZA-GARDNER *et al.*, 2014).

O mundo contemporâneo tem discutido sobre a intensificação do trabalho e seus impactos para a saúde dos trabalhadores relacionados ao estresse ocupacional (ASSUNÇÃO, BELISÁRIO, 2007; CARDOSO, 2013; BRAGA, CARVALHO, BRINDER, 2010; OSHA, 2009; ILO, 2010; SAADE, MARCHAND, 2013). O estresse relacionado ao trabalho é

percebido quando as exigências do ambiente laboral excedem a capacidade de enfrentamento dos trabalhadores (FOLKMAN, LAZARUS, 1980; OSHA, 2009).

As condições de trabalho podem gerar estressores ocupacionais. Dentre eles, o presente estudo investigou os operacionais e os organizacionais. Estressores operacionais englobam eventos potencialmente traumáticos frequentemente vivenciados em serviços de emergências. Tais eventos fazem parte da natureza das tarefas desenvolvidas e suas consequências negativas para a saúde mental são reconhecidas (VAN DER VELDEN *et al.*, 2010).

Inicialmente, o conceito de evento traumático foi apresentado como um evento extraordinário, fora da cadeia comum de acontecimentos da vida do indivíduo (FIGLEY, 1995). Atualmente, o conceito abrange a percepção do indivíduo sobre situações potencialmente traumáticas, incluindo a exposição direta (pessoas que vivenciaram eventos) e indireta (pessoas que testemunharam ou foram confrontados com eventos) envolvendo risco de morte (APA, 2013).

Os estressores organizacionais, por sua vez, consideram os modelos de gestão do trabalho. Resultados dos estudos epidemiológicos indicam uma relação direta entre estes estressores e diferentes desfechos em saúde mental (KOLSTAD *et al.*, 2011). Tais estressores podem ser analisados por meio da proposta do Modelo Demanda-Controle (DC) (KARASEK, 1979).

O Modelo DC focaliza elementos do contexto na explicação do mecanismo de adoecimento de trabalhadores. Por essa via, são identificados tipos de tarefas específicas que, por sua vez, apresentam riscos e estímulos diferenciados à saúde. No ambiente de trabalho, há situações que podem tanto expor o indivíduo ao risco de desenvolver distúrbios de ordem física e psicológica, quanto influenciar a motivação para desenvolver determinados padrões

de comportamento. Tais situações são definidas como trabalho de alta exigência, trabalho ativo, trabalho passivo e trabalho de baixa exigência (KARASEK; THEÖREL,1990).

A situação de alta exigência ocasiona reações adversas à saúde, como o desgaste físico e mental, ao passo que a baixa exigência acarreta menor comprometimento à saúde, mas limita a produtividade. Quanto ao trabalho ativo, os desafios motivadores e o alto controle nas tarefas a serem executadas conduzem ao aprendizado e crescimento profissional. Em contraposição, o trabalho passivo acarreta desmotivação e perda gradual de habilidades (KARASEK, THEÖREL,1990; ASSUNÇÃO, 2013).

Para avaliar o impacto das relações sociais na saúde do trabalhador, ressaltando a coesão grupal, a autonomia dos grupos de trabalho e os estilos de liderança, o Modelo DC foi ampliado, incluindo uma dimensão denominada apoio social. Tal dimensão foi operacionalizada como o nível de integração entre colegas e chefia (apoio socioemocional) e a oferta de recursos extras e assistência técnica para a realização de tarefas (apoio social instrumental). Os mecanismos pelos quais o apoio social influencia a saúde incluem aprendizagem, ativação de estratégias de enfrentamento e construção de um senso de identidade profissional (DE JONGE; MULDER; NIJHUIS, 1999).

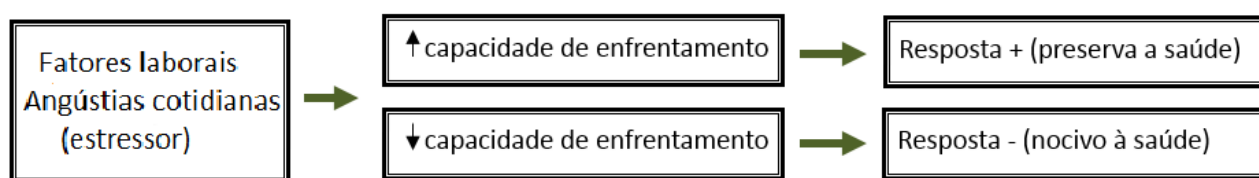
Revisões sobre o Modelo DC sugerem que alta demanda de trabalho pode ser tão nociva quanto o baixo controle e o escasso apoio social (DE LANGE *et al.*, 2003). Assim, alguns autores propõem, como alternativa promissora em estudos epidemiológicos, a análise dos efeitos de interação entre demanda, controle e apoio de forma isolada (efeito aditivo) em detrimento dos quadrantes descritos no modelo original (efeito interativo). Essa proposta foi considerada nas análises apresentadas neste estudo, utilizando-se o *Job Content Questionnaire* (JCQ).

O JCQ é um instrumento reconhecido internacionalmente por sua potencialidade de mapear a percepção dos estressores psicossociais no trabalho. Avalia separadamente a

demanda, o controle sobre as tarefas e o apoio social do trabalho (KARASEK, THEÖREL, 1990; ARAÚJO, KARASEK, 2008).

Em contextos ocupacionais, a exposição a condições precárias pode exceder os recursos individuais e coletivos de enfrentamento, gerando angústias (BACHARACH *et al.*, 2008; BEZERRA, MINAYO, CONSTANTINO, 2013). Portanto, estressores ocupacionais (organizacionais ou operacionais) e extra laborais podem propiciar a utilização de modos compensatórios nocivos, como ilustra a Figura 1.

Figura 1. Esquema de mediação entre estressores e respostas



A literatura indica relação entre os fatores laborais e o consumo de ansiolíticos como uma resposta nociva de enfrentamento. Conforme detalhado na Metodologia, os estressores operacionais identificados na prestação dos serviços pelos bombeiros foram avaliados por meio de uma lista de eventos potencialmente traumáticos. Os estressores organizacionais (demanda, controle, apoio) foram analisados de forma isolada, conforme justificado acima.

2.3.2. Bombeiros militares e uso de ansiolíticos

Os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade, apesar de distintos, são interligados. A eficiência envolve a forma (meios) com que uma atividade é feita e a eficácia se refere ao resultado (fins) da mesma. Já a efetividade diz respeito à capacidade de se promover os resultados pretendidos (CASTRO, 2006).

Trabalhadores dos serviços de emergências urbanas atuam em contextos cuja a efetividade dos atendimentos depende de respostas imediatas e integradas, de domínio do conhecimento técnico e de emprego adequado dos recursos tecnológicos disponíveis (STERUD, EKEBERG, HEM, 2006; ADRIAENSSENS *et al.*, 2012). As tarefas desempenhadas desenvolvem-se sob riscos térmicos, ergonômicos e psicológicos, levando, não raras vezes, aos limites físicos e mentais (PIAZZA-GARDNER *et al.*, 2014).

No caso dos bombeiros, além de estarem sob altas demandas laborais inerentes aos profissionais de emergências, ainda estão inseridos no serviço militar (HORN *et al.*, 2017). O trabalho militar caracteriza-se por rigidez disciplinar, hierarquia incontestada, transferências de tropas entre unidades ou batalhões, afastamento temporário da família, treinamentos físicos intensos, entre outros (AMATO *et al.*, 2010).

Um levantamento qualitativo realizado com bombeiros militares brasileiros sobre a percepção da atividade profissional, dentre outros objetivos, identificou que o desgaste físico e emocional do trabalho afetava a produtividade e a qualidade de vida dos respondentes. A disciplina e a rigidez militar, inicialmente exigida dentro da instituição, também estavam incorporadas na vida pessoal dos sujeitos (NATIVIDADE, 2009).

Dentre as principais atividades desenvolvidas por bombeiros destacam-se atendimento pré-hospitalar, combate a incêndio urbano, salvamento e resgate de vítimas (BRASIL, 2012b).

Somam-se à essas tarefas, a ameaça cotidiana à sua integridade ou de outrem e a possibilidade de danos a bens materiais (CAREY *et al.*, 2011; MONTEIRO *et al.*, 2013).

Possivelmente, a natureza das atividades dos bombeiros militares, *per si*, influencia a saúde mental, independente de outros estressores ocupacionais (AMATO *et al.*, 2010; LIMA, ASSUNÇÃO, BARRETO, 2015a). Modelos organizacionais rigorosos podem afetar as condições de saúde dos profissionais em serviço, principalmente pela sobrecarga física e psíquica (ADRIAENSSENS *et al.*, 2012). Tal contexto pode contribuir para a prática de uso de medicamentos, cuja ocorrência em bombeiros ativos pode ser relevante devido à peculiaridade de suas atividades.

Para avaliar a problemática do uso de ansiolíticos em trabalhadores vale identificar a frequência do consumo e se existem fatores associados ao trabalho. Portanto, para descrever os resultados na literatura atual incluíram-se diferentes grupos ocupacionais: policiais, enfermeiros, eletricitários, advogados, farmacêuticos e trabalhadores em geral. O resumo de tais resultados foi demonstrado no Quadro 2.

A prevalência de ansiolíticos entre policiais civis foi superior aos militares. O uso de foi estimado em 13,3% para civis e em 10,1% para militares. Entretanto, foi observada uma maior intensidade de consumo por policiais militares (SOUZA *et al.*, 2013).

Entre enfermeiros entrevistados em um hospital universitário, 14,3% utilizaram ansiolíticos alguma vez na vida. Adicionalmente ao desgaste laboral, a facilidade de acesso aos medicamentos pode motivar o alto consumo na referida categoria (FERRAZ, 2009).

A prevalência de consumo de ansiolíticos em trabalhadores fora dos serviços de emergências não é convergente. As proporções de grupos ocupacionais distintos em alguns países são descritas a seguir.

O consumo de ansiolíticos entre trabalhadores canadenses indicou cifra de 3,5% (BLANC; MARCHAND, 2010). Entre trabalhadores brasileiros, a proporção do uso atual de

ansiolítico em eletricitários foi de 3,8% (SOUZA *et al.*, 2010). Trabalhadores canadenses autônomos foram avaliados quanto ao uso de psicotrópicos, sendo que a prevalência de medicamentos ansiolíticos relatada por advogados foi de 5% e por farmacêuticos, 6% (LEIGNEL *et al.*, 2014). A estimativa de uso, no último ano, em trabalhadores chilenos do setor terciário foi de 10%, sendo 7,5% mediante prescrição médica e 2,5% sem prescrição (MOLINA; MIASSO, 2008).

Os resultados de investigações anteriores indicam que o uso de ansiolíticos em grupos ocupacionais é multideterminado. Sabe-se que uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e específicos do ambiente laboral influencia a busca pela terapia medicamentosa (CAREY *et al.*, 2011; DIAS *et al.*, 2011; DELL'OSSO, LADER, 2012). Trabalhadores inseridos em atividades gerenciais estão sob maior risco de consumo de calmantes comparado a trabalhadores que executam tarefas predominantemente operacionais. Tal suposição pode ser devido ao grau de exigências organizacionais, envolvendo maiores responsabilidades (ORSET *et al.*, 2011).

A exposição a riscos ocupacionais pode contribuir para o aumento do consumo de ansiolíticos em trabalhadores. Entre os fatores mais citados estão os estressores laborais (CAREY *et al.*, 2011; DORRIAN *et al.*, 2011); a intensidade de eventos traumáticos (BACHARACH *et al.*, 2008; SOUZA *et al.*, 2013; MONTEIRO *et al.*, 2013); a alta exigência no trabalho (SOUZA *et al.*, 2010); a falta de apoio social (YOUNG *et al.*, 2012); o baixo controle sobre o trabalho (BATISTA, 2009; SAADE, MARCHAND, 2013) e o maior tempo de serviço (MANTHEY *et al.*, 2011).

Os fatores mencionados indicam elementos para se compreender o consumo de ansiolíticos entre diversas categorias ocupacionais. O Quadro 2 classifica os estudos sobre as prevalências, tendo como base os pressupostos da OMS para utilização de medicamentos. Foi considerado consumo controlado quando o autor mencionava o diagnóstico de ansiedade

(TMC) e indicava algum acompanhamento médico. O uso foi considerado como não controlado quando os resultados caracterizavam a ausência de ansiedade (TMC) ou de acompanhamento, consumo de ansiolíticos sem receita médica ou por meio de automedicação. O uso geral englobou todas as prevalências de consumo de ansiolíticos que não explicitavam a forma de utilização.

Raras publicações foram localizadas com resultados passíveis de serem classificados distintamente como uso geral, controlado ou não. Não foram encontradas pesquisas que atendessem os critérios semelhantes de definição para consumo controlado. Ressalta-se ainda que, em alguns estudos, também não foi mencionada a indicação de uso.

As prevalências de uso em geral foram significativas e variaram de 3,5% a 14,3% entre os grupos ocupacionais. Um único estudo foi localizado com prevalência classificada como uso não controlado de ansiolíticos entre trabalhadores.

Quadro 2. Prevalência de uso de ansiolíticos em categorias ocupacionais

Autor/ Ano /País	Sujeitos	Prevalência de uso			Principais resultados
		Geral	Controlado	Não controlado	
BLANC, MARCHAND (2010) Canadá	Trabalhadores de vários segmentos	3,5	-	-	Associação: eventos estressantes, tabagismo
SOUZA <i>et al.</i> (2010) Brasil	Eletricitários	3,8	-	-	Associação: alta exigência, baixo apoio
LEIGNEL <i>et al.</i> (2014) Canadá	Advogados Farmacêuticos	5,0 6,0	-	-	Associação: tabagismo, estresse
MOLINA, MIASSO (2008) Chile	Trabalhadores do setor terciário	10,0	-	2,5	Subestimação da prevalência
SOUZA <i>et al.</i> (2013) Brasil	Policiais militares	10,1	-	-	Associação: eventos traumáticos
FERRAZ (2009) Brasil	Enfermeiros	14,3	-	-	Motivo de consumo: desgaste laboral e facilidade de acesso

Os dados sobre uso de ansiolíticos em trabalhadores sugerem que diversos fatores contribuem para o aparecimento de sintomas mentais (CAREY *et al.*, 2011; DIAS *et al.*, 2011; MONTEIRO *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2013). Assim, para atender às exigências laborais, é plausível supor que bombeiros com baixos recursos de enfrentamento saudável busquem como estratégia de compensação dos efeitos aflitivos a prática do uso de ansiolíticos. A análise dos elementos descritos na literatura permitiu a formulação das seguintes hipóteses para esta investigação:

- I. O uso de medicamentos ansiolíticos em bombeiros de Belo Horizonte é uma tentativa de enfrentamento aos sintomas mentais provindos de fatores ocupacionais.
- II. O uso de medicamentos ansiolíticos em bombeiros de Belo Horizonte é uma tentativa de enfrentamento aos sintomas provindos de fatores extralaborais.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar o uso de medicamentos ansiolíticos no contexto de trabalho dos bombeiros de Belo Horizonte.

3.2. Objetivos específicos

- Descrever a prevalência do uso de medicamentos ansiolíticos, de forma controlada ou não;
- Identificar os fatores associados ao uso de ansiolíticos em bombeiros, de forma controlada ou não;
- Discutir os riscos de consumo não controlado de ansiolíticos em bombeiros.

4. MÉTODOS

4.1. Delineamento

Trata-se de um inquérito epidemiológico transversal de base censitária sobre as condições de saúde e trabalho dos bombeiros militares.

O inquérito epidemiológico, também denominado *survey* ou inquérito de saúde é um estudo com uma amostra representativa de sujeitos, cujo objetivo é avaliar a ocorrência de determinado fenômeno e suas implicações para a saúde coletiva. Portanto, o inquérito epidemiológico é um método de coleta de dados que permite conhecer as necessidades de saúde de uma população, identificar as disparidades nos cuidados em saúde, padrões e tendências relacionadas ao longo do tempo, além de subsidiar a formulação e avaliação de políticas (ADAY; CORNELIUS, 2006). Os inquéritos são úteis no planejamento em saúde devido às suas potencialidades para investigar a realidade, tanto das demandas da população, como das lacunas dos serviços e dos sistemas de saúde.

Os inquéritos de saúde apresentam como vantagens: visão multidimensional da saúde a partir da informação direta da população, amplitude e a variedade de conteúdo, reconhecimento e a análise do padrão das desigualdades sociais na saúde. As principais desvantagens são: custos elevados, complexidade metodológica dos processos de desenho amostrais, discrepâncias entre os relatos de morbidade por parte da população e o diagnóstico médico, diferenças culturais e educacionais, possibilidade de perda da representatividade em estudos de fenômenos de baixa prevalência ou em análises de territórios pequenos, dificuldades na abordagem de determinados temas que geram resistência por parte da população (CASTRO, 2016).

Inquéritos epidemiológicos de cunho ocupacional buscam compreender o processo de exposição no trabalho, identificar características deletérias e diferenciar seus efeitos sobre o processo saúde-doença. Apesar de não visarem medições objetivas do estado de saúde, consideram a percepção do sujeito inserido, em um determinado meio social, sobre os fatos relacionados à sua saúde (RIBEIRO; WUNSCH FILHO, 2004). Assim, inquéritos em grupos ocupacionais examinam a hipótese sobre a contribuição do trabalho nos fatos relacionados à saúde humana, possibilitando identificar meios de estabelecer estratégias de prevenção e promoção à saúde, bem como a formulação de políticas públicas (ASSUNÇÃO, 2013).

Estudos transversais ou seccionais investigam a exposição e o desfecho em um mesmo momento, permitindo a detecção da situação de saúde em estratos populacionais (MEDRONHO *et al.*, 2009). Apresentam como vantagens: baixo custo, simplicidade analítica, rapidez na execução, facilidade para obter amostra representativa e objetividade na coleta de dados. Já as principais limitações incluem: possíveis erros de classificação dos indivíduos quanto ao desfecho, pouca capacidade de detectar casos de remissão rápida ou que resultaram em óbitos, dificuldade na determinação causal entre exposição ao fator de risco e desfecho e impossibilidade de calcular medidas diretas de risco (SZKLO; NIETO, 2013).

4.2. Caracterização da população alvo¹

Os sujeitos deste estudo foram os bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais. A origem do CBMMG remonta à construção da capital mineira. Em 1911 foi autorizada a organização da Seção de Bombeiros Profissionais, visando o serviço de combate a incêndios. No ano de 1966, o Corpo de Bombeiros foi integrado à Polícia Militar permanecendo até 1999, quando adquiriu autonomia administrativa e financeira. Atualmente, o CBMMG tem *status* de Secretaria de Estado e faz parte do Sistema Integrado de Defesa Social (MINAS GERAIS, 2007a; LOPES, 2010).

O CBMMG é uma instituição militar sustentada por dois pilares: disciplina e hierarquia. A disciplina é a rigorosa observância e o acatamento integral das leis, das normas, dos regulamentos e das disposições. A hierarquia é a ordenação da autoridade em níveis diferentes dentro da estrutura organizacional (MINAS GERAIS, 1999).

A corporação está organizada em dois Comandos (Geral e Operacional), sendo o primeiro superior hierarquicamente. Como o CBMMG é uma Secretaria de Estado, o Comando Geral situa-se na Cidade Administrativa, sede do Governo de Minas Gerais. O Comando Operacional dos Bombeiros (COB) possui oito Diretorias (Apoio Logístico, Recursos Humanos, Contabilidade e Finanças, Ensino, Assuntos Institucionais, Atividades Técnicas, Corregedoria, Tecnologia e Sistemas); três Centros (Ensino, Suprimento e Manutenção, Atendimento e Despacho) e quatro Assessorias (de Gabinete, Assistência à Saúde, Auditoria, Gestão Estratégica e Inovação). O COB está localizado em cinco² regiões abrangendo todo o Estado (MINAS GERAIS, 2008).

¹Algumas informações foram obtidas na Seção de Pessoal e no site oficial do CBMMG (www.bombeiros.mg.gov.br).

² Cinco regiões à época da coleta de dados (2011). Em setembro de 2015 foi inaugurado o 6º COB.

O 1º COB pertence à região metropolitana de Belo Horizonte e possui quatro Batalhões (BBM) com onze subunidades, responsáveis pelo atendimento à população de 23 municípios. Dentre os quatro BBM do 1º COB, três têm sede na capital mineira e foram alvos do presente estudo: 1ºBBM, 3ºBBM e Batalhão de Operações Aéreas (BOA). O 1º Batalhão está localizado na regional Centro-Sul, o BOA situa-se no Aeroporto da Pampulha e o 3º Batalhão pertence à regional Pampulha (LIMA, 2013).

Cada Batalhão (Unidade Operacional) engloba uma ou mais Companhias, contendo Administração, Prontidão de Incêndio (PI) e Pelotões. A Administração envolve o comando, as seções da unidade (de pessoal, de informações, de planejamento técnico e instrução, de logística e de relações públicas) e a prevenção e vistoria (serviço de segurança contra incêndio e pânico e atividades de vistorias em instalações públicas ou privadas). A PI é o local onde ficam dispostos os veículos operacionais, os alojamentos dos bombeiros de plantão e a sala de operações. Os Pelotões, chamados informalmente pelos bombeiros de postos de atendimento (PA) ou guarnição operacional, são frações descentralizadas em diversas localidades para favorecer o deslocamento das equipes de atendimento e a resposta às ocorrências.

O CBMMG está alicerçado em uma estratificação hierárquica militar, caracterizada pela divisão em postos e graduações, conforme a ordem de subordinação entre eles (Quadro 3). Os Comandos e as Diretorias são chefiados por coronéis; os Centros têm comandantes tenentes-coronéis e subcomandantes maiores. As Companhias são chefiadas por capitães e os Pelotões por tenentes. Nas PI, o serviço é comandado por um tenente tendo como auxiliar um subtenente ou sargento. As guarnições operacionais (equipes) são chefiadas por sargentos ou cabos. Os soldados não exercem funções gerenciais (MINAS GERAIS, 2008).

Quadro 3. Postos hierárquicos e graduações do CBMMG

Oficiais	Superiores	Coronel (Cel BM) Tenente Coronel (Ten Cel BM) Major (Maj BM)
	Intermediários	Capitão (Cap BM)
	Subalternos	1º Tenente (1º Ten BM) 2º Tenente (2º Ten BM)
Praças	Praças Especiais	Aspirante a Oficial (Asp BM) Cadetes do Curso de Formação de Oficiais (Cad BM) Alunos do Curso de Habilitação de Oficiais (Al BM)
	Praças	Subtenente (SubTen BM) 1º Sargento (1ºSgt BM) 2º Sargento (2ºSgt BM) 3º Sargento (3ºSgt BM) Cabo (Cb BM) Soldado de 1ª Classe (Sd BM) Soldado de 2ª Classe (Sd BM Recruta)

Para ingresso no CBMMG é preciso ser brasileiro; possuir idoneidade moral; estar quite com as obrigações eleitorais e militares; ter entre 18 e 30 anos de idade na data da inclusão, salvo para os oficiais do Quadro de Saúde, cuja idade máxima é de 35 anos; ter altura mínima de 1,60m, exceto para oficiais do Quadro de Saúde, cuja altura não é avaliada; ter aptidão física e mental; não apresentar, quando em uso de uniformes, tatuagem visível com significado incompatível com o exercício das atividades de bombeiro militar (MINAS GERAIS, 2007b).

Os profissionais são admitidos por concurso público, após serem submetidos a exames de saúde, provas de força e resistência física. Ao iniciar a carreira, tais avaliações são repetidas anualmente. O vínculo empregatício é formal e as normas internas da instituição garantem aos trabalhadores estabilidade, possibilidade de ascensão na carreira e acesso a serviços de saúde (LIMA; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2015a).

Em relação ao acesso a serviços de saúde, os bombeiros e seus dependentes contam com um sistema de saúde próprio para militares estaduais, composto por uma rede de profissionais do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar de Minas Gerais que atuam em hospitais e núcleos de atenção primária. De forma complementar, o Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais oferece ainda a possibilidade de atendimento em uma rede de profissionais conveniados, incluindo clínicas e hospitais particulares (MINAS GERAIS, 1995).

O ingresso como praça exige nível médio de escolaridade ou equivalente. Para ingressar como oficial é necessário nível superior. Contudo, a carreira permite que um praça, com graduação mínima de 2º sargento, aprovado na avaliação anual de desempenho, com mais de quinze anos de serviço militar e, no máximo, vinte e quatro anos de efetivo exercício, participe do curso de habilitação de oficiais e atinja o posto de oficial (MINAS GERAIS, 2007b).

A remuneração do pessoal do CBMMG é composta por soldos, gratificações e indenizações (MINAS GERAIS, 2007b). Soldo é a parcela básica da remuneração do militar, fixado em lei para cada posto ou graduação. Gratificação é o quantitativo em dinheiro como estímulo por atividades profissionais, regime de tempo integral, tempo de serviço, dentre outros. Indenização é o ressarcimento de despesas impostas pelo exercício das atividades ou valores devidos à família do militar, como cobertura de despesas com o sepultamento e pensão. O soldo (remuneração básica) e a escolaridade mínima para ingresso na corporação, referentes ao ano de 2011, estão dispostos no Quadro 4.

Quadro 4. Remuneração básica e escolaridade mínima do CBMMG

Posição hierárquica	Remuneração básica (R\$)	Escolaridade mínima
Coronel	7.859,41	Nível superior
Tenente Coronel	7.089,28	
Major	6.318,91	
Capitão	5.848,08	
1º Tenente	5.023,71	
2º Tenente	4.421,13	
Subtenente	3.971,39	Nível médio
1º Sargento	3.539,45	
2º Sargento	3.089,71	
3º Sargento	2.726,35	
Cabo	2.363,01	
Soldado	2.041,74	

Fonte: Associação dos Servidores do CBMMG e Polícia Militar de Minas Gerais, 2011.

Os bombeiros operacionais são agrupados nas Companhias Operacionais, as quais comportam a administração, as equipes, os respectivos equipamentos e as viaturas, estrategicamente divididas por toda área de cobertura da corporação. Tais militares desempenham atividades através do recebimento de chamados pela central telefônica e atendimento direto à comunidade (BATISTA, 2009).

A jornada semanal corresponde ao mínimo de 40 horas. O horário de trabalho dos bombeiros operacionais administrativos está dentro do expediente de atendimento administrativo, sendo apenas diurno e de segunda a sexta-feira. Os demais bombeiros operacionais trabalham durante todos os dias da semana, cuja jornada é dividida em plantões de 24 horas, seguidos por períodos de 48 horas de descanso³. O turno inicia-se às 8 horas da manhã, mas é necessário chegar ao batalhão com pelo menos 30 minutos de antecedência para a conferência de veículos e equipamentos.

³ Escala de plantão operacional à época da coleta de dados (2011). Atualmente a escala é 24/72 horas.

Não raras vezes, os bombeiros operacionais ainda possuem “chamadas extras”, que são convocações diversas em horário de folga para solenidades, treinamentos ou reforços emergenciais. Portanto, a jornada de tais militares é caracterizada por longos períodos e prontidão em servir (MINAS GERAIS, 2008; BATISTA, 2009).

A equipe de cada plantão permanece disponível para o atendimento das ocorrências dentro dos batalhões. Os alojamentos das unidades, em geral, apresentam condições precárias de ventilação, intenso barulho, número insuficiente de camas e de chuveiros, resultando em desconforto que compromete o descanso dos militares no período entre seus acionamentos (BATISTA, 2009).

As atividades operacionais são estruturadas internamente a partir de um sistema de classificação e codificação de ocorrências. As ocorrências abrangem basicamente quatro tipos de acionamentos:

- Socorro: prevenção e combate a incêndios;
- Salvamento ou resgate: de pessoas e animais em acidentes no trânsito, na terra, na água e em altura;
- Defesa civil: assistência em situações de desastres
- Prevenção de sinistros: realizado fora do regime de plantão.

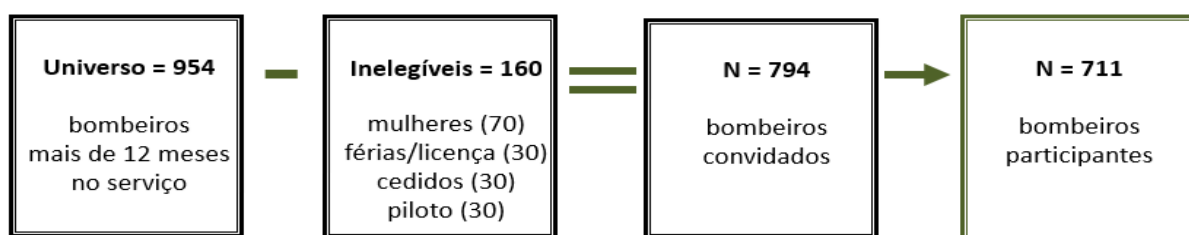
4.3. Universo amostral

Foram incluídos bombeiros com, no mínimo, um ano de serviço na corporação. Tais sujeitos foram identificados por meio de relatório disponibilizado pela Seção de Pessoal de cada Batalhão. Assim, todos os bombeiros masculinos em exercício há mais de 12 meses alocados nos três Batalhões (Unidades Operacionais) com sede em Belo Horizonte foram convidados a participar, sendo estipulada uma taxa de resposta mínima de 80% para cada Unidade.

Considerou-se inelegíveis os bombeiros do sexo feminino ($n = 70$), em férias ou em licença médica durante o período de coleta de dados ($n = 30$), os cedidos para outras unidades ($n = 30$) e aqueles que participaram da etapa piloto ($n = 30$). Ressalta-se que o cálculo amostral foi anterior à realização da presente Tese, ou seja, não contou com a participação da autora. As razões apresentadas pelos responsáveis da coleta de dados para a exclusão das mulheres dizem respeito à composição homens/ mulheres na população abordada. Do nosso ponto de vista, esta escolha provocou limites no ajustamento dos modelos multivariados, uma vez que a fração feminina está atuante no serviço operacional e, provavelmente em uso de ansiolíticos.

De um total de 954 bombeiros aptos a participar, 160 foram considerados inelegíveis. Satisfazendo os critérios estabelecidos, 794 bombeiros foram convidados e 711 (89,5%) responderam ao inquérito, superando a meta de taxa de resposta (Figura 2).

Figura 2. Plano amostral



4.4. Aspectos éticos

A Assessoria de Assistência à Saúde do CBMMG autorizou a realização da pesquisa no âmbito das Unidades Operacionais de Belo Horizonte, conforme Ofício SAG/AAS 0130/10 e o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG aprovou o projeto sob Parecer nº ETIC 03870203000-10 (Anexo C).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) continha a descrição sobre o tema, o objetivo da pesquisa, o caráter anônimo e confidencial das informações e a utilização dos dados unicamente para fins técnico-científicos. O TCLE foi assinado por todos participantes do estudo, em consonância à Resolução nº 196/96¹, do Conselho Nacional de Saúde.

¹ Resolução vigente à época da coleta de dados (2011). Atualmente as pesquisas estão submetidas à Res CNS 466/12.

4.5. Coleta de dados

Após a aprovação do projeto pelo CBMMG foi realizado contato formal com o Comando Geral para esclarecimentos sobre o estudo e adesão à pesquisa. Recebido o parecer favorável foi realizado contato com os comandantes de cada Batalhão de Belo Horizonte para a preparação do campo e realização de um estudo piloto.

O estudo piloto foi realizado entre novembro de 2010 e janeiro de 2011, ou seja, antes do início da coleta de dados. A equipe de coleta foi composta por estudantes de graduação e pós-graduação vinculados ao NEST e nenhum membro possuía algum tipo de vínculo formal com o CBMMG. Os membros da equipe receberam treinamento específico relativo à forma de abordagem dos participantes e instruções para captação das informações. A finalidade deste piloto foi aprimorar a técnica de coleta e testar o questionário quanto à viabilidade (tempo de aplicação) e parcimônia (compreensão de todas as perguntas), identificando possíveis erros ou incongruências. Participaram bombeiros das três Unidades com características sociodemográficas e educacionais distintas, após convite formal e assinatura do TCLE. Os participantes do piloto foram excluídos do estudo principal.

Concluído o estudo piloto e as adequações necessárias, iniciou-se a divulgação do projeto no CBMMG. A estratégia de sensibilização dos sujeitos incluiu duas abordagens: divulgação na rede oficial de comunicação da instituição (intranet), distribuição de cartazes e panfletos nos Batalhões com informações gerais sobre a pesquisa. Após a divulgação do estudo, a equipe de pesquisa percorreu cada uma das três Unidades Operacionais de Belo Horizonte.

Os dados foram obtidos entre fevereiro e agosto de 2011, por meio de questionário estruturado autorrelatado. O autorrelato é uma técnica de coleta de dados amplamente utilizada tanto em pesquisas científicas quanto na atenção cotidiana em saúde

(KOHLSDORF; COSTA JUNIOR, 2009). Apresenta como principais vantagens o baixo custo e a rapidez na utilização, além de proporcionar a escuta do sujeito (POLEJACK; SEIDL, 2010). Ademais, apresenta alta validade e confiabilidade proporcionando avaliação geralmente mais precisa de determinadas situações comparado aos registros oficiais (KAARIANEN *et al.*, 2008; PACHECO, SAKAE, 2012), sendo uma escolha interessante para inquéritos que abordam principalmente temas cuja subnotificação é uma prática reconhecida (HICKMAN, 2007).

Todos os participantes responderam aos questionários no próprio local de trabalho, em horários previamente acordados com os comandantes dos Batalhões. Os questionários foram preenchidos sem a identificação dos participantes e entregues em envelopes fechados, a fim de obter maior adesão ao estudo. O questionário foi organizado em nove blocos, dispostos da seguinte forma (Anexo D):

- Bloco 1: informações sociodemográficas
- Bloco 2: atividades domésticas e hábitos de vida
- Bloco 3: informações gerais sobre emprego
- Bloco 4: ambiente de trabalho
- Bloco 5: características psicossociais do trabalho
- Bloco 6: exposição a eventos estressantes no trabalho
- Bloco 7: exposição a eventos estressantes na vida
- Bloco 8: morbidades
- Bloco 9: informações gerais sobre a saúde

4.6. Variáveis do estudo

Variável desfecho

A variável desfecho foi construída a partir de uma combinação de três perguntas disponíveis no questionário, considerando os últimos 12 meses:

- I. “Você já fez uso de calmantes (remédios para ansiedade)?”
- II. “Alguma vez um médico lhe informou que você teve ou tem transtorno de ansiedade?”
- III. “Você já fez acompanhamento psiquiátrico?”

Apesar da existência de uma variedade de calmantes, optamos por focar os ansiolíticos que têm efeitos calmantes, cuja principal finalidade é a redução da ansiedade (KAPLAN-SADOCK, 2007). Assim, o desfecho, uso de ansiolíticos, foi investigado em três subgrupos: 1) não usuários (não uso); 2) usuários com indicação clínica e sob acompanhamento médico (uso controlado); 3) usuários sem indicação clínica e/ou acompanhamento médico (uso não controlado). O primeiro subgrupo (não uso) foi composto pelos bombeiros que responderam não para a primeira pergunta. O segundo subgrupo (uso controlado) foi constituído por aqueles cujas respostas foram positivas para as três perguntas. O terceiro subgrupo (uso não controlado) englobou os sujeitos com respostas negativas para a segunda e/ou terceira pergunta.

A diferenciação entre os subgrupos buscou examinar empiricamente o cuidado no consumo de ansiolíticos pelos sujeitos vulneráveis ao uso, uma vez reconhecida a exposição aos estressores ocupacionais. Sendo assim, identificou-se a presença do transtorno mental indicativo de consumo de ansiolíticos (pergunta II) e considerou-se relevante identificar se a terapia farmacológica ocorria na vigência de acompanhamento por médicos psiquiatras (pergunta III). Para comparar as prevalências de uso de ansiolíticos, as frequências foram agrupadas conforme a classificação adotada na presente investigação.

Variáveis explicativas

Para analisar os fatores associados ao desfecho nos três subgrupos foram selecionadas dezenove variáveis explicativas, conforme apresentado no Quadro 5. A escolha das variáveis foi baseada nas hipóteses do estudo, nas perguntas contidas no questionário e no conhecimento disponível na literatura. Tais variáveis foram classificadas em fatores não ocupacionais e fatores ocupacionais, constituindo quatro blocos.

FATORES NÃO OCUPACIONAIS

1) Características sociodemográficas

- **Idade:** características comportamentais e fisiológicas de cada faixa etária podem ocasionar agravos específicos, influenciando o uso de ansiolíticos e o adoecimento mental (FONSECA *et al.*, 2010; ALBA *et al.*, 2015). A variável foi analisada por décadas etárias.
- **Cor da pele:** alguns aspectos físicos e biológicos podem apresentar maior predisposição genética para determinadas morbidades (PIAZZA-GARDNER *et al.*, 2014). Variável categorizada considerando a análise isolada da cor da pele das raças menos favorecidas: pretos e pardos, correspondente a mais da metade da população brasileira (IBGE, 2010) e o agrupamento de orientais e indígenas, por estarem em número reduzido entre os sujeitos.
- **Situação conjugal:** indivíduos que vivem com companheiro apresentam menos agravos em saúde, devido ao compartilhamento de responsabilidades e cuidados (SHIRAMA; MIASSO, 2013). A variável foi categorizada conforme a vivência conjugal: ausência de união (solteiro), em união estável (casados), ex-unidos (viúvos ou divorciados).
- **Filhos:** pode aumentar o grau de responsabilidade e o risco de desgaste mental (DAVID; CAUFIELD, 2005). Esta variável foi analisada de forma dicotômica.

- **Escolaridade:** pode influenciar o consumo de ansiolíticos devido à capacidade cognitiva de compreensão dos riscos e do processo saúde-doença (SILVEIRA *et al.*, 2014). Variável categorizada segundo os níveis educacionais: fundamental, médio, superior.

- **Renda familiar:** maior poder econômico possibilita maior acesso a serviços especializados de saúde (HURTADO *et al.*, 2010; SHIRAMA, MIASSO, 2013). Tal variável foi analisada conforme a mediana da renda familiar mensal declarada, considerando o salário mínimo do ano de 2011 (R\$545,00).

2) Características de saúde: hábitos e doença mental

- **Atividade física:** relacionada a melhores níveis de saúde, podendo ser uma estratégia saudável para repor as perdas ocasionadas pelo desgaste mental e fortalecer o corpo físico (BARROS, GRIEP, ROTENBERG, 2009; MOTA *et al.*, 2014). Variável categorizada conforme a frequência semanal declarada para atividade física.

- **Tabagismo:** pode ser uma estratégia não saudável para enfrentar situações cotidianas ansiogênicas (BACHARACH *et al.*, 2008; SLOPEN *et al.*, 2013). Variável analisada de forma dicotômica.

- **Uso problemático de álcool:** analisado pelo CAGE, instrumento de rastreamento validado no Brasil que utiliza o acrônimo referente às suas quatro perguntas: *cut down*, *annoyed by criticism*, *guilty* e *eye-opener* (MASUR; MONTEIRO, 1983). Duas ou mais respostas positivas foram consideradas indicativo de abuso e dependência de bebida alcoólica.

- **Doença mental (TMC):** propicia sintomas que comprometem a saúde e a execução das atividades, influenciando a necessidade de consumo de psicofármacos (LIMA *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2010; SHIRAMA, MIASSO, 2013). Para analisar a variável, utilizou-se o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ), instrumento para detecção de sintomas compatíveis com transtornos mentais. A versão original inclui 24 itens, cujos primeiros 20 são para

triagem de distúrbios não psicóticos e os quatro últimos, para detecção de distúrbios psicóticos. Foi utilizada a versão em português para investigar morbidade não psicótica, por meio de sintomas e queixas somáticas, tais como indigestão, fadiga, irritabilidade, tristeza e dificuldade de concentração (MARI; WILLIAMS, 1986). O ponto de corte estimado foi sete ou mais respostas positivas, procedimento adotado em outros estudos (ARAÚJO *et al.*, 2005; SANTOS *et al.*, 2010; BARBOSA *et al.*, 2012).

3) Vivência de eventos de vida estressantes

- **Evento adverso:** a exposição a eventos estressantes pode provocar sintomas mentais negativos (BLANC, MARCHAND, 2010; LIMA, ASSUNÇÃO, BARRETO, 2015b). A variável foi calculada mediante o somatório de oito perguntas validadas referentes aos acontecimentos vividos nos últimos 12 meses (LOPES; FAERSTEIN, 2001). O número de eventos foi utilizado como variável ordinal.
- **Discriminação social:** constrangimentos podem acarretar agravos em saúde mental, sendo o consumo de ansiolíticos uma válvula de escape (LEVINE *et al.*, 2014). Variável ordinal calculada por meio do somatório de sete perguntas validadas referentes a situações discriminatórias deflagradas por pessoas ou instituições nos últimos 12 meses (LOPES; FAERSTEIN, 2001).

4) FATORES OCUPACIONAIS

- **Posição hierárquica:** a natureza do trabalho desenvolvido e o grau de autoridade em cada atividade pode influenciar o nível de exposição ao adoecimento mental (MUNTANER *et al.*, 2003; ORSET *et al.*, 2011; PRINS *et al.*, 2015). Tais características foram utilizadas para a categorização da variável em três posições: soldado (baixa autoridade), cabo (média autoridade), sargento/subtenente/oficial (alta autoridade).

- **Tempo de serviço:** pode apresentar efeito cumulativo na exposição aos fatores nocivos do trabalho (CHANG *et al.*, 2008; LIMA, ASSUNÇÃO, BARRETO, 2015b). A variável foi categorizada considerando o período probatório (até 3 anos), e os demais anos (de 3 a 16 anos e de 17 a 30 anos), já que não havia respondente com mais de 30 anos de serviço na corporação.
- **Estressor operacional:** a exposição a eventos laborais traumáticos aumenta o risco de sintomas mentais e a possibilidade de consumo de psicotrópicos (KOLSTAD *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2013; MONTEIRO *et al.*, 2013). A variável foi avaliada pela Lista de Eventos Traumáticos adaptada para profissionais de emergências (LET - PE), em sua versão validada no Brasil (LIMA *et al.*, 2016). Tal instrumento consiste na enumeração de quinze eventos potencialmente traumáticos, típicos em serviços de emergências, vivenciados durante o trabalho nos últimos 12 meses (LAPOSA; ALDEN, 2003). O escore total é calculado pelo somatório de situações vividas, variando de 0 a 45 pontos. A variável foi analisada de forma dicotômica, tendo a mediana como ponto de corte.
- **Estressores organizacionais:** a alta demanda, o baixo controle e o fraco apoio social têm relação direta com diferentes desfechos em saúde mental (SOUZA *et al.*, 2010; KOLSTAD *et al.*, 2011; LIMA, ASSUNÇÃO, BARRETO, 2013). Os aspectos psicossociais do trabalho foram analisados como variáveis dicotômicas, utilizando a mediana das respostas do JCQ, na versão adaptada em português (ARAÚJO; KARASEK, 2008). A variável **demanda** foi construída a partir do somatório dos valores referentes às questões que avaliam as exigências laborais. O **controle** incluiu duas dimensões: uso de habilidades e autoridade decisória. A abordagem da variável **apoio social** baseou-se em questões que avaliam o apoio relacionado aos colegas de trabalho e à chefia.
- **Ambiente físico:** a ausência de recursos físicos e materiais adequados estão relacionados ao maior risco de acidentes e morbidades (ROSENBLOOM *et al.*, 2012). O ambiente de

trabalho foi investigado inquirindo sobre as condições físicas para execução das tarefas. As respostas positivas foram somadas para a construção de um escore de condições precárias e analisadas como variável ordinal.

Quadro 5. Construção das variáveis explicativas

Pergunta no questionário	Variável explicativa
Idade _____ anos	Idade 19-29 anos 30-39 anos 40-50 anos
Como você classifica a cor da sua pele 1- Branca 2- Amarela (oriental) 3- Parda 4- Origem indígena 5- Preta	Cor da pele Branca Preta Parda Oriental/ Indígena
Situação Conjugal 1- Solteiro (a) 2- Casado (a) 3- União consensual/ união estável 4- Viúvo (a) 5- Divorciado (a) / separado (a) / desquitado (a)	Situação Conjugal Casado/ união estável Solteiro Divorciado/ viúvo
Tem filhos 0- Não 1- Sim	Filhos Não Sim
Na escola, qual o último nível você concluiu 1- Ensino fundamental 2- Ensino médio: 1º ano 3- Ensino médio: 2ºano 4- Ensino médio: 3ºano 5- Ensino técnico 6- Ensino superior 7- Especialização 8- Mestrado 9- Doutorado	Escolaridade Fundamental Médio Superior
Qual a sua faixa de renda família (você e sua família): 1- Até R\$2.500,00 2- Entre R\$2.501,00 e R\$4.000,00 3- Entre R\$4.001,00 e R\$5.500,00 4- Entre R\$5.501,00 e R\$7.000,00 5- Entre R\$7.001,00 e R\$8.500,00 6- Entre R\$8.501,00 e R\$10.000,0 7- Acima de R\$10.001,00	Renda familiar Até 7 SM Acima de 7 SM
Com que frequência participa de atividades físicas 0- Nunca 1- 1-2 vezes por semana 2- 3 ou mais vezes por semana	Atividade física Nunca 1-2 x/ semana 3 ou mais x/ semana
Você já fumou ao longo da vida, pelo menos 100 cigarros (cinco maços)? 0- Não 1- Sim	Tabagismo Não Sim
Alguma vez sentiu que deveria diminuir ou parar com a bebida alcoólica? As pessoas o aborrecem porque criticam seu modo de beber? Sente-se aborrecido consigo pela maneira como costuma beber? Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	Uso problemático de álcool Não Sim

(continua)

Quadro 5. (continuação)

Pergunta no questionário	Variável explicativa														
Você sentiu a situação descrita nos últimos 30 dias: sim ou não 1- Dorme mal 2- Tem má digestão 3- Tem falta de apetite 4- Tem tremores nas mãos 5- Assusta-se com facilidade 6- Cansa com facilidade 7- Sente-se cansado (a) o tempo todo 8- Tem se sentido triste ultimamente 9- Tem chorado mais do que de costume 10- Tem dores de cabeça frequentemente 11- Tem tido ideia de acabar com a própria vida 12- Tem dificuldade para tomar decisões 13- Tem perdido o interesse pelas coisas 14- Tem dificuldade de pensar com clareza 15- Você se sente inútil em sua vida 16- Tem sensações desagradáveis no estomago 17- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado 18- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida 19- Seu trabalho diário lhe causa sofrimento 20- Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas	TMC Não Sim														
Situações desagradáveis ocorridas nos últimos 12 meses: 1- Teve problema de saúde que impediu realizar alguma atividade 2- Esteve internado em razão de doença ou acidente 3- Faleceu algum parente próximo 4- Enfrentou dificuldades financeiras mais severas que as habituais 5- Foi forçado a mudar de casa contra sua vontade 6- Passou por algum rompimento de relação amorosa 7- Foi assaltado ou roubado mediante uso ou ameaça de violência 8- Foi vítima de agressão física	Evento adverso 0 evento 1 evento 2 ou mais eventos														
Sentiu-se discriminado por alguma instituição ou pessoa por: 1- Cor ou raça 2- Ser homem ou mulher 3- Religião ou culto 4- Opção ou preferência sexual 5- Doença ou deficiência 6- Idade 7- Condição social ou econômica	Discriminação social 0 evento 1 evento 2 ou mais eventos														
Qual o seu posto ou graduação <table border="0"> <tr> <td>1- soldado</td> <td>8- aspirante</td> </tr> <tr> <td>2- cabo</td> <td>9- 2ºtenente</td> </tr> <tr> <td>3- 3ºsargento</td> <td>10- 1ºtenente</td> </tr> <tr> <td>4- 2ºsargento</td> <td>11- capitão</td> </tr> <tr> <td>5- 1ºsargento</td> <td>12- major</td> </tr> <tr> <td>6- subtenente</td> <td>13- tenente coronel</td> </tr> <tr> <td>7- cadete</td> <td>14- coronel</td> </tr> </table>	1- soldado	8- aspirante	2- cabo	9- 2ºtenente	3- 3ºsargento	10- 1ºtenente	4- 2ºsargento	11- capitão	5- 1ºsargento	12- major	6- subtenente	13- tenente coronel	7- cadete	14- coronel	Posição hierárquica Soldado Cabo Sargento/ Oficial
1- soldado	8- aspirante														
2- cabo	9- 2ºtenente														
3- 3ºsargento	10- 1ºtenente														
4- 2ºsargento	11- capitão														
5- 1ºsargento	12- major														
6- subtenente	13- tenente coronel														
7- cadete	14- coronel														
Há quanto tempo você trabalha no CBMMG ___anos e ___meses	Tempo de serviço < 3 anos 3-16 anos 17-30 anos														

(continua)

Quadro 5. (continuação)

Pergunta no questionário	Variável explicativa
Com que frequência estes eventos aconteceram com você ou com quem você trabalha (últimos 12 meses): 0- nunca, 1- menos de 1 vez/ mês, 2- 1 a 2 vezes/ mês, 3- 1 vez/semana ou mais 1- Morte de uma criança 2- Desastre (enchente, desabamento, incêndio de grande porte, etc) 3- Criança gravemente ferida 4- Prestar cuidado a parente ou amigo próximo grave ou morrendo 5- Ameaça de agressão física a você 6- Agressão física a você 7- Presenciou ameaça ou agressão física a colega de trabalho 8- Prestar cuidado a um bebê com morte súbita 9- Abuso sexual de uma criança 10- Várias vítimas ao mesmo tempo 11- Lidar com vários eventos traumáticos em curto período de tempo 12- Cuidar de paciente com queimaduras graves 13- Traumas múltiplos com sangramento intenso ou perda de membros 14- Paciente traumatizado que se pareça com você ou familiar 15- Morte de paciente após manobra de ressuscitação prolongada	Estressor operacional Baixa exposição Alta exposição
Escolha a melhor resposta que corresponde à sua situação de trabalho: 1-Discordo fortemente, 2-Discordo, 3-Concordo, 4-Concordo fortemente Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas Meu trabalho envolve muita repetitividade Meu trabalho requer que eu seja criativo Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por minha conta Meu trabalho exige um alto nível de habilidade No trabalho tenho pouca liberdade para decidir como fazer No trabalho posso fazer muitas coisas diferentes O que tenho a dizer sobre o trabalho é considerado No trabalho tenho oportunidade de desenvolver habilidades especiais	Controle Alto Baixo
Escolha a melhor resposta que corresponde à sua situação de trabalho: 1-Discordo fortemente, 2-Discordo, 3-Concordo, 4-Concordo fortemente Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro Meu trabalho exige muito esforço físico Eu não sou solicitado para realizar um volume excessivo de trabalho O tempo para a realização das minhas tarefas é suficiente Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua Algumas demandas no trabalho estão em conflito umas com as outras	Demanda Baixa Alta
Escolha a melhor resposta que corresponde à sua situação de trabalho: 1-Discordo fortemente, 2-Discordo, 3-Concordo, 4-Concordo fortemente Meu chefe preocupa-se com o bem-estar da sua equipe de trabalho Meu supervisor me trata com respeito Meu chefe me ajuda a fazer o meu trabalho Meu chefe é bem-sucedido em promover o trabalho em equipe. As pessoas no meu trabalho são amigáveis As pessoas com quem trabalho ajudam as outras a fazer o trabalho Eu sou tratado com respeito pelos meus colegas de trabalho Existe sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho	Apoio social Alto Baixo
No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à disposição? 0-Não, 1-Sim, 2-Não se aplica Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é: 0-Desprezível, 1-Razoável, 2-Elevado, 3-Insuportável Em geral, o ruído originado fora do seu local de trabalho é: 0-Desprezível, 1-Razoável, 2-Elevado, 3-Insuportável No setor existem recursos materiais suficientes para realizar as tarefas: Não, Sim	Ambiente físico 0 condição precária 1 condição precária 2 ou mais condições precárias

4.7. Análise de dados

Para as análises utilizou-se o *software* estatístico SPSS® versão 20.0. O intervalo de confiança (IC) dos desfechos foi calculado por meio do *software* MiniTab® versão 14.

A entrada dos blocos das variáveis explicativas considerou o nível de aproximação com o desfecho: 1º) sociodemográficas (nível mais distal); 2º) eventos de vida estressantes; 3º) trabalho e 4º) saúde (nível mais proximal). Os dados foram analisados em quatro etapas: descritiva, univariada, multivariada intermediária e final.

A análise descritiva (primeira etapa) visou identificar a prevalência do desfecho e descrever a distribuição das variáveis explicativas em cada bloco. Foram verificadas as médias, medianas e frequências absolutas e relativas de todas as variáveis.

As etapas subsequentes avaliaram as associações entre as variáveis explicativas e os três subgrupos de análise do desfecho: 1) não uso; 2) uso controlado e 3) uso não controlado, sendo o primeiro a referência. Considerando o desfecho binário, composto por níveis, optou-se pela técnica estatística de regressão logística multinomial: simples e múltipla (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Tal técnica permitiu analisar o relato de uso não controlado, sem agrupar respondentes para uso controlado com aqueles que não fizeram uso de ansiolíticos. A magnitude das associações foi estimada pela razão de chances (*odds ratio* - OR), com IC 95% (HAIR *et al.*, 2009).

A análise univariada (segunda etapa) verificou a existência de prováveis fatores relacionados ao nível controlado ou não, por meio da regressão logística simples (desfecho - uma variável explicativa). Todas as variáveis foram analisadas, sendo selecionadas aquelas com nível de significância igual ou menor a 20% ($p \leq 0,20$).

A análise multivariada intermediária (terceira etapa) foi realizada em cada bloco de variáveis, utilizando regressão logística múltipla (desfecho - mais de uma variável

explicativa). Foram selecionadas para entrar nesta etapa as variáveis que apresentaram provável associação com o desfecho ($p \leq 0,20$) em cada um dos quatro blocos na etapa anterior. Para cada bloco foi utilizado o método *Backward*, segundo o qual as variáveis são analisadas ao mesmo tempo e aquelas com maior p -valor são excluídas gradativamente, uma a uma. Permaneceram nesta etapa somente as variáveis explicativas com $p \leq 0,10$ em cada bloco.

Na multivariada final (quarta etapa), todas as variáveis associadas nos modelos intermediários por blocos ($p \leq 0,10$) foram agrupadas. Pelo método *Backward* as variáveis com maior p -valor foram excluídas, permanecendo no modelo final aquelas com $p \leq 0,05$.

Ressalta-se que a regressão logística foi considerada a técnica estatística mais adequada para investigar as hipóteses da presente investigação. Tal abordagem é indicada para produzir resultados de caráter exploratório (TABACHNICK; FIDELL, 2007).

Em relação à medida de associação, a razão de chances expressa quantas vezes é maior a chance de encontrar a condição estudada entre os expostos em relação aos não expostos. A razão de prevalências estima uma probabilidade relativa de aleatoriamente selecionar um indivíduo e ele apresentar a condição estudada no período. Para desfechos com prevalência até 10% não se observam diferenças numéricas significativas entre as estimações das razões de chances e razões de prevalência e erros padrão obtidos por uma ou outra técnica, cabendo a escolha ao pesquisador (FRANCISCO *et al.*, 2008). Considerando o programa estatístico disponibilizado e a técnica de análise utilizada, os resultados foram apresentados pela razão de chances (*odds ratio*).

O teste *Goodness-on-fit* foi utilizado para verificar a adequação do modelo final. O resultado de ajuste satisfatório ($p > 0,05$) indica que o modelo proposto não difere significativamente dos dados observados (HOSMER; LEMESHOW, 2000).

A existência de multicolinearidade entre possíveis variáveis explicativas foi verificada no estudo. A colinearidade prediz a existência de alta correlação entre duas (ou mais) variáveis

independentes. Em tal situação as variáveis fornecem informações similares, dificultando separar de forma distinta a influência de cada uma para explicar o desfecho. No caso de correlação, a variável menos relevante pode ser excluída para facilitar a interpretação do modelo final de regressão (HAIR *et al.*, 2009).

Para avaliar a multicolinearidade simultânea entre as variáveis explicativas do estudo foi utilizada a matriz de correlação através dos coeficientes de Pearson. O resultado indicou a correlação entre idade e tempo de serviço. A variável tempo de serviço foi escolhida devido a relevância para a interpretação da hipótese do estudo. Contudo, a idade também foi utilizada na etapa de descrição do perfil dos bombeiros.

5. RESULTADOS

5.1. Perfil dos bombeiros

A prevalência de uso de ansiolíticos foi de 9,9% (IC95% = 7,8-12,4), ou seja, 70 bombeiros relataram o consumo nos últimos 12 meses. Destes, 2,4% (IC95% = 1,4-3,8) dos bombeiros relataram uso controlado e 7,5% (IC95% = 5,7-9,7) relataram uso de modo não controlado. Entre os bombeiros estudados, cerca de 90,1%, ou seja, 635 bombeiros relataram não usar ansiolíticos (Tabela I).

Tabela I. Prevalência de uso de ansiolíticos em bombeiros. Belo Horizonte, 2011.

SUBGRUPO	N	%
Não uso	635	90,1
Uso controlado	17	2,4
Uso não controlado	53	7,5

A distribuição sociodemográfica dos bombeiros estudados foi apresentada na Tabela II. A média de idade dos sujeitos foi de 33 anos, predominando a faixa etária de 19 a 29 anos (40,2%), cor da pele parda (51,8%), casados (55,4%), com filhos (53,1%), nível médio de escolaridade (66%) e renda familiar mensal até sete salários mínimos (65,5%).

Tabela II. Distribuição de bombeiros segundo relato de características sociodemográficas. Belo Horizonte, 2011.

VARIÁVEIS	N	%
Idade		
19-29 anos	285	40,2
30-39 anos	226	31,9
40-50 anos	198	27,9
Cor da pele		
Branca	216	30,5
Preta	98	13,7
Parda	368	51,8
Oriental/ Indígena	29	4,0
Situação conjugal		
Casado/ União estável	394	55,4
Solteiro	284	39,9
Divorciado/ Viúvo	33	4,6
Filhos		
Não	334	46,9
Sim	377	53,1
Escolaridade		
Fundamental	54	7,6
Médio	469	66,0
Superior	188	26,4
Renda familiar*		
Até 7 SM	466	65,5
Acima de 7 SM	245	34,5

*SM: salário mínimo (2011) = R\$545,00

Quanto ao relato de eventos de vida estressantes, cerca de 31% dos bombeiros vivenciaram dois ou mais eventos adversos e 25,9% foram expostos a algum tipo de discriminação social no último ano (Tabela III).

Tabela III. Distribuição de bombeiros segundo relato de eventos de vida estressantes. Belo Horizonte, 2011.

VARIÁVEIS	N	%
Evento adverso		
0 evento	268	37,8
1 evento	224	31,4
2 ou + eventos	219	30,7
Discriminação social		
0 evento	527	74,2
1 evento	128	16,0
2 ou + eventos	56	9,9

Sobre os fatores ocupacionais, observou-se predomínio de respondentes ocupando o posto de soldado (45,3%) e aqueles com menos de três anos em exercício na instituição (35,3%), sendo o tempo médio de dez anos de serviço. Quase a metade dos bombeiros (48,8%) relatou alta exposição a estressores operacionais, 46,9% afirmaram ter baixo controle sobre as tarefas, 40,6% estavam expostos à alta demanda física e/ou psicológica e 30,9% contavam com baixo apoio social. Mais da metade (50,4%) relatou duas ou mais condições precárias no ambiente físico (Tabela IV).

Tabela IV. Distribuição de bombeiros segundo relato de características ocupacionais. Belo Horizonte, 2011.

VARIÁVEIS	N	%
Posição hierárquica		
Soldado	322	45,3
Cabo	152	21,4
Sargento/ Oficial	237	33,3
Tempo de serviço		
< 3 anos	251	35,3
3-16 anos	228	32,1
17-30 anos	232	32,6
Estressor operacional		
Baixa exposição	351	51,2
Alta exposição	335	48,8
Controle		
Alto	379	53,1
Baixo	332	46,9
Demanda		
Baixa	419	59,4
Alta	292	40,6
Apoio social		
Alto	489	69,1
Baixo	222	30,9
Ambiente físico		
0 condição precária	81	11,5
1 condição precária	269	38,1
2 ou + condições precárias	361	50,4

Em relação à saúde, menos da metade dos profissionais (45,1%) praticava atividade física três ou mais vezes por semana, 7,6% eram tabagistas no momento do inquérito, 9,6% relataram uso problemático de álcool e aproximadamente 16% dos bombeiros relataram sintomatologia compatível com TMC (Tabela V).

Tabela V. Distribuição de bombeiros segundo relato de características de saúde. Belo Horizonte, 2011.

VARIÁVEIS	N	%
Atividade física		
Nunca	33	4,7
1-2 vezes/ semana	357	50,2
3 ou + vezes/ semana	321	45,1
Tabagismo		
Não	657	92,4
Sim	54	7,6
Uso problemático de álcool		
Não	643	92,0
Sim	68	10,0
TMC		
Não	589	84,1
Sim	122	15,9

5.2. Achados sobre uso de ansiolíticos em bombeiros

A análise univariada verificou a existência de prováveis variáveis explicativas relacionadas ao desfecho. Em relação aos fatores sociodemográficos (Tabela VI), houve maior proporção de consumo não controlado de ansiolíticos entre bombeiros com filhos. O uso controlado foi maior entre aqueles com menor escolaridade.

Tabela VI. Características sociodemográficas em bombeiros, segundo uso de ansiolíticos. Belo Horizonte, 2011.

Variáveis	Não Uso	Uso Controlado		Uso não controlado	
	n (%)	n (%)	OR (IC95%)	n (%)	OR (IC95%)
Cor da pele					
Branca	192 (88,9)	6 (2,8)	1,00	18 (8,3)	1,00
Preta	87 (90,5)	3 (2,1)	0,75 (0,15-3,80)	8 (7,4)	0,87 (0,35-2,17)
Parda	330 (90,4)	9 (2,2)	0,79 (0,27-2,30)	29 (7,4)	0,88 (0,47-1,64)
Oriental/Indígena	27 (92,9)	1 (3,5)	1,29 (0,15-11,18)	1 (3,6)	0,40 (0,05-3,17)
Situação conjugal					
Casado/ Estável	344 (87,7)	13 (3,1)	1,00	37(9,2)	1,00
Solteiro	266 (93,7)	4 (1,4)	0,45 (0,14-1,42)	14 (4,9)	1,16 (0,46-2,93)*
Divorciado/viúvo	28 (87,1)	1 (3,2)	1,05 (0,13-8,37)	4 (9,7)	1,02 (0,30-3,57)*
Filhos					
Não	315 (94,6)	3 (0,9)	1,00	16 (4,5)	1,00
Sim	324 (86,1)	15 (3,8)	1,52 (0,33-6,84)**	38 (10,1)	2,39 (1,28-4,43)***
Escolaridade					
Fundamental	43 (79,6)	5 (9,3)	1,00	6 (11,1)	1,00
Médio	426 (90,9)	11 (2,2)	0,29 (0,09-0,91)***	32 (6,9)	0,59 (0,23-1,49)
Superior	172 (91,4)	2 (1,1)	0,17 (0,31-0,97)***	14 (7,5)	0,65 (0,24-1,78)
Renda familiar^a					
Até 7 SM	414 (88,7)	13 (2,9)	1,00	39 (8,4)	1,00
Acima de 7 SM	227 (92,6)	4 (1,6)	0,57 (0,18-1,79)	14 (5,8)	0,66 (0,35-1,24)

Variáveis associadas ao desfecho na análise univariada: *p ≤ 0,20; ** p ≤ 0,10;*** p ≤ 0,05.

^a SM: salário mínimo (2011) = R\$545,00

Considerando a vivência de eventos de vida estressantes, a análise univariada indicou maior consumo em ambos os modos entre bombeiros com maior exposição a eventos adversos de vida. Observa-se que os *odds ratios* das variáveis evento adverso e discriminação social apresentaram um gradiente linear, segundo os níveis de exposição, ou seja, há uma frequência crescente de ocorrência no uso de ansiolítico à medida que se aumenta a dose ou o nível de exposição a algum evento de vida estressante (efeito dose-resposta). A Tabela VII descreve tais resultados.

Tabela VII. Eventos de vida estressantes em bombeiros, segundo uso de ansiolíticos. Belo Horizonte, 2011.

Variáveis	Não Uso	Uso controlado		Uso não controlado	
	n (%)	n (%)	OR (IC95%)	n (%)	OR (IC95%)
Evento adverso					
0 evento	254 (94,7)	2 (0,8)	1,00	12 (4,5)	1,00
1 evento	199 (90,8)	7 (2,3)	3,08 (0,59-16,06)**	18 (6,9)	1,55 (0,71-3,40)**
2 ou + eventos	184 (83,8)	10 (4,6)	6,38 (1,38-29,45)***	25 (11,6)	2,76 (1,35-5,63)***
Discriminação social					
0 evento	482 (91,4)	11 (1,5)	1,00	34 (7,1)	1,00
1 evento	114 (88,2)	3 (2,7)	1,20 (0,33-4,40)	11 (9,1)	1,25 (0,60-2,59)*
2 ou + eventos	45 (79,0)	3 (6,1)	2,80 (0,75-10,38)	8 (14,9)	1,97 (0,83-4,67)*

Variáveis associadas ao desfecho na análise univariada: * $p \leq 0,20$; ** $p \leq 0,10$; *** $p \leq 0,05$.

Na análise univariada dos fatores ocupacionais, constatou-se aumento nos dois modos de consumo em relação ao tempo de serviço, com efeito dose-resposta. As análises das condições de trabalho estão demonstradas na Tabela VIII.

Tabela VIII. Características ocupacionais em bombeiros, segundo uso de ansiolíticos. Belo Horizonte, 2011.

Variáveis	Não uso	Uso controlado		Uso não controlado	
	n (%)	n (%)	OR (IC95%)	n (%)	OR (IC95%)
Posição hierárquica					
Soldado	306 (95,1)	4 (1,2)	1,00	12 (3,7)	1,00
Cabo	127 (83,2)	6 (4,0)	0,64 (0,12-3,58)*	19 (12,8)	1,81 (0,61-5,36)*
Sargento/ Oficial	208 (87,6)	7 (3,0)	0,65 (0,11-3,69)*	22 (9,4)	1,30 (0,44-3,82)*
Tempo de serviço					
< 3 anos	243 (96,8)	1 (0,4)	1,00	7 (2,8)	1,00
3-16 anos	202 (88,5)	6 (2,7)	4,86 (0,55-42,29)**	20 (8,8)	3,38 (1,39-8,24)***
17-30 anos	196 (84,5)	10(4,1)	10,83(1,35-86,5)***	26 (11,4)	4,85 (2,05-11,46)***
Estressor operacional					
Baixa exposição	320 (91,7)	8 (2,3)	1,00	21 (6,0)	1,00
Alta exposição	294 (88,0)	9 (2,7)	1,18 (0,45-3,09)	31 (9,3)	1,76 (0,98-3,16)**
Controle					
Alto	335 (88,1)	13(3,5)	1,00	31 (8,4)	1,00
Baixo	308 (92,6)	3 (0,9)	0,36 (0,09-1,34)**	21 (6,5)	0,75 (0,42-1,34)
Demanda					
Baixa	381 (90,8)	9 (2,2)	1,00	29 (7,9)	1,00
Alta	263 (89,8)	8 (2,8)	1,30 (0,49-3,42)	21 (7,4)	1,06 (0,59-1,90)
Apoio social					
Alto	437 (89,3)	11 (2,3)	1,00	41 (8,5)	1,00
Baixo	204 (91,7)	6 (2,8)	1,21 (0,44-3,33)	12 (5,5)	0,72 (0,36-1,42)*
Ambiente físico					
0 precária ^a	73 (90,0)	-	-	8 (10,0)	1,00
1 precária	241 (89,8)	6 (1,8)	1,00	22 (8,4)	0,80 (0,34-1,89)
2 ou+ precárias	327 (90,4)	11(3,1)	1,83 (0,67-4,99)	23 (6,5)	0,62 (0,27-1,46)

Variáveis associadas ao desfecho na análise univariada: *p ≤ 0,20; ** p ≤ 0,10;*** p ≤ 0,05.

^a Variável reagrupada para uso controlado, pois não havia caso para a primeira situação.

A análise univariada dos fatores de saúde indicou maior proporção em ambos os modos de uso entre aqueles com sintomas compatíveis com TMC. O uso não controlado também foi mais frequente entre os tabagistas (Tabela IX).

Tabela IX. Características de saúde em bombeiros, segundo uso de ansiolíticos. Belo Horizonte, 2011.

Variáveis	Não uso	Uso controlado		Uso não controlado	
	n (%)	n (%)	OR (IC95%)	n (%)	OR (IC95%)
Atividade física					
Nunca	26 (78,7)	2 (6,1)	1,00	5 (15,2)	1,00
1-2 vezes/semana	313 (87,5)	11 (3,1)	0,84 (0,16-4,30)*	33 (9,4)	0,77 (0,26-2,28)*
3 ou + vezes/semana	306 (95,2)	4 (1,3)	0,44 (0,06-3,03)*	11 (3,5)	0,36 (0,11-1,22)*
Tabagismo					
Não	598 (91,4)	15 (2,3)	1,00	44 (6,3)	1,00
Sim	40 (74,1)	2 (3,7)	1,63 (0,36-7,32)	12 (22,2)	3,24 (1,51-6,94)***
Uso problemático de álcool					
Não	590 (90,9)	12 (2,3)	1,00	41 (6,8)	1,00
Sim	51 (74,8)	5 (7,1)	2,43 (0,75-7,88)*	12 (18,1)	2,15 (1,01-4,56)*
TMC					
Não	557 (94,5)	3 (0,5)	1,00	29 (5,0)	1,00
Sim	87 (68,2)	12 (10,9)	23,6 (6,54-85,11)***	23 (20,9)	3,93 (2,11-7,30)***

Variáveis associadas ao desfecho na análise univariada: * $p \leq 0,20$; ** $p \leq 0,10$; *** $p \leq 0,05$.

Para a etapa multivariada intermediária ($p \leq 0,20$ na univariada), considerando o uso controlado, entraram as seguintes variáveis: filhos, escolaridade (bloco sociodemográfico); eventos adversos (bloco eventos de vida); posição, tempo, controle (bloco trabalho); atividade física, álcool, TMC (bloco saúde). Quanto ao uso não controlado entraram para a análise intermediária: filhos, situação conjugal (bloco sociodemográfico); eventos adversos, discriminação (bloco eventos de vida); posição, tempo, estressor operacional, apoio (bloco trabalho); atividade física, tabagismo, álcool, TMC (bloco saúde).

Na análise multivariada final ($p \leq 0,10$ na univariada), para o uso controlado entraram as variáveis: filhos, escolaridade, eventos adversos, tempo, controle, TMC. Para uso não controlado entraram: filhos, eventos adversos, tempo, estressor operacional, tabagismo, TMC.

O modelo final ($p \leq 0,05$) para uso controlado de ansiolíticos indicou associação apenas com TMC. Ressalta-se a grande força da associação entre tal uso e a variável TMC,

cujo *odds ratio* foi de 23,6, ou seja, a chance de consumo de ansiolítico de modo controlado é vinte e três vezes maior para os bombeiros que relataram sintomatologia compatível com TMC. Quanto ao consumo não controlado, mantiveram-se associados: tempo, tabagismo e TMC. Novamente, observa-se o efeito dose-resposta na variável tempo de serviço e forte associação entre uso não controlado e tabagismo, cuja chance de consumo não controlado foi três vezes maior, e TMC, apresentando chance quatro vezes maior. O teste *Goodness-on-fit* indicou ajuste satisfatório do modelo (0,088), ou seja, $p > 0,05$ (Tabela X).

Tabela X. Regressão logística multivariada final para fatores associados ao uso de ansiolíticos em bombeiros. Belo Horizonte, 2011^a.

Variáveis	Uso Controlado			Uso não controlado		
	OR	IC95%	Valor p	OR	IC95%	Valor p
Tempo de serviço						
< 3 anos	-	-	-	1,00	-	-
3-16 anos	-	-	-	2,57	1,03-6,40	0,042
17-30 anos	-	-	-	3,93	1,64-9,41	0,002
Tabagismo						
Não	-	-	-	1,00	-	-
Sim	-	-	-	3,22	1,50-6,91	0,004
TMC						
Não	1,00	-	-	1,00	-	-
Sim	23,6	6,54-85,11	<0,001	4,02	2,17-7,45	<0,001

^aModelo multinomial tendo como categoria de referência: Não uso

6. DISCUSSÃO

A prevalência do uso de ansiolíticos em bombeiros de Belo Horizonte foi de 9,9%. Ressalta-se que, para 7,5% o uso ocorreu sem indicação e/ou controle terapêutico com psiquiatra. Para uso não controlado, observou-se o efeito dose-resposta na variável tempo de serviço e forte associação com tabagismo, cuja chance de consumo foi três vezes maior, e TMC, apresentando chance quatro vezes maior.

Comparando os resultados com outras amostras de trabalhadores, a prevalência de uso foi superior a eletricitários, advogados, farmacêuticos: 4% (SOUZA *et al.*, 2010), 5% (LEIGNEL *et al.*, 2014), 6% (LEIGNEL *et al.*, 2014), respectivamente; sendo semelhante ao encontrado em policiais militares: 10% (SOUZA *et al.*, 2013). No tocante ao uso não controlado, o resultado também ultrapassou a prevalência classificada nesta modalidade. Entre trabalhadores do setor terciário, a prevalência de uso sem acompanhamento médico foi de 2,5% (MOLINA; MIASSO, 2008).

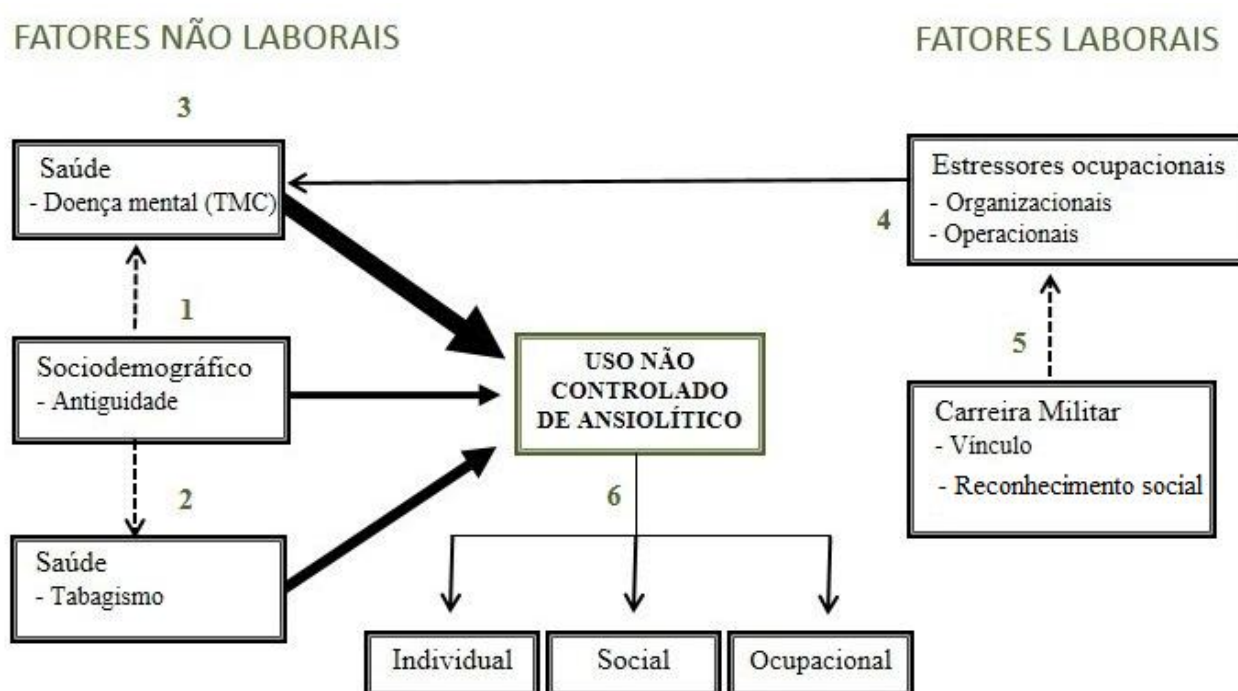
A alta prevalência de uso de ansiolíticos, controlado ou não, é intrigante. Nos editais de concursos públicos realizados pelo CBMMG transtornos mentais, doenças infecciosas, respiratórias e cardiovasculares, entre outras são critérios de exclusão. Em relação à esfera psíquica, a avaliação dos candidatos inclui capacidade cognitiva geral e traços de personalidade. Ao ingressar na carreira, os bombeiros de Belo Horizonte são avaliados anualmente (LIMA, 2013). Considerando este contexto, seriam esperadas menores cifras de acometimentos na saúde deste grupo.

As análises indicaram que o uso não controlado de medicamentos ansiolíticos em bombeiros de Belo Horizonte foi significativamente associado com maior tempo de serviço na corporação, tabagismo e relatos de sintomas compatíveis com TMC. Portanto, neste inquérito, tal consumo foi relacionado ao enfrentamento de sintomas provindos de fatores extralaborais.

Apesar do tempo de serviço manter-se associado no modelo final, houve multicolinearidade com a idade; ou seja, a interpretação do referido resultado merece cautela.

As reflexões sobre os resultados obtidos, embasadas nos conhecimentos da literatura, permitiram a construção de um modelo explicativo para a relação entre fatores não laborais e o uso não controlado de ansiolíticos em bombeiros. O modelo apresenta, ainda, elementos que podem elucidar alguns resultados surpreendentes, como ausência de associações diretas entre trabalho e consumo de ansiolíticos (Figura 3).

Figura 3. Modelo explicativo para uso não controlado de ansiolíticos em bombeiros



- 1) A chance de consumo não controlado de ansiolíticos aumentou de forma linear de acordo com o tempo de serviço na corporação. Alguns fatores sociodemográficos podem estar relacionados com o uso de medicamentos, o adoecimento mental e os hábitos de vida (FONSECA *et al.*, 2010; ALBA *et al.*, 2015). No entanto, é difícil distinguir efeitos da

antiguidade daqueles relacionados à idade porque, geralmente, os mais velhos são também os mais antigos no trabalho. Se for assim, em vez de dirigir a discussão para o foco que admite o acúmulo dos efeitos da exposição ao ambiente de trabalho nos grupos com maior tempo de serviço será necessário considerar os efeitos esperados do processo de envelhecimento humano. Em indivíduos mais velhos é esperada maior prevalência de sintomas, doenças crônicas e busca por tratamento, incluindo a terapêutica medicamentosa (NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012). Assim, bombeiros com maior tempo de serviço podem estar mais vulneráveis aos efeitos cumulativos provindos das atividades desempenhadas, além dos efeitos fisiológicos do envelhecimento (CHAU *et al.*, 2009).

- 2) Houve associação entre uso não controlado de ansiolíticos e bombeiros com o hábito de fumar. O tabagismo está relacionado ao consumo de ansiolíticos em doses mais elevadas, pois a nicotina, ao aumentar o metabolismo, reduz o efeito medicamentoso. Sabe-se que a cessação do tabagismo pode reduzir o uso crônico de ansiolíticos (NORDFJAERN *et al.*, 2014).
- 3) Bombeiros com relato de sintomatologia compatível com TMC apresentaram quatro vezes mais chance de consumo não controlado de ansiolítico. Se, por um lado, tal resultado é consistente, pois ansiolíticos são utilizados no tratamento de tais sintomas (GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013) é preocupante, por outro, identificar trabalhadores com sintomas mentais utilizando ansiolíticos sem acompanhamento terapêutico com psiquiatra. Vale ressaltar que é possível o acompanhamento de usuários de psicofármacos por profissionais de outras especialidades capacitados em saúde mental. Contudo, cabe aventar possíveis barreiras no atendimento especializado (MANTHEY *et al.*, 2011). Tal constatação provavelmente pode refletir inadequações na assistência à saúde desta população, à época da coleta de dados. Em diversas localidades nota-se uma escassez de

profissionais capacitados em saúde mental e qualificados para reconhecer os potenciais riscos do consumo (LASSERRE *et al.*, 2010; FERRARI *et al.*, 2013).

- 4) É reconhecido que a exposição a estressores operacionais e organizacionais influencia o desenvolvimento de doenças mentais (LAZARECK *et al.*, 2012; MONTEIRO *et al.*, 2013). Altas demandas psicossociais, baixo controle e eventos laborais traumáticos aumentam o risco de sintomas mentais e podem elevar a possibilidade de consumo de psicotrópicos (KOLSTAD *et al.*, 2011). Entretanto, no grupo estudado, a associação direta entre uso de ansiolítico e estressores ocupacionais não foi encontrada. As possíveis explicações para este resultado perpassam características específicas dos bombeiros, descritas a seguir.
- 5) Algumas características da carreira militar poderiam explicar a ausência de associações entre trabalho e uso não controlado de ansiolíticos. A primeira é o vínculo empregatício dos bombeiros. Ambientes ocupacionais determinados por vínculos formais de trabalho com proteção social geralmente são caracterizados por baixos índices de rotatividade, gerando uma sensação de segurança (KIM *et al.*, 2012). A garantia da permanência no emprego pode auxiliar a implantação de estratégias instrumentais de enfrentamento (COLELL *et al.*, 2016). Portanto, é possível supor que a estabilidade de emprego dos bombeiros atenuou a magnitude dos efeitos de estressores laborais (LASSALLE; CHASTANG, NIEDHAMMER, 2015). A segunda característica é o reconhecimento social conferido aos bombeiros. Autoestima fortalecida em situações de reconhecimento pode exercer modulações sobre sintomas e adversidades (HIYOSHI *et al.*, 2015), propiciando enfrentamentos adaptativos (HORN *et al.*, 2016). Tais características parecem marcar a entrada e permanência dos profissionais, favorecendo o enfrentamento no cotidiano ocupacional, com menos adesão à prática de buscar saídas na terapia medicamentosa.

- 6) O uso não controlado de ansiolíticos em bombeiros tem relação com antiguidade (mais idade ou maior tempo de serviço), hábitos nocivos de vida (tabagismo) e o fator biológico (presença de TMC). A prática do consumo inadequado de medicação psicotrópica acarreta aumento dos riscos e, portanto, graves consequências. Na esfera individual pode comprometer a saúde, especialmente pelo alto risco de dependência (SÁNCHEZ *et al.*, 2013). Na esfera social é provável que as possíveis alterações cognitivas e comportamentais geradas pelo consumo não controlado podem ocasionar conflitos interpessoais e aumento da ocorrência de acidentes (GAGE *et al.*, 2014); além do aumento dos gastos para o sistema de saúde devido aos riscos de efeitos indesejáveis, incluindo utilização de atendimentos de urgências e hospitalizações (MCPHAIL, 2016). No campo laboral o uso pode impactar negativamente o trabalho em equipe e o sucesso das missões (PIZZA-GARDNER *et al.*, 2014).

Convém salientar a importância de aprimorar ações de vigilância ocupacional visando identificar precocemente os fatores de risco e ampliar o acesso ao serviço de saúde mental, de maneira a assegurar ao trabalhador vulnerável a tranquilidade para declarar os sintomas e aderir ao tratamento, quando for o caso (HORN *et al.*, 2017). Em consonância com as tendências atuais, seriam desejáveis intervenções focalizadas nas queixas e nos comportamentos dos indivíduos, em vez de se aterem aos riscos ou às doenças profissionais clássicas, como orienta a perspectiva da medicina do trabalho (HUANG *et al.*, 2012).

Vale ressaltar que iniciativas do CBMMG inovaram a atuação dos serviços de saúde ocupacional. Em especial, cita-se a recente regulamentação do Programa de Saúde Ocupacional do Bombeiro Militar (MINAS GERAIS, 2015), cujo enfoque é o rastreamento precoce de sintomas psíquicos identificados em estudo anterior (LIMA, 2013). Tal programa pretende resgatar a interface com a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001) na

medida em que propõe não somente a avaliação clínica individual periódica, como também a abordagem integral e coletiva, através de uma equipe multiprofissional com capacitação permanente.

Limitações e vantagens do estudo

Apesar do ineditismo da abordagem realizada em profissionais das urgências, dos cuidados metodológicos e da alta taxa de resposta, os limites do estudo devem ser considerados. O delineamento transversal do inquérito de saúde no CBMMG restringe inferências causais. É possível supor que o corte transversal tenha influenciado a magnitude das associações entre estressores ocupacionais e os desfechos (NAIMI; RICHARDSON; COLE, 2013). Estudos em saúde mental e trabalho sugerem prolongamento da exposição a tais estressores para que surjam e evoluam os sintomas psicológicos (ASSUNÇÃO, 2003). Ademais, variações na exposição ao longo da carreira; tais como, desvio de função ou ausências prolongadas do trabalho em momentos anteriores ao estudo, podem interferir na magnitude das associações (ERIKSEN; TAMBS; KNARDAHL, 2006).

Quanto ao desfecho, os resultados podem ter sido subestimados devido quatro fatores: critérios para construção e classificação da variável, barreiras morais, efeito do trabalhador sadio, viés de memória e resposta. Como primeiro fator, ressalta-se que a comparação das prevalências de consumo com outros grupos foi limitada, haja vista a heterogeneidade dos parâmetros para estudar e classificar as prevalências de uso de ansiolíticos (SÁNCHEZ *et al.*, 2013).

O segundo fator envolve as barreiras morais para revelar sintomas e práticas, principalmente em instituições militares que são fiéis às normas de comportamento (HORN *et al.*, 2017). No caso dos bombeiros militares, devido às exigências de saúde e rigor institucional, é possível que trabalhadores ativos omitam problemas de saúde nas avaliações

periódicas dentro da corporação, subnotificando os dados registrados oficialmente. Uma das barreiras mais comumente identificadas é a preocupação de que a necessidade de atendimento em saúde mental pode afetar negativamente a carreira militar (HORN *et al.*, 2017).

Já o terceiro fator refere-se ao efeito do trabalhador sadio, que é um efeito de sobrevivência comum em estudos transversais e em categorias ocupacionais com altas demandas físicas e psicológicas, que provoca um viés na estimação de morbidades, uma vez que os doentes têm mais chance de não estarem em seus postos (afastados temporária ou definitivamente do trabalho) no momento da pesquisa (NAIMI; RICHARDSON; COLE, 2013). Não seria excessivo considerar que nesse caso, em que a seleção se baseia na boa situação de saúde, seja factível encontrar sujeitos mais equipados para enfrentarem os estressores, em geral, e aqueles do trabalho, especificamente. É notório que o bom estado de saúde, juntamente com a boa capacidade cognitiva, melhora a adesão a hábitos saudáveis de vida (HIRVONEN *et al.*, 2016).

Como quarto fator, cabe ressaltar o viés de memória e resposta, possivelmente presentes no autorrelato. O viés de memória pode ocorrer devido a falhas na recordação dos eventos. A ocorrência deste viés pode ser reduzida se o tempo decorrido entre o evento e a coleta do dado não for superior a 12 meses (LOPES; FAERSTEIN, 2001). Já o viés de resposta, pode ser caracterizado pela incompreensão do instrumento pelo entrevistado ou pela opção por relatar aquilo que é socialmente mais aceito (REUVER; BOUWMAN, 2015). Ou seja, os sujeitos podem ter dificuldades em avaliar seu comportamento de saúde ou relatar o comportamento esperado ao invés do comportamento real (HIRVONEN *et al.*, 2016). A realização de um teste piloto em uma amostra do público-alvo pode auxiliar na adequação das perguntas e minimizar os possíveis vieses do autorrelato (KAARIAINEN *et al.*, 2008; PACHECO, SAKAE, 2012).

Além dos limites citados, a exclusão das mulheres merece destaque porque o uso de ansiolíticos é mais frequente entre elas (CHAU *et al.*, 2009; FONSECA *et al.*, 2010; ALBA *et al.*, 2015). Tanto as normas de gênero quanto as oportunidades de exposição à substância podem influenciar o consumo. Há uma tendência mais forte das mulheres em reconhecer a morbidade e utilizar serviços de saúde, comparado aos homens. Assim, é possível o uso mais frequente de medicamentos psicotrópicos entre mulheres, enquanto os homens geralmente usam o álcool como uma alternativa mais conveniente à expressão masculina (COLELL *et al.*, 2016). Contudo se, por um lado, diferenciais de gênero são relevantes, por outro, o desenho do estudo não autorizou análises contrastadas de acordo com o sexo.

Diversos elementos contribuíram para assegurar a qualidade e relevância da presente investigação. O estudo obteve alta taxa de participação dos bombeiros de Belo Horizonte. A equipe de coleta foi devidamente treinada e supervisionada. A realização de um estudo piloto favoreceu a adequação dos itens construídos e a adesão dos participantes. O uso de instrumentos validados e adaptados para o contexto brasileiro aumentaram a acurácia. A distribuição dos respondentes nos três subgrupos de análise do desfecho possibilitou a comparação entre eles e reforçou o caráter inovador. No conjunto, os elementos descritos aumentam a força dos resultados para amparar as interpretações apresentadas, ainda que em caráter exploratório.

7. CONCLUSÃO

O presente inquérito interessou-se por analisar o uso de medicamentos ansiolíticos no contexto de trabalho dos bombeiros militares de Belo Horizonte. Observou-se que são raros os estudos que buscaram conhecer as circunstâncias do consumo de psicofármacos em grupos de trabalhadores de emergências urbanas.

A prevalência de uso de ansiolíticos em bombeiros militares foi superior ao registrado nas demais categorias profissionais. O elevado consumo neste grupo com tamanha responsabilidade social requer alerta e merece especial atenção de gestores e órgãos governamentais em se tratando de uma população considerada saudável nas avaliações periódicas de saúde da corporação, haja vista que foram estudados trabalhadores em serviço.

Os achados sugerem três reflexões: o uso não controlado de ansiolíticos entre aqueles com maior tempo na corporação pode aumentar a vulnerabilidade dos bombeiros e comprometer o sucesso das missões dos serviços de emergências urbanas para os quais a experiência profissional, geralmente atrelada aos mais antigos no emprego, torna-se essencial; o uso de medicação psicotrópica associado ao tabagismo é uma arriscada combinação de hábitos nocivos e o consumo de ansiolíticos tem relação com o pior estado de saúde mental, sinalizando uma resposta para lidar com o sofrimento.

O consumo não controlado aumenta os riscos de efeitos adversos, podendo comprometer o trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores. Recomenda-se ações para maior conscientização dos usuários sobre os efeitos deletérios do consumo de ansiolíticos, a necessidade de acompanhamento especializado e o caráter temporário do uso. Além disso, deve-se estimular o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento positivos, tais como atividades físicas e sociais, alimentação saudável, fortalecimento dos laços familiares e espirituais.

Convém aos gestores de saúde maiores investimentos em infraestrutura e mecanismos de formação efetiva que permitam aos profissionais de saúde escuta focada em queixas e comportamentos, ao invés que se aterem a riscos e doenças. Além disso, maior disponibilidade de profissionais e opções não farmacológicas de tratamentos são recomendações úteis.

Na saúde do trabalhador, tornam-se necessárias intervenções visando a identificação precoce dos fatores ambientais e organizacionais relacionados à eclosão dos sintomas mentais. Os programas de saúde de caráter público, como a Política Nacional de Saúde Mental, podem contribuir com algumas lacunas do serviço de saúde suplementar privados e o serviço próprio de saúde da corporação.

Assim, destaca-se a importância de inovações nas ações da atenção primária no âmbito da integração dos serviços de saúde mental. Políticas públicas (nas unidades básicas) e institucionais (nos locais de trabalho) devem promover a saúde por meio de iniciativas articuladas que incentivem a participação dos trabalhadores em atividades saudáveis e promovam o desenvolvimento pessoal e a autonomia sobre o cuidado. Ações passivas, como palestras (por vezes, de caráter punitivo) devem ceder lugar a oficinas que permitam a expressão da compreensão das queixas e a autopercepção de saúde, baseadas no fortalecimento do depoimento dos pares para convencer e abrir caminhos (WHO, 2010).

A ausência de associações entre trabalho e uso controlado de ansiolíticos, apesar de não esperada, pode encontrar explicações em algumas características da carreira militar e do grupo de bombeiros, como estabilidade empregatícia e reconhecimento social; além da possibilidade da ocorrência de vieses, tais como barreiras morais e efeito do trabalhador sadio.

Os resultados estimulam a continuidade das investigações relacionadas à saúde dos bombeiros, principalmente no que tange às reestruturações nos modelos assistenciais dos serviços de saúde ocupacional e saúde mental. Estudos prospectivos que utilizem métodos

mais robustos de mensuração de exposição ocupacional e acometimentos em saúde podem aprofundar a análise dos fatores associados ao consumo de medicamentos e os mecanismos implicados. Investigações futuras relativas a trabalho e saúde mental de profissionais de emergências podem se beneficiar de: 1) desenhos longitudinais comparando diversas localidades; 2) uso de entrevistas abertas para avaliação comportamental; 3) utilização de métodos objetivos de mensuração do modo de uso de medicamentos, tais como dosagem, tempo de prescrição, entre outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAY, L. A.; CORNELIUS, L. J. *Designing and conducting health surveys: a comprehensive guide*. 3ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2006. 546p
- ADRIAENSSENS, J. *et al.* Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *J Advanced Nursing*, v.67, n.6, p.1317-128, 2012.
- ALBA, J. E. M. *et al.* Tendencias del consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en una población colombiana, 2008-2013. *Rev Colombiana Psiquiatría*, v.44, n.2, p.93-99, 2015.
- ALBERTSEN, K. *et al.* A systematic review of the impact of work environment on smoking cessation, relapse and amount smoked. *Prev Med*, v.43, n.4, p.291-05, 2006.
- AMATO, T. C. *et al.* Trabalho, gênero e saúde mental: uma pesquisa quantitativa e qualitativa entre bombeiros. *Cad Psicol Social Trabalho*, v.13, n.1, p.103-18, 2010.
- ANDRADE, L. H. *et al.* Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo Megacity mental health survey, Brazil. *Plos One*, v.7, n.2, p.318-79, 2012.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D.R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos Psicol*, v.3, n.2, p.273-94, 1998.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim de farmacoepidemiologia do Sistema de Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados*. Brasília: Ministério da Saúde, v.2, n.1, p.1-8, 2011. [internet]. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/boletim>>. Acesso em: 9 mai. 2015.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Evolução das notificações 2006 a 2013: queixas técnicas e eventos adversos a medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [internet]. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/relatorios/index.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

APA. American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5). 5ed. Arlington: APA, 2013. 947p.

AQUINO, D. S. *et al.* A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.15, n.5, p.2533-38, 2010.

ARAÚJO, T. M. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, v.5, p.33-48, 2005.

ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scand J Work Environ Health*, v.6, p.52-59, 2008.

ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.23, n.4, p.927-37, 2007.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.8, n.4, p.1005-1018, 2003.

ASSUNÇÃO, A. A.; BELISÁRIO, S. A. *Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde: relatório da oficina Ouro Preto, Brasil, 2006*. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/ UFMG, 2007. 40p.

ASSUNÇÃO, A. A. (org). *Promoção da saúde dos servidores municipais: abordagem e estratégias de intervenção*. Belo Horizonte: UFMG, 2013. 88p.

BACHARACH, S. B. *et al.* Firefighters, critical incidents and drinking to cope: the adequacy of unit-level performance resources as a source of vulnerability and protection. *J Applied Psychol*, v.93, n.1, p.155-69, 2008.

BARBOSA, G. B. *et al.* Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup*, v.37, n.126, p.306-15, 2012.

BARROS, A. R. R.; GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L. Automedicação entre os trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos. *Rev Latino-Am Enferm*, v.17, n.6, p.1-8, 2009.

BARROS, V.V. *et al.* Mental health conditions, individual and job characteristics and sleep disturbances among firefighters. *J Health Psychol*, v.18, n.3, p.350–58, 2012.

BATISTA, A. G. *Quando os bombeiros não chegam: algumas contribuições da psicologia do trabalho para o entendimento dos acidentes com veículos operacionais de bombeiros na Região Metropolitana de Belo Horizonte*. 160f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2009.

BELLEVILLE, G. Mortality hazard associated with anxiolytic and hypnotic drug use in the National Population Health Survey. *Can J Psychiatry*, v.9, p.558-56, 2010.

BEZERRA, C. M.; MINAYO, M. C. S; CONSTANTINO, P. Estresse ocupacional em mulheres policiais. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.18, n.3, p.657-66, 2013.

BLANC, M. E.; MARCHAND, A. What is the role of work in the incidence of consumption psychotropic drugs in Canada? *Rev Can Santé Publique*, v.101, n.supl, p.63-68, 2010.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BRINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.15, n.supl, p. 1585-96, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Política Nacional da Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 5ed. Brasília: FUNASA, 2002. 842p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012*. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Estudo Profissiográfico e Mapeamento de Competências: perfil dos cargos das instituições estaduais de segurança pública*. Brasília: Ministério da Justiça, 2012b.

BONDE, J. P. E. *et al.* Psychosocial work environment and antidepressant medication: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, v.9, n.262, p.1-9, 2009.

CARDOSO, A. C. M. Organização e intensificação do tempo de trabalho. *Soc Estado*, v.28, n.2, p.351-74, 2013.

CASTRO, R. B. Eficácia, Eficiência e Efetividade na Administração Pública. Salvador: ANPAD, 2006. [internet]. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsa-1840.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

CASTRO, T. G. M. de. *Inquéritos ocupacionais no Brasil (2005-2015): uma abordagem descritiva*. 77f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2016.

CAREY, M. G. *et al.* Sleep problems, depression, substance use, social bonding, and quality of life in professional firefighters. *J Occup Environ Med*, v.53, p.928-33, 2011.

CHANG, C. M. *et al.* Modification effects of coping on post-traumatic morbidity among earthquake rescuers. *Psychiatry Res*, v.158, n.2, p.164-71, 2008.

CHAU, N. *et al.* Social inequalities and correlates of psychotropic drug use among young adults: a population-based questionnaire study. *Int J Equity Health*, v.7, n.3, p.1-9, 2008.

CHAU, N. *et al.* Relationship between job, lifestyle, age and occupational injuries. *Occup Med*, v.59, p.114-19, 2009.

COLELL, E. *et al.* Gender differences in the use of alcohol and prescription drugs in relation to job insecurity. *Int J Drug Policy*, v.37, p. 21-30, 2016.

DAVID, H. M. S. L.; CAUFIELD, C. Mudando o foco: um estudo exploratório sobre uso de drogas e violência no trabalho entre mulheres das classes populares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Latino-Am Enferm*, v.13, n.esp, p.1148-54, 2005.

DE JONGE, J.; MULDER, M. J. G. P.; NIJHUIS, F. J. N. The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: effects on health care professionals. *Social Sci Medicine*, v.48, p.1149-60, 1999.

DE LANGE, A. H. *et al.* The very best of the millennium: longitudinal research and the Demand-Control-Support Model. *J Occup Health Psychol*, v.8, p.282-05, 2003.

DELL'OSSO, B.; LADER, M. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? *European Psychiatry*, v.28, p.7-20, 2013.

DIAS, J. R. F. *et al.* Fatores predisponentes ao uso próprio de psicotrópicos por profissionais de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*, v.19, n.3, p.445-51, 2011.

DOMINGUES, P. H. F. *et al.* Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública*, v.49, n.36, p.1-8, 2015.

DORRIAN, J. *et al.* Sleep, stress and compensatory behaviors in Australian nurses and midwives. *Rev Saúde Pública*, v.45, n.5, p. 922-30, 2011.

ERIKSEN W.; TAMBS K.; KNARDAHL S. Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, v.6, p.290-8, 2006.

FERRARI, C. K. B. *et al.* Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos: um problema de Saúde Pública. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*, v.34, n.1, p.109-16, 2013.

FERRAZ, S. M. *Estudo da prevalência de uso de substâncias psicoativas por enfermeiros*. 60f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2009.

FIGLEY, C. R. *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized*. New York: Brunner-Mazel, 1995. 268p.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Social Behavior*, v.21, p.219-39, 1980.

FONSECA, A. M. *et al.* Comparison between two household surveys on psychotropic drug use in Brazil: 2001 and 2004. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.15, n.3, p.663-70, 2010.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo. *Rev Bras Epidemiol*, v.11, n.3, p.347-55, 2008.

GARCIAS, C. M. M. *et al.* Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2006. *Cad Saúde Pública*, v.24, n.7, p.1565-71, 2008.

GAGE, S. B. *et al.* Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ*, v.349, n.5205, p.01-10, 2014.

GHOLAP, M. C.; MOHITE, V. Assess the self-medication practices among staff nurses. *Indian J Sci Res*. v.4, n.1, p.81-84, 2013.

GOMES, V. F.; MIGUEL, T. L. B.; MIASSO, A. I. Transtornos Mentais Comuns: perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico. *Rev Latino-Am Enferm*, v.21, n.6, p.1-9, 2013.

HAIR, J. R. *et al.* *Análise multivariada de dados*. 6ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688p.

HICKMAN, M. J. Validity of officer self-reported citizen complaints. *Police Quarterly*, v.10, n.3, p.332-41, 2007.

HIRVONEN, N. *et al.* Everyday health information literacy in relation to health behavior and physical fitness: a population-based study among young men. *Library Information Sci Res*, v.38, p.308-318, 2016.

HIYOSHI, A. *et al.* Stress resilience in adolescence and subsequent antidepressant and anxiolytic medication in middle aged men: swedish cohort study. *Social Sci Med*, v. 134, p.43-9, 2015.

HORN, M. A. *et al.* A systematic review of help-seeking and mental health service utilization among military service members. *Clinical Psychology Review*, v.53, p.59-78, 2017.

HORN, S. R. *et al.* Understanding resilience: new approaches for preventing and treating PTSD. *Experimental Neurology*, v.284, p.119-32, 2016.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. *Applied Logistic Regression*. 2ed. New York: Wiley, 2000. 383p.

HUANG, S. L. *et al.* Differences in health complaints among Taiwanese workers in different occupational categories. *J Occup Health*, v.54, p.241-49, 2012.

HURTADO, L. R. *et al.* Factors associated to antidepressant prescription for civil servants of Belo Horizonte, MG. *Braz J Pharm Sci*, v.46, n.2, p.289-96, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese dos indicadores de 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. [internet]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009>>. Acesso em: 24 set. 2015.

ILO. International Labour Office. *Emerging risks and new patterns of prevention in a changing world of work*. Geneve: International Labour Office, 2010.

KAARIAINEN, J. *et al.* The 'Code of Silence': are self-report surveys a viable means for studying police misconducts? *J Scand Studies Criminol*, v.9, n.2, p.86-96, 2008.

KAPLAN-SADOCK, B. J. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1584p.

KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Sci Quartely*, v.24, n.2, p.285-08, 1979.

KARASEK, R. A; THEÖRELL, T. *Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990. 381p.

KIM, S. S. *et al.* Association between change in employment status and new-onset depressive symptoms in South Korea – a gender analysis. *Scandin J Work Environ Health*, v.38, n.6, p.537-45, 2012.

KOHLSDORF, M.; COSTA JUNIOR, A. L. O autorrelato na pesquisa em psicologia da saúde: desafios metodológicos. *Psicol Argum*, v.27, n.57, p.131-39, 2009.

KOLSTAD, H. A. *et al.* Job strain and the risk of depression: is reporting biased? *Am J Epidemiol*, v.173, p.94-02, 2011.

LAGE, E. A.; FREITAS, M. I. F.; ACURCIO, F. A. Informação sobre medicamentos na imprensa: uma contribuição para o uso racional. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.10, p.133-39, 2005.

LAPOSA, J. M.; ALDEN, L. E. Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behavior Res Therapy*, v.41, p.49-65, 2003.

LARANJEIRAS, C. The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. *J Clinical Nursing*, v.21, p.1755 -62, 2012.

LASSALLE, M., CHASTANG, J. F., NIEDHAMMER, I. Working conditions and psychotropic drug use: cross-sectional and prospective results. *J Psychiatric Research*, v.63, p.50-57, 2015.

LASSERRE, A. *et al.* Psychotropic drug use among older people in general practice: discrepancies between opinion and practice. *Brit J General Practice*, v.60, n.573, p.156- 62, 2010.

LAZARECK, S. *et al.* A longitudinal investigation of the role of self-medication in the development of comorbid mood and drug use disorders. *J Clin Psychiatry*, v.73, n.5, p.588–59, 2012.

LEE, J. S. *et al.* Resilience buffers the impact of traumatic events on the development of PTSD symptoms in firefighters. *J Affect Disord*, v.162, p.128–33, 2014.

LENHART, S. E.; BUYSSE, D. J. Treatment of insomnia in hospitalized patients. *Annals Pharmacotherapy*, v.35, n.11, p.1449-57, 2001.

LEIGNEL, L. *et al.* Mental health and substance use among self-employed lawyers and pharmacists. *Occup Medicine*, v.64, p.166-71, 2014.

LEVINE, D. S. *et al.* Discrimination and social anxiety disorder among african-americans, caribbean blacks, and non-hispanic whites. *J Nervous Mental Disease*, v.202, n.3, p.224-30, 2014.

LIMA, E. P. *Transtorno de estresse pós-traumático em bombeiros de Belo Horizonte*. 183f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2013.

LIMA, E. P.; ASSUNÇÃO, A. A.; BARRETO, S. M. Tabagismo e estressores ocupacionais em bombeiros. *Rev Saúde Pública*, v.47, n.5, p.897-04, 2013.

LIMA, E. P.; ASSUNÇÃO, A. A.; BARRETO, S. M. Prevalência de depressão em bombeiros. *Cad Saúde Pública*, v.31, n.4, p.733-43, 2015a.

LIMA, E. P.; ASSUNÇÃO, A. A.; BARRETO, S. M. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em bombeiros de Belo Horizonte, Brasil: prevalência e fatores ocupacionais associados. *Psicol Teoria Pesq*, v.31, n.2, p.279-88, 2015b.

LIMA, E. P. *et al.* Lista de eventos traumáticos ocupacionais para profissionais de emergências: adaptação e validação. *Avaliação Psicológica*, v.15, p.391-401, 2016.

LIMA, M. C. P. *et al.* Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saúde Pública*, v.42, n.4, p.717-23, 2008.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Rev Bras Psiquiatr*, v.23, p.126-33, 2001.

LOPES, V. R. *O papel do suporte social no trabalho e da resiliência no aparecimento de burnout: um estudo com bombeiros militares.* 204f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2010.

LOYOLA-FILHO, A. I. *et al.* Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*, v.36, n.1, p.55-62, 2002.

LOYOLA FILHO, A. I. *et al.* Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública*, v.21, n.2, p.545-53, 2005.

MADRUGA, C. M. D. *Manual de orientações básicas para prescrição médica.* João Pessoa: Ideia, 2009. 34p.

MANTHEY, L. *et al.* Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Brit J Clin Pharmacol*, v.71, n.2, p.263-72, 2011.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Braz J Psychiatry*, v.148, p.23-6, 1986.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in brazilian psychiatry inpatient hospital setting. *J Biol Res*, v.16, p.215-8, 1983.

MCPHAIL, S. M. Multimorbidity in chronic disease: impact on health care resources and costs. *Risk Management Healthcare Policy*, v.9, p.143–56, 2016.

MEDRONHO, R. A. *et al. Epidemiologia*. 2ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009. 709 p.

MENDONÇA, R. T. *et al.* Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde Soc*, v.17, n.2, p.95-06, 2008.

MINAS GERAIS. *Resolução Conjunta nº 07 de 1995*. Dispõe sobre o plano de assistência à saúde para a Polícia Militar, Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais e Instituto de Previdência dos servidores Militares do Estado de Minas Gerais. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais: Belo Horizonte, 1995.

MINAS GERAIS. *Lei Complementar nº 54, de 13 de dezembro de 1999*. Dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais – CBMMG e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais: Belo Horizonte, 1999.

MINAS GERAIS. *Lei Delegada nº 117, de 25 de janeiro de 2007*. Dispõe sobre a estrutura orgânica da Secretaria de Estado de Defesa Social. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2007a.

MINAS GERAIS. *Lei nº 5.301, de 16 de outubro de 1969, alterada pela LC 95/07*. Dispõe sobre Estatuto dos Militares do Estado de Minas Gerais. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2007b.

MINAS GERAIS. *Decreto nº 44.924, de 17 de outubro de 2008*. Aprova o quadro de organização e distribuição do Corpo de Bombeiros de Minas Gerais, altera denominação, cria e ativa unidades na corporação. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2008.

MINAS GERAIS. *Resolução n. 640, de 15 de outubro de 2015*. Regulamenta o Programa de Saúde Ocupacional Bombeiro Militar. Belo Horizonte: Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, 2015.

MOLINA, S.; MIASSO, A. I. Consumo de benzodiazepinas por trabalhadores de uma empresa privada. *Rev Latino-Am Enferm*, v.16, n.esp, 2008.

MONTEIRO, J. K. *et al.* Firefighters: psychopathology and working conditions. *Estudos Psicol*, v.30, n.3, p. 437-44, 2013.

MORRISON, J. *et al.* Factors influencing variation in prescribing of antidepressants by general practices in Scotland. *Brit J General Practice*, v.59, n.559, p.25-31, 2009.

MOTA, D. M. *et al.* Há irracionalidades no consumo de inibidores de apetite no Brasil? Uma análise farmacoeconômica de dados em painel. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.19, n.5, p.1389-400, 2014.

MUNHOZ, R. F.; GATTO, A. M.; FERNANDES, A. R. C. Automedicação em profissionais das áreas de enfermagem e farmácia em ambiente hospitalar na cidade de São José do Rio Preto, São Paulo. *Arq Ciênc Saúde*, v.17, n.3, p.140-45, 2010.

MUNTANER, C. *et al.* The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *Int J Epidemiol*, v.32, p.950-58, 2003.

NAIMI, A. I.; RICHARDSON, D. B.; COLE, S. R. Causal inference in occupational epidemiology: accounting for the healthy worker effect by using structural nested models. *Am J Epidemiology*, v.178, p.681-86, 2013.

NATIVIDADE, M. P. Vidas em risco: a identidade profissional dos bombeiros militares. *Psicol Sociedade*, v.21, n.3, p.411-20, 2009.

NETTO, M. U. Q.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*, v.33, n.1, p.77-81, 2012.

NORDFJAERN, T., *et al.* Socio-demographic, lifestyle and psychological predictors of benzodiazepine and z-hypnotic use patterns. *Nord J Psychiatry*, v.68, p.107-16, 2014.

NORDON, D. G. *et al.* Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Rev Psiquiatria RS*, v31, n.3, p.152-58, 2009.

OLIVEIRA, J. R.; XAVIER, R. M. F.; SANTOS JÚNIOR, A. F. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária. *Epidemiol Serv Saúde*, v.22, n.4, p.671-78, 2013.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev Latino-Am Enferm*, v.13, n.esp., p.896-02, 2005.

ORSET, C. *et al.* Addiction in hospital staff: prevalence survey in 366 workers of the Saint-Etienne University Hospital. *Archives Maladies Profession Environ*, v.72, n.2, p.173-80, 2011.

OSHA. Occupational Safety and Health Administration. *New and emerging risks in occupational safety and health. European Agency for Safety and Health at Work, 2009.* [internet]. Disponível em <<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications>>. Acesso em: 08 set. 2015.

PACHECO, D. S.; SAKAE, T. M. Validade do autorrelato de diabetes mellitus gestacional no pós-parto imediato em hospital privado no sul de Santa Catarina. *Arq Catarin Med*, v.41, n.1, p.47-50, 2012.

PIAZZA-GARDNER, A. K. *et al.* Covariates of alcohol consumption in firefighter. *Occup Medicine*, v.64, p.580-82, 2014.

PINTO, M. C. X.; FERRÉ, F.; PINHEIRO, M. L.P. Potentially inappropriate medication use in a city of Southeast Brazil. *Braz J Pharmaceut Sci*, v.48, n.1, p.79-86, 2012.

PRINS, S. J. *et al.* Anxious? Depressed? You might be suffering from capitalism: contradictory class locations and the prevalence of depression and anxiety in the USA. *Sociol Health Illness*, v.10, p.1-20, 2015.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.15, n.1, p.1201-08, 2010.

PULKKI-RABACK, L. *et al.* Living alone and antidepressant medication use: a prospective study in a working-age population. *BMC Public Health*, v.12, n.236, p.2-8, 2012.

REUVER, M.; BOUWMAN, H. Dealing with self-report bias in mobile internet acceptance and usage studies. *Information Management*, v.52, p.287-94, 2015.

RIBEIRO, F. S. N.; WUNSCH FILHO, V. Avaliação retrospectiva da exposição ocupacional a cancerígenos: abordagem epidemiológica e aplicação em vigilância em saúde. *Cad Saúde Pública*, v.20, n.4, p.881-890, 2004.

RONGEN, A. *et al.* Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med*, v.44, p.406-15, 2013.

ROSENBLOOM, J. I. *et al.* Residential proximity to major roadway and ten years. *Circulation*, v.125, p.2197-203, 2012.

SAADE, S.; MARCHAND, A. Work organization conditions and prescribed psychotropic drug use in Canada: the moderating role of personality traits. *J Workplace Behavioral Health*, v.28, n.1, p.62-80, 2013.

SÁNCHEZ, M. P. V. *et al.* Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Rev Esp Salud Pública*, v.87, n.3, p.247-55, 2013.

SANTOS, K. O. B. *et al.* Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire. *Rev Baiana Saúde Pública*, v.34, n.3, p.544-60, 2010.

SHAH, D. *et al.* Healthy worker effect phenomenon. *Indian J Occup Environ Medicine*, v.13, n.2, p.77-9, 2009.

SHAHID, A. *et al.* An approach to long-term sedative-hypnotic use. *Nature Sci Sleep*, v.4, p.53-61, 2012.

SHIRAMA, F. H.; MIASSO, A. I. Consumption of psychiatric drugs by patients of medical and surgical clinics in a general hospital. *Rev Latino-Am Enferm*, v.21, n.4, p.948-55, 2013.

SILVEIRA, C. M. *et al.* Drinking patterns and alcohol use disorders in São Paulo, Brazil: the role of neighborhood social deprivation and socioeconomic status. *Plos One*, v.9, n.10, p.1-14, 2014.

SLOPEN, N. *et al.* Psychosocial stress and cigarette smoking persistence, cessation, and relapse over 9–10 years: a prospective study of middle-aged adults in the United States. *Cancer Causes Control*, v.24, n.10, p.1849-63, 2013.

SOUZA, E. R. *et al.* Consumo de substâncias lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. *Ciêñ Saúde Coletiva*, v.18, n.3, p.667-76, 2013.

SOUZA, J. F. R.; MARINHO, C. L. C.; GUILAM, M. C. R. Consumo de medicamentos e internet: análise crítica de uma comunidade virtual. *Rev Assoc Medicine Bras*, v.54, n.3, p.225-31, 2008.

SOUZA, S. F. *et al.* Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Rev Saúde Pública*, v.44, n.4, p.710-07, 2010.

STERUD T.; EKEBERG O.; HEM E. Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Services Res*, v.6, p.82, 2006.

SZKLO, M.; NIETO, F. J. *Measuring associations between exposures and outcomes*. In: *Epidemiology: beyond the basics*. 3ed. Burlington: Jones Bartlett, 2013. 515p.

TABACHNICK, B.; FIDELL, L. S. *Using multivariate statistics*. 5ed. Boston: Pearson, 2007. 980p.

VALENTINI, W. *et al*. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev Saúde Pública*, v.38, n.4, p.522-28, 2004.

VAN DER VELDEN, P. G. *et al*. Confrontations with aggression and mental health problems in police officers: the role of organizational stressors, life-events and previous mental health problems. *Psychol Trauma*, v.2, n.2, p.135-44, 2010.

VARGAS, D.; DIAS, A. P. V. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado de São Paulo. *Rev Latino-Am Enferm*, v.19, n.5, p.1114-21, 2011.

VERDÚ, E. S. *et al*. Evolución de la utilización de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en la Comunitat Valenciana: período 2000-2010. *Aten Primaria*, v.46, n.8, p.416-25, 2014.

VIRTANEN, M. *et al*. Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *BMJ*, v.350, n.7772, p.1-14, 2015.

WHO. World Health Organization. *The importance of pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products*. Geneva: WHO, 2002. 49p.

WHO. World Health Organization. *Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners*. Geneva: WHO, 2010. 26p.

WHO. World Health Organization. *The world medicines situation 2011: rational use of medicines*. Geneva: WHO, 2011. 22p.

WHO. World Health Organization. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO, 2013. 46p.

YOUNG, P. M. *et al.* Stressors and coping strategies of UK Firefighters during on-duty incidents. *Stress Health*, v.30, p.366-76, 2014.

A. ATA DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO



ATA DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO DA ALUNA **DANIELLE SANDRA DA SILVA DE AZEVEDO**

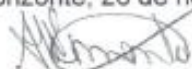
Realizou-se, no dia 26 de novembro de 2015, às 14:00 horas, Sala 505, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a apresentação do exame de qualificação da aluna **DANIELLE SANDRA DA SILVA DE AZEVEDO**, número de registro 2013715980, intitulado **USO IRRACIONAL DE MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS EM BOMBEIROS DE BELO HORIZONTE**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores: Prof(a). ADA AVILA ASSUNÇÃO - Orientador (UFMG), Prof(a). CARLES MUNTANER (Universidade de Toronto), Prof(a). CINTIA SATIKO FUZIKAWA (UFMG), Dr. EDUARDO DE PAULA LIMA (UFMG), Prof(a). ADRIANO MARÇAL PIMENTA (UFMG).

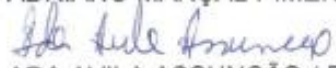
Terminada a apresentação, foi considerada:

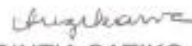
☒ aprovada () reprovada

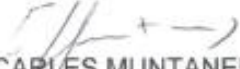
e, para constar, foi lavrada a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 26 de novembro de 2015.


Prof(a). ADRIANO MARÇAL PIMENTA (Doutor)


Prof(a). ADA AVILA ASSUNÇÃO (Doutor)


Prof(a). CINTIA SATIKO FUZIKAWA (Doutora)


Prof(a). CARLES MUNTANER (Doutor)


Dr. EDUARDO DE PAULA LIMA (Doutor)

B. COMPROVANTE DE ACEITE DA REVISTA CIENTÍFICA

REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA
BRAZILIAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY

Ref.: 4339-17

São Paulo, 24 de outubro de 2017.

Ilma. Sr^a.

Danielle Sandra da Silva de Azevedo

Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Ref.: RBEPID-2017-0287

Prezada Colaboradora,

Vimos comunicar a V.Sa. o resultado da apreciação do trabalho de sua autoria, intitulado
"Fatores associados ao uso de medicamentos ansiolíticos entre bombeiros militares".

A Editoria Científica **aprovou** o artigo, após reformulação.

Agradecendo a valiosa atenção e colaboração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Márcia Furquim de Almeida, Mario Vianna Vettore, Moisés Goldbaum

Editores Científicos

C. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0387.0.203.000-10

Interessado(a): Profa. Ada Ávila Assunção
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 24 de novembro de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"O papel das variáveis individuais e ocupacionais na explicação de sintomas de TEPT (Transtornos do Estresse Pós-Traumático)"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

D. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



PROFISSIONAIS DE EMERGÊNCIAS URBANAS



PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE

Início:	horas	min.
Final:	horas	min.

Número do questionário:

--	--	--	--	--

Data: ____ / ____ / 20____

Este **questionário** é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho. Assim, solicitamos que não troque ideias com os colegas antes de responder a este questionário.

Bloco 1 Informações Sociodemográficas

1. Sexo: 0 ☐ Feminino 1 ☐ Masculino	2. Idade: ____ anos	3. Tem filhos? 0 ☐ Não 1 ☐ Sim Quantos filhos? ____
---	----------------------------	--

4. Situação conjugal: 1 ☐ Solteiro (a) 2 ☐ Casado (a) 3 ☐ União consensual / união estável	4 ☐ Viúvo (a) 5 ☐ Divorciado (a) / separado (a) / desquitado (a)
--	---

5. Na escola, qual o último nível de ensino você concluiu? 1 ☐ Ensino fundamental (1º grau) - última série concluída: ____ série Ensino médio (2º grau) - última série concluída: 2 ☐ 1º ano 3 ☐ 2º ano 4 ☐ 3º ano 5 ☐ Ensino médio técnico. Quantos anos cursou? ____ anos 6 ☐ Ensino superior. Quantos anos cursou? ____ anos Pós-graduação: 7 ☐ Especialização 8 ☐ Mestrado 9 ☐ Doutorado Quantos anos estudou na pós-graduação? ____ anos

6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? 1 ☐ Branca 2 ☐ Amarela (oriental) 3 ☐ Parda 4 ☐ Origem indígena 5 ☐ Preta

7. Qual a sua faixa de renda familiar (você e sua família)? 1 ☐ Até R\$2.500,00 2 ☐ Entre R\$2.501,00 e R\$4.000,00 3 ☐ Entre R\$4.001,00 e R\$5.500,00 4 ☐ Entre R\$5.501,00 e R\$7.000,00 5 ☐ Entre R\$7.001,00 e R\$8.500,00 6 ☐ Entre R\$8.501,00 e R\$10.000,00 7 ☐ Acima de R\$10.001,00

8. Quantas pessoas vivem desta renda? ____ pessoas	1
---	---



9. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

- 1 ☐ Eu mesmo (a)
2 ☐ Meu cônjuge ou companheiro (a)
3 ☐ Eu e meu cônjuge, igualmente
4 ☐ Meu pai e minha mãe
5 ☐ Meu filho ou minha filha ou ambos
6 ☐ Não tem chefe
7 ☐ Outra pessoa. Especifique: _____

10. Qual a situação do imóvel em que você mora?

- 1 ☐ Alugado
2 ☐ Próprio - já pago
3 ☐ Próprio - ainda pagando
4 ☐ Cedido por pessoa ou empresa
5 ☐ Outra condição. Especifique: _____

11. Atualmente, alguém que reside em sua residência está desempregado?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não

Bloco 2 Atividades Domésticas e Hábitos de Vida

1. Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa? _____ pessoas

2. Quais atividades domésticas, listadas abaixo, você faz?

Atividade	0 Não	1 Sim	2 Não se aplica
1. Cuidar das crianças			
2. Cuidar da limpeza			
3. Cozinhar			
4. Lavar roupa			
5. Passar roupa			
6. Feira/supermercado			
7. Levar filho à escola			
8. Pequenos consertos			
9. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes			

3. Você é o principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa?

- 0 ☐ Não 1 ☐ Sim

4. Nas últimas duas semanas, você realizou atividades domésticas?

- 1 ☐ Todos os dias da semana
2 ☐ Três ou mais dias da semana
3 ☐ Um ou dois dias da semana
4 ☐ Apenas no final de semana
5 ☐ Não realizou

5. Com que frequência você participa das atividades listadas abaixo?

Atividade	Nunca	1 a 2 vezes por semana	3 ou mais vezes por semana
1. Atividades culturais (cinema, teatro, exposição)			
2. Atividades sociais (visita amigos, festa, barzinho)			
3. Atividades físicas (caminhadas, exercícios, prática de esportes)			



6. Você é ou já foi fumante de cigarros, ou seja, já fumou, ao longo da vida, pelo menos 100 cigarros (cinco maços)?

0 ☐ Não 1 ☐ Sim

7. Você fuma cigarros atualmente?

0 ☐ Não 1 ☐ Sim

8. Em geral, quantos cigarros por dia você fuma ou fumava?

0 ☐ Nunca fumei / não se aplica

1 ☐ _____ cigarros

88 ☐ Menos de 1 cigarro por dia

9. Por quantos anos você fuma ou fumou?

0 ☐ Nunca fumei / não se aplica

1 ☐ _____ anos

10. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?

0 ☐ Não 1 ☐ Sim

11. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

0 ☐ Não 1 ☐ Sim

12. Sente-se aborrecido consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber?

0 ☐ Não 1 ☐ Sim

13. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

0 ☐ Não 1 ☐ Sim

Bloco 3 Informações Gerais sobre o seu Emprego

1. Há quanto tempo você trabalha no CBMMG?

_____ anos e _____ meses

2. Em qual unidade do CBMMG você trabalha atualmente? Indique a unidade e a seção ou pelotão no qual você trabalha.

3. Há quanto tempo trabalha na unidade atual? (Considere o tempo desde sua última transferência para a unidade atual)

_____ anos e _____ meses

4. Qual o seu posto ou graduação?

1 ☐ Soldado

5 ☐ 1º Sargento

9 ☐ 2º Tenente

13 ☐ Tenente Coronel

2 ☐ Cabo

6 ☐ Subtenente

10 ☐ 1º Tenente

14 ☐ Coronel

3 ☐ 3º Sargento

7 ☒ Cadete

11 ☐ Capitão

4 ☐ 2º Sargento

8 ☐ Aspirante

12 ☐ Major



5. Qual a sua jornada de trabalho?

- 1 ☐ 24/48 horas 3 ☐ 12/36 horas
2 ☐ Horário administrativo 4 ☐ Outra. Qual? _____

6. Você possui outro trabalho remunerado?

- 0 ☐ Não 1 ☐ Sim. Qual atividade? _____

7. Ao longo de sua carreira no CBMMG, você já trabalhou no serviço operacional?

- 0 ☐ Não 1 ☐ Sim. Por quanto tempo? _____ anos e _____ meses

8. Nos últimos 12 meses, com que FREQUÊNCIA você tem exercido as atividades operacionais do CBMMG listadas abaixo?

	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 2 vezes por mês	1 vez por semana ou mais
1. Resgate / atendimento pré-hospitalar	0	1	2	3
2. Salvamento - acidente automobilístico	0	1	2	3
3. Salvamento - resgate de cadáver	0	1	2	3
4. Salvamento - suicídio	0	1	2	3
5. Salvamento - captura de animais / animais peçonhentos	0	1	2	3
6. Combate a incêndio urbano	0	1	2	3
7. Combate a incêndio em mata	0	1	2	3
8. Corte de árvores	0	1	2	3
9. Motorista operacional	0	1	2	3
10. Produtos perigosos	0	1	2	3
11. CBU	0	1	2	3
12. Outros. Especifique: _____	0	1	2	3

9. Assinale quais cursos você já realizou (especialização para exercer atividades operacionais de bombeiro)?

- 1 ☐ Técnico em Emergências Médicas (TEM)
2 ☐ Resgate Básico
3 ☐ Mergulho Autônomo e Salvamento Aquático (MASA)
4 ☐ Salvamento em Altura (CESALT)
5 ☐ Salvamento Terrestre
6 ☐ Escalador Militar Básico (Montanha)
7 ☐ Combate à Incêndio (Urbano/Florestal)
8 ☐ Produtos Perigosos
9 ☐ Outros. Especifique: _____



Bloco 4 Sobre o seu Ambiente de Trabalho

1. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?

0 ☐ Não 1 ☐ Sim 2 ☐ Não se aplica

2. Você utiliza estes equipamentos de proteção individual?

0 ☐ Não 1 ☐ Sim 2 ☐ Não se aplica

3. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:

0 ☐ Boa 1 ☐ Regular 2 ☐ Ruim 3 ☐ Muito ruim

4. Você tem contato com materiais biológicos como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc?

0 ☐ Nunca 1 ☐ Raramente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Sempre

5. Durante o seu horário de trabalho, você adota posturas que podem gerar dores ou desconforto muscular no trabalho ou fora do trabalho?

0 ☐ Nunca 1 ☐ Raramente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Sempre

6. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?

0 ☐ Nunca 1 ☐ Raramente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Sempre

7. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?

0 ☐ Nunca 1 ☐ Raramente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Sempre

8. Seu trabalho exige que você ande muito?

0 ☐ Nunca 1 ☐ Raramente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Sempre

9. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?

0 ☐ Nunca 1 ☐ Raramente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Sempre

10. Você fica sem fazer pausas durante a jornada de trabalho?

0 ☐ Nunca 1 ☐ Raramente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Sempre

11. Você trabalha no turno noturno?

0 ☐ Nunca 1 ☐ Raramente 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Sempre

12. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é:

0 ☐ Desprezível 1 ☐ Razoável 2 ☐ Elevado 3 ☐ Insuportável

13. Em geral, o ruído originado fora do seu local de trabalho é:

0 ☐ Desprezível 1 ☐ Razoável 2 ☐ Elevado 3 ☐ Insuportável

14. No setor onde você trabalha existe(m):

Recursos	Não	Sim
1. Recursos materiais suficientes para realizar as tarefas		
2. Tempo disponível para você se alimentar		
3. Copa/refeitório		
4. Sala de descanso / alojamento		
5. Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho		
6. Escaninhos para guardar pertences		



Bloco 5 Características Psicossociais do Trabalho

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda à sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente à sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

2. Meu trabalho envolve muita repetitividade.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

4. Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por minha própria conta.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

5. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

6. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como eu devo fazê-lo.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

7. Em meu trabalho, posso fazer muitas coisas diferentes.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

8. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

9. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

12. Meu trabalho exige muito esforço físico.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

13. Eu não sou solicitado para realizar um volume excessivo de trabalho.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

14. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente



15. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

16. Algumas demandas que tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

17. Eu frequentemente trabalho durante o almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

18. Meu trabalho exige muito emocionalmente.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

19. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

20. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente
5 ☐ Não tenho supervisor

21. Meu supervisor me trata com respeito.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente
5 ☐ Não tenho supervisor

22. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente
5 ☐ Não tenho supervisor

23. Meu chefe/coordenador é bem sucedido em promover o trabalho em equipe.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente
5 ☐ Não tenho supervisor

24. As pessoas no meu trabalho são amigáveis.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

25. As pessoas com quem trabalho ajudam-se umas às outras a fazer o trabalho.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

26. Eu sou tratado(a) com respeito pelos meus colegas de trabalho.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

27. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

28. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente

29. Minhas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas.

1 ☐ Discordo fortemente 2 ☐ Discordo 3 ☐ Concordo 4 ☐ Concordo fortemente



Bloco 6 Exposição a Eventos Estressantes no Trabalho

PARTE 1: Abaixo há uma lista de eventos estressantes relacionados ao TRABALHO. Por favor, marque com que **FREQUÊNCIA** os eventos listados aconteceram com você ou com que **FREQUÊNCIA** você presenciou estes eventos no seu ambiente de trabalho. Considere apenas os eventos ocorridos nos **ÚLTIMOS 12 MESES**.

	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 2 vezes por mês	1 vez por semana ou mais
1. Morte de uma criança	0	1	2	3
2. Desastre (enchentes, desabamentos, incêndios de grande porte etc)	0	1	2	3
3. Criança gravemente ferida	0	1	2	3
4. Prestar cuidado a um paciente que seja parente ou amigo próximo e que esteja em estado grave ou morrendo	0	1	2	3
5. Ameaça de agressão física a você	0	1	2	3
6. Agressão física a você	0	1	2	3
7. Presenciou ameaça de agressão física ou agressão física a colega de trabalho	0	1	2	3
8. Prestar cuidado a um bebê com morte súbita	0	1	2	3
9. Abuso sexual de uma criança	0	1	2	3
10. Várias vítimas ao mesmo tempo	0	1	2	3
11. Lidar com vários eventos traumáticos em um curto período de tempo	0	1	2	3
12. Cuidar de um paciente com queimaduras graves	0	1	2	3
13. Traumas múltiplos com sangramento intenso ou perda de membros	0	1	2	3
14. Paciente traumatizado que se pareça com você ou um familiar em idade e aparência	0	1	2	3
15. Morte de paciente após manobra de ressuscitação prolongada	0	1	2	3
16. Outro. Por favor, especifique: _____	0	1	2	3

PARTE 2: Indique abaixo qual o evento listado na PARTE 1 que mais o incomodou.

0 ☐ Não vivi ou presenciei nenhum dos eventos listados nos últimos 12 meses

1 O evento listado acima que mais me incomodou foi _____ (indique o número referente ao evento)



Bloco 7 Exposição a Eventos Estressantes na Vida

As próximas perguntas se referem a alguns acontecimentos ou situações desagradáveis que podem ter ocorrido com você nos últimos 12 meses.

1. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você teve algum problema de saúde que o(a) impediu de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por mais de um mês?

1 ☐ Sim 0 ☐ Não

2. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você esteve internado em hospital em razão de doença ou acidente?

1 ☐ Sim, uma vez 2 ☐ Sim, mais de uma vez 0 ☐ Não

3. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, faleceu algum parente próximo seu [pai, mãe, cônjuge, companheiro(a), filho (a) ou irmão (ã)]?

1 ☐ Sim 0 ☐ Não

4. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você enfrentou dificuldades financeiras mais severas do que as habituais?

1 ☐ Sim 0 ☐ Não

5. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi forçado a mudar de casa contra sua vontade (por exemplo, por aumento de aluguel)?

1 ☐ Sim 0 ☐ Não

6. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?

1 ☐ Sim 0 ☐ Não

7. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi assaltado ou roubado, isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?

1 ☐ Sim, uma vez 2 ☐ Sim, mais de uma vez 0 ☐ Não

8. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi vítima de alguma agressão física?

1 ☐ Sim, uma vez 2 ☐ Sim, mais de uma vez 0 ☐ Não

9. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você se sentiu discriminado por alguma instituição ou pessoa, por alguma das razões abaixo? (Marque SIM ou NÃO para cada item).

	Sim	Não
1. Sua cor ou raça?		
2. Ser homem ou mulher?		
3. Religião ou culto?		
4. Sua opção ou preferência sexual?		
5. Doença ou deficiência física?		
6. Sua idade?		
7. Sua condição social ou econômica?		
8. Outra. Especifique: _____		

10. Quando foi a última vez que você sofreu pelo menos uma das situações desagradáveis mencionadas nos itens anteriores?

1 ☐ Não sofreu nenhuma dessas situações

2 ☐ Há menos de um mês

3 ☐ Entre 1 e 3 meses atrás

4 ☐ Entre 4 e 6 meses atrás

5 ☐ Entre 6 e 12 meses atrás



Bloco 8 Morbidade

PARTE 1: Neste questionário estão grupos de afirmações. Por favor, leia cada grupo de afirmações com cuidado. Então escolha a única afirmação em cada grupo que melhor descreve o modo como você esteve se sentindo na SEMANA PASSADA, INCLUSIVE HOJE! Circule o número do lado da afirmação que você escolheu. Se várias afirmações no grupo parecem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma. Certifique-se de ler todas as afirmações em cada grupo antes de fazer sua escolha.

1	0 Eu não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Eu me sinto triste o tempo todo e não consigo sair disso. 3 Eu estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2	0 Eu não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro. 1 Eu me sinto desencorajado em relação ao futuro. 2 Eu sinto que não tenho nada por que esperar. 3 Eu sinto que o futuro não tem esperanças que as coisas não podem melhorar.
3	0 Eu não me sinto um fracasso. 1 Eu sinto que falhei mais que a média das outras pessoas. 2 Quando eu olho para trás em minha vida, tudo que consigo ver é um monte de fracassos. 3 Eu sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
4	0 Eu obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava ter. 1 Eu não gosto das coisas como costumava gostar. 2 Eu não obtenho satisfação real de mais nada. 3 Eu estou insatisfeito ou entediado com tudo.
5	0 Eu não me sinto particularmente culpado. 1 Eu me sinto culpado durante uma boa parte do tempo. 2 Eu me sinto bastante culpado durante a maior parte do tempo. 3 Eu me sinto culpado o tempo todo.
6	0 Eu não sinto que estou sendo punido. 1 Eu sinto que posso ser punido. 2 Eu espero ser punido. 3 Eu sinto que estou sendo punido.
7	0 Eu não me sinto decepcionado comigo. 1 Eu estou decepcionado comigo. 2 Eu estou aborrecido comigo. 3 Eu me odeio.
8	0 Eu não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. 1 Eu me critico pelas minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me incrimino o tempo todo pelas minhas falhas. 3 Eu me incrimino por tudo de ruim que acontece.
9	0 Eu não tenho nenhum pensamento de me matar. 1 Eu tenho pensamento de me matar, mas não os colocaria em prática. 2 Eu gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se eu tivesse uma oportunidade.
10	0 Eu não choro mais que o habitual. 1 Eu choro mais agora do que costumava chorar. 2 Eu choro o tempo inteiro agora. 3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.

10

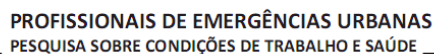


11	0 Eu não estou mais irritado agora do que sempre estou. 1 Eu fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar. 2 Eu me sinto irritado o tempo inteiro agora. 3 Eu não fico nem um pouco irritado por causas que costumavam me irritar.
12	0 Eu não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Eu estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar. 2 Eu perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Eu perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
13	0 Eu tomo decisões mais ou menos tão bem quanto eu sempre consegui. 1 Eu adio tomar decisões mais do que costumava adiar. 2 Eu tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes. 3 Eu não consigo mais tomar decisão alguma.
14	0 Eu não sinto que minha aparência esteja pior do que era. 1 Eu estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente. 2 Eu sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer não atraente. 3 Eu acredito que pareço feio.
15	0 Eu consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes. 1 É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa. 2 Eu tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa. 3 Eu não consigo mais fazer trabalho algum.
16	0 Eu consigo dormir tão bem quanto o habitual. 1 Eu não durmo tão bem quanto costumava dormir. 2 Eu acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir. 3 Eu acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17	0 Eu não fico mais cansado que o habitual. 1 Eu fico cansado mais facilmente do que costumava ficar. 2 Eu fico cansado ao fazer quase qualquer coisa. 3 Eu estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18	0 Meu apetite não está pior do que o habitual. 1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser. 2 Meu apetite está muito pior agora. 3 Não tenho mais nenhum apetite.
19	0 Eu perdi pouco ou nenhum peso ultimamente. 1 Eu perdi mais de 2,5 Kg 2 Eu perdi mais de 5 Kg. 3 Eu perdi mais de 7,5 Kg Eu estou propositalmente tentando perder peso comendo menos. Sim ____ Não ____
20	0 Eu não estou mais preocupado sobre minha saúde do que o habitual. 1 Eu estou preocupado com problemas físicos como mal-estares e dores; ou desconforto estomacal; ou constipação. 2 Eu estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.
21	0 Eu não percebi nenhuma mudança recente no meu interesse por sexo. 1 Eu estou menos interessado em sexo do que costumava estar. 2 Eu estou muito menos interessado em sexo agora. 3 Eu perdi completamente o interesse por sexo.



Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes ou traumáticas. Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.

	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
1. Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2. Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
3. De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
4. Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5. Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
6. Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
9. Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
10. Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?	1	2	3	4	5
13. Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	1	2	3	4	5
14. Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar “superalerta”, vigilante ou “em guarda”?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	1	2	3	4	5



Responda as perguntas abaixo considerando apenas os últimos 12 MESES.

10. Alguma vez um MÉDICO lhe informou que você tinha ou tem hipertensão, isto é, pressão alta?

1 ☐ Sim, apenas uma vez 3 ☐ Sim, apenas durante a gravidez

2 ☐ Sim, mais de uma vez, em dias diferentes 4 ☐ Não

	Não	Sim
Diabetes (açúcar no sangue)?		
Infarto do miocárdio (ataque do coração)?		
Acidente vascular cerebral (derrame)?		
Asma (bronquite asmática)?		
Enfisema ou bronquite crônica?		
LER, tendinite/sinovite ou DORT?		
Depressão		
Transtorno de ansiedade		



12. As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você sentiu a situação descrita responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder uma questão, dê a melhor resposta que você puder.

	Não	Sim
1. Dorme mal?		
2. Tem má digestão?		
3. Tem falta de apetite?		
4. Tem tremores nas mãos?		
5. Assusta-se com facilidade?		
6. Você se cansa com facilidade?		
7. Sente-se cansado(a) o tempo todo?		
8. Tem se sentido triste ultimamente?		
9. Tem chorado mais do que de costume?		
10. Tem dores de cabeça frequentemente?		
11. Tem tido ideia de acabar com a própria vida?		
12. Tem dificuldade para tomar decisões?		
13. Tem perdido o interesse pelas coisas?		
14. Tem dificuldade de pensar com clareza?		
15. Você se sente pessoa inútil em sua vida?		
16. Tem sensações desagradáveis no estômago?		
17. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?		
18. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
19. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?		
20. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?		

Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:

Muito obrigado por sua colaboração!