



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DE PÓS GRADUAÇÃO

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE USO DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS POR ENFERMEIROS**

MESTRANDA: Sabrina Mendes Ferraz  
ORIENTADORA: Prof. Dra. Adelaide De Mattia Rocha

BELO HORIZONTE  
2010

SABRINA MENDES FERRAZ

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS  
POR ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de pós graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Enfermagem área de concentração em Planejamento, organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem

Orientadora: Adelaide De Mattia Rocha

BELO HORIZONTE  
2010

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

### **Reitor**

Prof. Ronaldo Tadeu Pena

### **Vice Reitor**

Profa. Heloísa Maria Murgel Starling

### **Pró Reitor de Pós graduação**

Prof. Elizabeth Ribeiro da Silva

### **Pró Reitor de Pesquisa**

Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

## **ESCOLA DE ENFERMAGEM**

### **Diretor**

Profa. Marília Alves

### **Chefe do Departamento de Enfermagem Básica**

Profa. Aidê Ferreira Ferraz

## **PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

### **Coordenador**

Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna

### **Sub coordenador**

Profa. Tânia Couto Machado Chianca

### **Colegiado**

Profª. Sônia Maria Soares

Profª. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli

Profª. Andréa Gazzinelli

Profª. Adelaide De Mattia Rocha

Prof. Francisco Carlos Félix Lana

Profª. Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima

Profª. Maria Imaculada de Fátima Freitas

Profª. Adriana Cristina de Oliveira Iquiapaza

Profª. Maria José Menezes Brito

Profª. Daclé Vilma Carvalho

Leonardo Ferreira Matoso

Walquíria Jesusmara dos Santos

## AGRADECIMENTOS

Ao chegar até aqui muito tenho que agradecer àqueles com quem convivi e que muito me ensinaram e ajudaram. Neste trabalho agradeço a **DEUS** que sempre permaneceu ao meu lado nas horas difíceis e nas alegres, que são incontáveis. **OBRIGADA DEUS**, meu Senhor.

À **minha família, pais, avós, “ismãos”, tios e primos** que me ajudaram a compreender a singularidade e respeitar as diferenças. E em especial a **minha mãe e a minha vizinha** que me sustentaram em oração e sempre me fizeram ver que a vontade do PAI é boa, perfeita e agradável em minha vida.

Aos meus **amigos** por fazerem parte de minha vida, por me entenderem, me ouvirem e me amarem.

À **Adelaide**, minha orientadora que me acolheu no mestrado e me orientou com entusiasmo e competência. Nesse tempo de convívio tive a oportunidade de conhecê-la de diferentes modos e em diferentes circunstâncias, seja como professora, orientadora, colega ou amiga. Em todas essas dimensões ela sempre demonstrou a mesma retidão de caráter e brilhantismo intelectual, traço que lhe são tão peculiares e que a tornam assim; tão especial.

Aos **professores da UFMG** pelos ensinamentos tão pertinentes; pela generosidade e apoio.

Ao **Edilson**, meu amigo, incentivador e colega de trabalho, quero dizer que foi um grande privilégio tê-lo por perto nos momentos de desânimo nesta pesquisa.

Aos **enfermeiros do HC**, meus colegas e colaboradores para produção deste trabalho, minha gratidão.

Aos **alunos** que me ajudaram na pesquisa, pela confiança, pela oportunidade de compartilhar preocupações, os conhecimentos e os avanços de forma confortável e amistosa.

À **Direção e Vice-Direção** da UFMG, meu muito obrigada pela oportunidade de fazer este mestrado.


À **equipe de trabalho da Petrobras** que além de me incentivar, muito cooperou nesta fase conclusiva do meu trabalho. Isto certamente fortalecerá ainda mais o nosso relacionamento no trabalho, em que poderei manifestar a minha gratidão.


Enfim, muito obrigada a **todos** que de maneira direta ou indireta, contribuíram para realização deste estudo, quer com palavras de incentivo, apoio ou compreensão.

## DEDICATÓRIA



Aos **Profissionais da Saúde – Enfermeiros** – que vivem o desafio que a profissão lhes coloca frente à realidade da área de saúde e se posicionam com profissionalismo ético e brilhantismo. Que se alegrem, sorriem e sofrem no seu cotidiano. Que carregam consigo uma bondade interior que às vezes nem mesmo ele entende e que possui tanta vontade de fazer o bem ao próximo que, às vezes, não percebem que tem que fazer o bem a si mesmo.





*“Cada um de nós compõe a sua história  
e cada ser em si, carrega o dom de ser capaz, e ser feliz”*

*“Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe...  
só levo a certeza de que muito pouco eu sei ..eu nada sei”*

Almir Sater e Renato Teixeira

*“Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o que, com frequência, poderíamos  
ganhar, por simples medo de arriscar”*

Willian Shakespeare

## RESUMO

FERRAZ, S. M. **Estudo da prevalência de uso de substâncias psicoativas por enfermeiros.** Belo Horizonte, 2009. Dissertação de Mestrado- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

O objetivo desse estudo foi analisar a prevalência do uso de substâncias psicoativas por enfermeiros em um hospital de grande porte. Um questionário auto aplicável estruturado foi respondido por 105 enfermeiros de uma população de 199 no ano de 2009. Utilizou-se para a análise dos dados estatística descritiva, regressão logística bruta com análises bi variadas e odds ratio com nível de significância de  $p < 0,05$ . Os resultados indicaram uso na vida de fumo de 16,2% e de álcool de 48,6% e prevalência de uso de substâncias utilizadas como medicamentos: tranqüilizantes (14,3%), anfetaminas (10,5%) e opiáceos (6,7%). Em menor proporção encontraram-se a maconha (5,7%) e os inalantes (2,9%). Foi identificada relação estatisticamente significativa entre uso de algumas substâncias e vínculo empregatício, jornada de trabalho e possuir outro emprego. Conclui-se que estudos mais aprofundados devem ser realizados por se tratar de um assunto de grande complexidade e que prevenir o uso de SPA constitui ação de inquestionável relevância principalmente nos locais de trabalho, em hospitais e entre enfermeiros.

## ABSTRACT

FERRAZ, S. M. **Study of the prevalence of substance abuse by nurses.** Belo Horizonte, 2009. Máster Thesis - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

The aim of this study was to assess the prevalence of substance abuse by nurses in a large hospital. A self applied structured questionnaire was answered by 105 nurses from a population of 199 in 2009. It was used for data analysis, descriptive statistics, logistic regression analysis with gross bi varied and odds ratio with a significance level of  $p < 0.05$ . The results showed lifetime use of tobacco by 16.2% and 48.6% alcohol and a higher prevalence of substances used as drugs: tranquilizers (14.3%), amphetamines (10.5%) and opióides (6.7%). To a lesser extent were found marijuana (5.7%) and inhalants (2.9%). Was identified a significant association between use of certain dangerous substances and employment contract, working hours and have another job. We conclude that further studies should be performed because it is a matter of great complexity and prevent the use of SPA action is of unquestionable relevance especially in the workplace, in hospitals and among nurses.

Projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG - 15383).

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	9
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b>	12
<b>3. OBJETIVOS</b>	24
<b>3.1 GERAL</b>	24
<b>3.2 ESPECÍFICOS</b>	24
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS</b>	25
<b>4.1 TIPO DE ESTUDO</b>	25
<b>4.2 LOCAL DE ESTUDO</b>	25
<b>4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA</b>	26
<b>4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO</b>	26
<b>4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b>	27
<b>4.6 COLETA DE DADOS</b>	27
<b>4.7 ANÁLISE DOS DADOS</b>	28
<b>4.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS</b>	28
<b>5. RESULTADOS</b>	29
<b>5.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SÓCIO   ECONÔMICO E DE TRABALHO DA POPULAÇÃO   ESTUDADA</b>	29
<b>5.2 HÁBITOS DE VIDA DA POPULAÇÃO ESTUDADA</b>	33
<b>5.3 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE   ENFERMEIROS</b>	33
<b>5.4 RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS DEPENDENTES E   INDEPENDENTES</b>	37
<b>6. DISCUSSÃO</b>	41
<b>7 - CONCLUSÃO</b>	50
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	52
<b>ANEXOS</b>	59



## 1. INTRODUÇÃO

O uso de drogas que alteram o estado mental, aqui chamadas de substâncias psicoativas (SPA)<sup>1</sup>, acontece há milhares de anos e acompanha a história da humanidade. Atualmente, o uso dessas substâncias é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo e por isso torna-se importante estimar o consumo de SPA na população como um todo e em grupos específicos.

A relação entre o consumo de SPA e determinadas categorias profissionais e, mais especificamente, o tipo de ocupação vem sendo estudada em todo o mundo.

Dentre os profissionais de saúde, os enfermeiros, podem ser considerados como população de risco para o uso de substâncias psicoativas devido às características da ocupação exercida. O fato de lidar com o sofrimento humano decorrente de doenças, com a morte e aos processos da organização do trabalho na sociedade capitalista (sobrecarga de trabalho, reduzida autonomia profissional, desigualdade salarial, relações conflituosas no trabalho e trabalho executado em turnos, dentre outros) podem levar o enfermeiro a consumir SPA.

O trabalho dos enfermeiros nos hospitais apresenta alguns fatores potencializadores do risco para o uso de SPA que podem levar a rupturas graves de integridade física e psíquica, incluindo, por exemplo, o lidar constante com a dor e a morte, o perigo físico, o fácil acesso às drogas e conhecimento do mecanismo de ação das mesmas.

Os enfermeiros que atuam em hospitais são responsáveis por atividades organizacionais, pelo seu próprio trabalho e pela assistência prestada pela equipe de enfermagem. Além das atividades assistenciais, somam-se a estas as gerenciais

---

<sup>1</sup> A expressão substâncias psicoativas utilizada neste trabalho faz referência a qualquer forma de substância que possui a capacidade de alterar a consciência, a disposição e os pensamentos incluindo o álcool, o tabaco e as drogas lícitas e ilícitas (OMS, 2004). Serão utilizadas como sinônimos de SPA's: substâncias, drogas, substâncias psicotrópicas, e psicotrópicos.

relacionadas à organização do trabalho e controle de recursos materiais e humanos disponíveis, mobilizando nesses profissionais demandas físicas e mentais. As demandas excessivas no trabalho, quando não acompanhadas de momentos de recuperação física e mental podem comprometer a plasticidade orgânica e acarretar desgaste (LAUREL, 1989). Ao se considerar o contingente desses trabalhadores com baixos salários e muitas vezes submetidos à dupla jornada de trabalho, acrescido das características específicas do trabalho, é possível supor que estas pessoas lancem mão de alternativas individuais para driblar o cansaço, a dor e a dificuldade de lazer decorrentes de múltiplos fatores. Uma solução imediatista poderia ser a utilização de SPA com intuito de suprir as exigências do dia a dia, no entanto, não há comprovação de que esse comportamento se concretize, fato que merece investigação mais minuciosa.

Assim, o objetivo desse estudo é analisar a prevalência do uso de SPA em enfermeiros em um hospital universitário na cidade de Belo Horizonte no sentido de contribuir como suporte na formulação e na implementação de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho hospitalar.

Para este estudo não se pretendeu identificar as causas do uso de drogas psicoativas ou suas conseqüências, bem como não se destina a identificar o uso abusivo e a dependência, mas unicamente estimar o uso de SPA.

Espera-se que esse estudo contribua para a construção do conhecimento sobre o uso de SPA por trabalhadores e dessa forma facilitar a elaboração de programas, políticas e ações de prevenção e tratamento no ambiente hospitalar, pois se sabe que esses têm maior chance de alcançar seus objetivos quando desenvolvidos a partir de conhecimento mais profundo dos tipos de drogas utilizadas, suas conseqüências e a quantidade de indivíduos que as utilizam (prevalência) ou começam a utilizá-las

(incidência), pois se baseiam em informações mais apuradas acerca da realidade que pretendem modificar.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

O uso de SPA sempre esteve presente na história da humanidade, sendo visível em vários contextos e são utilizadas com objetivos distintos: rituais, comemorações, cultos religiosos, alívio da dor, prazer e como forma de vivência de experiências desconhecidas, tendo também o significado de desregramento, contestação, ameaça, poder e desqualificação. Segundo Freud (1930) em “*Mal Estar na Civilização*”:

*“o serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhe concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que com auxílio desse amortecedor de preocupações é possível em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade”.*

O homem sempre utilizou as plantas tanto para efeitos medicinais como para provocar alteração da consciência. Inicialmente algumas drogas, que provocavam diferentes tipos de embriaguez e alteravam o modo de percepção, eram utilizadas em rituais mágicos religiosos com o objetivo de aproximar o homem do paraíso (SIELSKI, 1999). O uso dentro deste contexto estava associado ao objetivo religioso, portanto restrito aos rituais.

Na Grécia antiga a utilização de determinadas substâncias psicoativas possuía fins terapêuticos. Havia certo empirismo no uso, pois, não havia conhecimentos exatos acerca dos mecanismos de ação das substâncias. O aspecto mais importante era saber a proporção entre a dose ativa e a dose letal, o que definiria a substância como sendo remédio ou veneno (SIELSKI, 1999).

Somente a partir da fundação do cristianismo a relação entre o uso de substâncias e a religião começou a mudar. O código cristão condenava o uso das plantas assim como o relacionava aos prazeres da carne, que deveriam ser combatidos. As drogas passaram a ser estigmatizadas não só por seu uso em rituais mágicos e religiosos, mas também por seu uso terapêutico uma vez que aliviavam o sofrimento. A doutrina cristã condenava qualquer substância psicoativa que aliviasse o sofrimento, pois este era entendido como uma forma de aproximação de Deus (SIELSKI, 1999).

Por outro lado, Seibel e Toscano (2004) descrevem que o Islamismo, possuía uma maior tolerância em relação ao uso de drogas, principalmente, o ópio e o cânhamo, mas havia proibição do uso de bebidas alcoólicas. Relatam ainda que o uso do ópio iniciou-se na Mesopotâmia por volta de 3000 anos antes de Cristo e foi muito utilizado como analgésico e calmante, assim como também para fins eutanásicos. O ópio, segundo Holanda (1986), é uma substância extraída da papoula e é usado como narcótico e o cânhamo é uma planta da qual se origina a Cannabis.

A *Cannabis*, que está relacionada à maconha é uma das plantas mais antigas conhecidas pelo homem e seu uso terapêutico era indicado para cólicas menstruais, asma e inflamação da pele. No momento atual, está sendo utilizada, em alguns países, como droga antiemética no tratamento das náuseas e vômitos provocados pela quimioterapia em pacientes com câncer (SIELSKI, 1999). Em relação ao Brasil, não se sabe ao certo, quem trouxe a planta. O que se sabe é que o seu uso passou dos negros para os índios e desses para os brancos.

Já a coca é derivada de uma planta chamada *Eritroxylon coca* que cresce nos Andes e há muito tempo é usado pelos índios da América do Sul devido às suas propriedades estimulantes. Para Seibel e Toscano (2004), as folhas de coca se tornaram muito apreciadas na Europa através de Angelo Mariani, primeira pessoa que passou a misturá-las ao vinho. Seu uso era indicado como fortificante e digestivo. Em 1910, muitos outros vinhos passaram a ter cocaína em sua constituição. A coca-cola, refrigerante conhecido até hoje também continha cocaína como o seu princípio ativo até 1903.

O consumo da cocaína se expandiu rapidamente, inclusive para fins terapêuticos, por possuir propriedades estimulantes. Inclusive, Freud escreveu artigos indicando seu uso em múltiplas manifestações psiquiátricas, perturbações digestivas e anemias, entre outras patologias. Seibel e Toscano (2004) afirmam que após algum tempo da utilização da cocaína, começou-se a evidenciar problemas decorrentes de seu uso. Em 1910 diversas ações governamentais começaram a ser realizadas no sentido de limitar o uso. Porém, uma nova epidemia de uso de cocaína voltaria a acontecer no final do século XX.

O tabaco, segundo Sielski (1999), só era utilizado, a princípio, pelos povos nativos das Américas e seu uso acontecia em cerimônias religiosas e em rituais de passagem. O princípio ativo do tabaco, a nicotina, foi isolado em 1828 e em 1843

começaram a ser desenvolvidas fórmulas farmacêuticas que permitiram a sua produção industrial.

Contudo, infere-se que a história do uso de substâncias se confunde com a própria história da humanidade e ligado a esse uso há os problemas que há muito tempo já são conhecidos. Segundo Seibel e Toscano (2004), desde o mundo greco-romano se recomenda a moderação e os excessos eram vistos como oferecendo risco para a saúde.

Para a melhor compreensão do que seja SPA é necessário não só conceituar e identificar suas origens como já exposto, mas também, classificar. Essa classificação se dá a partir de diferentes critérios, sendo mais utilizados aqueles que dizem respeito à origem, ao mecanismo de ação e à legalidade.

As drogas, quanto à sua origem, podem ser classificadas como naturais, semi-sintéticas e sintéticas. As drogas naturais são plantas cuja matéria prima é usada diretamente como droga ou extraída e purificada, por exemplo, a maconha. As semi-sintéticas são resultado de reações químicas em laboratórios a partir de drogas naturais, como acontece com a heroína. Já as sintéticas são produzidas unicamente por manipulações químicas em laboratórios, como por exemplo, o LSD- dietilamina do ácido lisérgico (AZEVEDO, 2002).

O conhecimento sobre o mecanismo de ação, sintomas de tolerância, abstinência e alterações decorrentes do uso prolongado é fundamental para a compreensão de como as drogas produzem os respectivos efeitos e se divide em 3 grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras do Sistema Nervoso Central (SNC), conforme quadro 1.

Quadro 1 – Categorização das substâncias psicoativas, mecanismos de ação, efeitos do consumo prolongado, tolerância e abstinência.

<b>Categoria</b>	<b>Substância</b>	<b>Mecanismo de ação primário</b>	<b>Tolerância e abstinência</b>	<b>Consumo prolongado</b>
<p><b>Depressoras</b> Tendem a produzir diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade</p>	<b>Alcool</b>	Aumenta os efeitos inibitórios de GABA (Ácido gama aminobutírico), principal neurotransmissor inibidor no sistema nervoso central, e diminui os efeitos de excitação do glutamato (principal neurotransmissor excitatório no cérebro). Efeitos de reforço provavelmente relacionados com maior atividade na via mesolímbica da dopamina (estimula os receptores adrenérgicos do sistema nervoso simpático).	Desenvolvimento de tolerância devido a maior metabolismo no fígado, e alterações nos receptores do cérebro. Abstinência de consumo crônico pode incluir tremores, transpiração, fraqueza, agitação, cefaléias, náuseas, vômitos, convulsões, delirium tremens.	Alteração da função e da estrutura cerebrais, especialmente do córtex pré-frontal; perturbações cognitivas; diminuição do volume do cérebro.
	<b>Benzodiazepínicos (BZD)</b>	Possuem receptores específicos no sistema nervoso central (SNC), ligados a receptores gabaérgicos tipo A (GABA-A), com os quais regula a abertura e o fechamento dos canais de íon cloreto, responsáveis pela propagação dos estímulos para os neurônios pós-sinápticos. A ação dos BZD e do GABA inibe diversos sistemas de neurotransmissão, funcionando como um depressor do SNC.	O uso regular de benzodiazepínicos e de outros sedativos produz ansiedade e depressão, tolerância e dependência. Os sintomas de abstinência podem envolver irritabilidade, insônia excessiva, sudorese, dor, podendo, em casos extremos, apresentar convulsões.	O uso regular de benzodiazepínicos e de outros sedativos produz ansiedade e depressão, tolerância e dependência
	<b>Sedativos ou Barbitúricos</b>	Facilitam a ação de neurotransmissores inibitórios endógenos.	Desenvolvimento rápido de tolerância para a maior parte dos efeitos (exceto anticonvulsivantes) devido a alterações nos receptores do cérebro. Abstinência caracterizada por ansiedade, aumento do estado de vigília, inquietação, insônia, excitabilidade, convulsões.	Perturbações da memória.
	<b>Opióides</b>	Ativam os receptores Muscarínicos e delta abundantes em zonas do cérebro implicadas em respostas a substâncias psicoativas, tais como na via mesolímbica da dopamina.	A tolerância ocorre devido a alterações a curto e longo prazo do receptor, e adaptações nos mecanismos de sinalização intracelular. A abstinência pode ser grave e caracteriza-se por lacrimejamento, coriza, bocejos, transpiração, inquietação, arrepios, câimbras, dores musculares.	Alterações a longo prazo em receptores de opióides e peptídeos; adaptação a respostas de recompensa, aprendizado e estresse.
	<b>Solventes ou Inalantes</b>	Afetam muito provavelmente os transmissores inibidores, da mesma maneira que outros sedativos e hipnóticos. Ativação da dopamina mesolímbica.	Desenvolve-se uma certa tolerância difícil de avaliar. Durante a abstinência, aumento da vulnerabilidade a convulsões.	Alterações da ligação e da função dos receptores de dopamina; diminuição da função cognitiva; problemas psiquiátricos e neurológicos.

<b>Categoria</b>	<b>Substância</b>	<b>Mecanismo de ação primário</b>	<b>Tolerância e abstinência</b>	<b>Consumo prolongado</b>
<b>Estimulantes</b> Levam a um aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos	<b>Anfetaminas</b>	Aumentam a liberação de dopamina dos nervos terminais e inibe a recaptura de dopamina e transmissores relacionados.	A tolerância desenvolve-se rapidamente em relação a efeitos comportamentais e fisiológicos. A abstinência caracteriza-se por fadiga, depressão, ansiedade e necessidade imperiosa da droga.	Perturbações do sono, ansiedade, perda de apetite, alterações em receptores cerebrais de dopamina, alterações metabólicas regionais, insuficiências motoras e cognitivas.
	<b>Cocaína</b>	A cocaína impede a recaptura de transmissores como a dopamina, prolongando assim os seus efeitos.	É possível que ocorra tolerância aguda a curto prazo. Não há muitas provas de abstinência, mas a depressão é comum entre pessoas dependentes que deixam de consumir a droga.	Deficiências cognitivas, anomalias em regiões específicas do córtex, insuficiências na função motora, e diminuição do tempo de reação.
	<b>Nicotina</b>	Ativa os receptores colinérgicos nicotínicos. Aumenta a síntese e liberação da dopamina.	Desenvolvimento de tolerância através de fatores metabólicos, assim como alterações nos receptores. Abstinência caracterizada por irritabilidade, hostilidade, ansiedade, depressão, diminuição do ritmo cardíaco, aumento do apetite.	Os efeitos do tabaco sobre a saúde são bem conhecidos; difícil de dissociar os efeitos da nicotina dos outros componentes do tabaco.
<b>Perturbadoras</b> Provocam o surgimento de diversos fenômenos psíquicos anormais (dentre os quais alucinações e delírios), sem que haja inibição ou estimulação global do SNC	<b>Maconha</b>	Ativam os receptores de canabinóides. Também aumentam a atividade da dopamina na passagem mesolímbica.	Desenvolvimento rápido de tolerância à maior parte dos efeitos. Abstinência rara, talvez devido à meia-vida dos canabinóides.	A exposição a longo prazo ao cannabis pode produzir incapacidade cognitiva durável. Também existe o risco de agravamento de doença mental.
	<b>Anticolinérgicos</b>	Substância proveniente de plantas ou sintetizadas que tem a capacidade de bloquear as ações da acetilcolina, um neurotransmissor encontrado no SNC e Sistema Nervoso Periférico.	Não desenvolvem tolerância	Não há relatos de síndrome de abstinência.
	<b>Alucinógenos</b>	Substâncias diferentes atuam sobre diferentes receptores do cérebro tais como receptores de serotonina, glutamato e acetilcolina.	A tolerância desenvolve-se rapidamente a efeitos físicos e psicológicos. Não há provas de abstinência.	Episódios psicóticos agudos ou crônicos, revivescência ou renovação de efeitos da substância muito depois do seu consumo.

Fonte: Nicastrí, 1999 e OMS, 2004



Quanto à legalidade, pode ser classificada em lícitas e ilícitas, impingindo uma noção jurídica do permitido e do proibido dentro de uma determinada sociedade, numa determinada época. Tal critério classificatório tem sido amplamente criticado por sua arbitrariedade, já que, oscilantes em variados locais e momentos sócio-políticos não permitem ou proíbe baseando-se no potencial risco individual e social do consumo de uma substância. Por isso, tem passado por revisões, pressionada pela sociedade que tenta o estabelecimento de uma norma justa, ou seja, compatível com os valores contemporâneos.

A atual legislação brasileira permite o consumo e a venda de tabaco, bebidas alcoólicas e medicamentos psicotrópicos, sendo os dois últimos sob algumas restrições. As demais substâncias utilizadas como “drogas”, são consideradas de consumo, porte e venda ilegais, de acordo com a Lei 6368 de 21 de outubro de 1976, que *“dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica”* (AZEVEDO, 2002).

Apesar de não ser objetivo do estudo, os padrões de consumo de drogas são salientados para melhor entendimento do que seja uso, consumo e dependência.

O uso de drogas é a auto-administração de qualquer quantidade de substância psicoativa. Já o abuso pode ser entendido como um padrão de uso no qual aumenta o risco de conseqüências prejudiciais para o usuário. Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), o termo “uso nocivo” é aquele que resulta em dano físico ou mental, enquanto, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), “abuso” engloba também conseqüências sociais. Para uma melhor comparação, veja o seguinte quadro:

Quadro 2: Comparação entre critérios de abuso e uso nocivo do DSM-IV e CID-10

<b>Comparação entre critérios de abuso e uso nocivo do DSM-IV e CID-10</b>	
<b>DSM-IV</b>	<b>CID-10</b>
<b>ABUSO</b>	<b>USO NOCIVO</b>
<p>Um ou mais dos seguintes casos ocorrendo no período de 12 meses, sem nunca preencher critérios para dependência:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uso recorrente, resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa.</li> <li>2. Uso recorrente em situações nas quais isto representa perigo físico.</li> <li>3. Problemas legais recorrentes relacionados à substância.</li> <li>4. Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidência clara que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento.</li> <li>• A natureza do dano é claramente identificável.</li> <li>• O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses.</li> <li>• Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).</li> </ul>

Fonte: Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar. Brasília, 2008.

A dependência é referida nas classificações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e da Classificação Internacional de Doenças de formas diferentes, mas complementares facilitando a identificação do dependente de SPA's. (Quadro 3).

Quadro 3: Comparação entre os critérios para dependência do DSM-IV e CID-10

Comparação entre os critérios para dependência do DSM-IV e CID-10	
DSM-IV	CID-10
<p>Padrão mal-adaptativo de uso, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Tolerância</b>, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:               <ol style="list-style-type: none"> <li>uma necessidade de quantidades progressivamente maiores para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado;</li> <li>acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade.</li> </ol> </li> <li><b>Abstinência</b>, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:               <ol style="list-style-type: none"> <li>síndrome de abstinência característica para a substância;</li> <li>a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.</li> </ol> </li> <li><b>A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades</b> ou por um período mais longo do que o pretendido.</li> <li>Existe um <b>desejo persistente</b> ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso.</li> <li><b>Muito tempo é gasto</b> em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.</li> <li><b>Importantes atividades sociais</b>, ocupacionais ou recreativas <b>são abandonadas</b> ou reduzidas em virtude do uso.</li> <li><b>O uso continua, apesar da consciência de ter um problema físico</b> ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.</li> </ol>	<p>Três ou mais das seguintes manifestações ocorrendo conjuntamente por pelo menos um mês ou, se persistirem por períodos menores que um mês, devem ter ocorrido juntas de forma repetida em um período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Forte desejo ou compulsão</b> para consumir a substância.</li> <li><b>Comprometimento da capacidade de controlar</b> o início, término ou níveis de uso, evidenciado pelo consumo freqüente em quantidades ou períodos maiores que o planejado ou por desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso.</li> <li><b>Estado fisiológico de abstinência</b>, quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso desta ou similar para aliviar ou evitar tais sintomas.</li> <li><b>Evidência de tolerância aos efeitos</b>, necessitando de quantidades maiores para obter o efeito desejado ou estado de intoxicação ou redução acentuada destes efeitos com o uso continuado da mesma quantidade.</li> <li><b>Preocupação com o uso</b>, manifestado pela redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo por causa do uso ou do tempo gasto em obtenção, consumo e recuperação dos efeitos.</li> <li><b>Uso persistente</b>, a despeito de evidências claras de conseqüências nocivas, comprovadas pelo uso continuado quando o sujeito está efetivamente consciente (ou espera-se que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.</li> </ol>

Fonte: Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar. Brasília, 2008.

O uso abusivo de drogas é um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que 185 milhões de pessoas acima de quinze anos já consumiram drogas ilícitas, ou seja, 4,75% da população mundial (ONU, 2005). Já a United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2005), afirma que cerca de 200 milhões de pessoas consomem um ou outro tipo de substância ilícita. Em relação aos centros urbanos cerca de 10% da população de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, cenário que encontra equivalência no Brasil (SPRICIGO, 2004).

O consumo mundial de álcool, tabaco e outras substâncias regulamentadas estão aumentando de forma assustadora e contribuindo de maneira importante para a carga das doenças em todo o mundo. O I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas, realizado nas 108 maiores cidades do País, com pessoas com idade entre 12 e 65 anos de ambos os sexos, apontou que 68,7% delas já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida. Além disso, estimou-se que 11,2% da população brasileira apresentava dependência desta substância, o que correspondia a 5.283.000 pessoas (CARLINI et al, 2001). Os dados do II Levantamento (2005) apontam que 12,3% das pessoas, com idades entre 12 e 65 anos, são dependentes do álcool, taxa superior à encontrada no I Levantamento (2001), que corresponde a 5.799.905 pessoas. Além disso, cerca de 75% dos entrevistados já beberam alguma vez na vida, 50% no último ano e 38% nos últimos 30 dias. Os dados também indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e sugerem a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento (GALDURÓZ et al, 2005).

Em estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em que apresentou o uso *per capita* de álcool de 185 países, o Brasil ficou situado em 80º lugar, apresentando um consumo razoável quando comparado ao de outros países, como França, Reino Unido e Argentina (WHO, 2004). Cabe ressaltar que, segundo análises desse mesmo estudo, o nível de consumo de álcool está diminuindo nos últimos 20 anos em países desenvolvidos e aumentando em países em desenvolvimento.

O tabagismo está se espalhando rapidamente em países em desenvolvimento e entre mulheres. No Brasil, em 2005 o uso na vida de Tabaco teve uma prevalência de 44,0% da população entrevistada, ao passo que no levantamento domiciliar de 2001 foi de 41,1%. Estas porcentagens são inferiores às prevalências observadas no Chile (72,0%) e nos EUA (67,3%) (CONACE, 2006; SAMHSA, 2006).

No estudo sobre o uso de substâncias psicotrópicas realizado nas 108 maiores cidades do país em 2005, citado anteriormente, verificou-se que 22,8% da população já havia usado algum tipo de droga na vida, excetuando álcool e tabaco. A maconha, os solventes e benzodiazepínicos foram os mais utilizados depois do álcool e tabaco com 8,8%, 6,1% e 5,6%, respectivamente. Em análise feita comparando o uso na vida em pesquisa realizada em 2001 e 2005 evidenciou-se um aumento importante de maconha, benzodiazepínicos e estimulantes excluindo álcool e tabaco, o que denota a importância de não se deixar de lado nas campanhas de prevenção os medicamentos.

Diante da gravidade do problema, políticas de saúde pública são criadas visando redução da oferta e da demanda, prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. A Política Nacional sobre Drogas (PNAD) foi uma conquista obtida em 1998 após reunião da Assembléia Geral das Nações Unidas, em que, também houve a aderência do Brasil aos Princípios Diretivos da Redução da Demanda de Drogas no Mundo (BRASIL, 2001). Também em Minas Gerais, a política estadual sobre drogas tem como uma de suas diretrizes diagnosticar a prevalência do uso e abuso de substâncias psicoativas, visando à implantação e implementação de programas e políticas públicas (CREAD, 2009).

Nesse sentido, a PNAD preconiza a importância do permanente desenvolvimento de estudos, pesquisas e avaliações que possam aprofundar o conhecimento sobre as drogas, assim como avaliar a extensão e as tendências do seu consumo. A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), órgão do governo federal responsável pelas ações de articulação da Política Nacional sobre Drogas, vem ao longo dos anos promovendo a realização de estudos e pesquisas sobre o uso de drogas, seja na população em geral ou em grupos específicos. Os dados obtidos são disponibilizados à sociedade para que possa ampliar a compreensão do tema e aos gestores públicos como suporte na formulação e na implementação de ações e de políticas específicas, inclusive no local de trabalho (BRASIL, 2001).

O uso de SPA's no local de trabalho vem sendo continuamente discutido, pois acredita-se que os ritmos e as complexidades que esse alcançou com a globalização, por si só, constitui um alto risco para o uso dessas substâncias (ALASETH, 1999). Nesse contexto, a categoria trabalho continua sendo objeto privilegiado de questionamentos e análises para apreender as mudanças que tem ocorrido nas diferentes formas de organização das sociedades e as relações sociais produzidas, bem como as suas complicações.

A síndrome de dependência do álcool é um dos problemas relacionados ao trabalho, segundo a OMS (1997) e da mesma forma o alcoolismo crônico foi considerado pelo Ministério da Saúde. “O trabalho pode ser considerado como fator de risco, no conjunto de fatores de risco associados à etiologia do alcoolismo crônico” (OMS, 1997).

No Brasil, estudo realizado no ano de 1993 pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo, FIESP (VAISMANN, 1995), aponta que de 10% a 15% dos

trabalhadores brasileiros apresentam dependência ou problemas de abuso do álcool, dado coerente com o encontrado por Campana, 1997.

Donato (1999) afirma que pode-se identificar como fatores psicossociais negativos relacionados ao trabalho como determinantes de risco ao desenvolvimento do alcoolismo:

“...o inadequado desenvolvimento e aproveitamento dos potenciais, a sobrecarga de trabalho, a insegurança profissional, a desigualdade no salário, os erros dos supervisores, as relações conflituosas no trabalho, a falta de reconhecimento profissional, a frustração quanto à realização de projetos de vida e ao aumento da qualidade de vida, o trabalho executado em turnos e o perigo físico.” (DONATO, 1999, p.25)

Em pesquisas realizadas por Christophe Dejours, Elisabeth Abdoucheli e Christian Jayet (1994) foram demonstradas algumas relações existentes entre a psicodinâmica do trabalho e o uso de substâncias psicoativas. Estes relataram que em certos tipos de trabalhos houve o aparecimento de comportamentos não patológicos, que foram posteriormente ligados as estratégias defensivas destinadas precisamente a lutar contra o medo e suas conseqüências mórbidas e lógicas que conduziam ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Os mesmos autores chegam a conclusão que, em geral, o trabalho não leva à doença mental e que os trabalhadores utilizam mecanismos compensatórios para aparentar “uma certa normalidade”. Ao discorrerem sobre uma anormalidade enigmática existente no ambiente de trabalho dos que não se tornam doentes mentais nos deixam uma questão: “*como fazem estes trabalhadores para resistir às pressões psíquicas do trabalho e para conjurar a descompensação ou a loucura?*” (DEJOURS, ABDOUCHELI E JAYET, 1994)

A partir desse questionamento infere-se que o uso de psicoativos seria uma forma de driblar o adoecimento, o sofrimento e a descompensação frente à carga psíquica, penalizando mais o corpo para poupar a psique.

Ainda nesse raciocínio, Fonseca (2007) define que as profissões que apresentam maiores riscos estão aquelas em que o indivíduo trabalha por muitas horas seguidas, em trabalhos noturnos e com ambientes de grande estresse.

Os profissionais de saúde, especialmente os que trabalham em ambiente hospitalar convivem com todos esses fatores citados, como de risco. Tanto que, as

cargas de tensão e conflitos presentes neste local de trabalho já foram apontados como capazes de afetar a saúde dos trabalhadores (PITTA, 1994; SILVA et al, 2007).

A enfermagem é a maior classe trabalhadora inserida em instituições hospitalares e se divide em: profissionais enfermeiros (graduados), técnicos e auxiliares em enfermagem. O enfermeiro graduado de que trataremos nesse trabalho é o profissional que atende as necessidades das organizações, pois controla a qualidade das atividades desenvolvidas pelos demais membros da equipe, os custos, a escala de trabalho, a produção, os materiais e equipamentos, o absenteísmo, entre outros, sem receber qualquer benefício ou participação no lucros das empresas por esse trabalho (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

O cargo de chefia, supervisão e coordenação exercido por esse profissional confere um certo poder que o coloca, algumas vezes, em confronto com os outros trabalhadores e clientela, acarretando em insatisfação e falta de perspectiva no trabalho (ALMEIDA e SEMIRAMIS, 1997). Além disso, a sobrecarga de trabalhos burocráticos o distancia das práticas do cuidado frustrando suas expectativas de aproximação e execução do atendimento ao cliente.

As ambivalências de sentimentos geram conflitos nesse profissional que se por um lado conseguem vislumbrar aspectos positivos no seu cotidiano de trabalho, por outro identificam as situações adversas que levam ao sofrimento. Essas condições dialeticamente vistas num contexto podem sinalizar possibilidades de alívio das tensões mediante a utilização de substâncias psicoativas (MARTINS, 2007).

Segundo Pin (1999), o consumo de substâncias psicoativas entre trabalhadores de enfermagem é alto e o ambiente de trabalho é um dos fatores que contribui para o uso. Martins (2007) afirma que a facilidade de acesso as substâncias também é fator de risco para o uso nessa classe de trabalhadores.

Segundo Martins (2007), o uso de substâncias psicoativas surge inicialmente como solução para alívio dos problemas existentes tanto no âmbito familiar, quanto no trabalho. No entanto, conceber esse uso parece constituir-se em uma banalização, pois se sabe que os seus efeitos são prejudiciais à saúde, à família, ao trabalho e à sociedade como um todo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

- Analisar a prevalência do consumo de substâncias psicoativas em profissionais enfermeiros de um hospital de grande porte.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Estimar a prevalência do uso de SPA por enfermeiros;
- Identificar os tipos de SPA mais utilizadas;
- Relacionar o uso dessas substâncias às características demográficas, sócio econômicas e condições de trabalho dos enfermeiros;
- Identificar o uso de SPA no local de trabalho;
- Comparar a prevalência do uso de SPA em enfermeiros com a população em geral;



## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional com delineamento transversal, descritivo, exploratório e inferencial.

O pesquisador que conduz investigação descritiva observa, conta, descreve e classifica e quando a descrição é quantitativa envolve a predominância, incidência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno (MAGUIRE, 1999). Já o estudo exploratório investiga a natureza do fenômeno e outros fatores com os quais está relacionado.

Quando se trata de estudo observacional com delineamento transversal analisa-se indivíduos em um mesmo momento histórico, bem como o fator e o efeito da exposição, identificando a existência de associações entre exposição e doença (FLETCHER, FLETCHER E WAGNER, 1996; GIL, 1999). Há também a inferência que é o conjunto de técnicas, assentes na teoria das probabilidades, que permitem construir proposições de caráter probabilístico acerca da população, partindo da observação de alguns dos seus elementos - amostra (VAIRINHOS, 1996).

### **4.2 LOCAL DE ESTUDO**

O presente estudo foi desenvolvido em um hospital público no município de Belo Horizonte em Minas Gerais cujo nome não será informado como garantia do anonimato devido à peculiaridade do tema. Esta unidade foi selecionada adotando-se como critérios o número de enfermeiros, porte da unidade, facilidade de acesso e proximidade ao centro da cidade. Este hospital é cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como organização de administração direta de outros órgãos, hospital geral, esfera administrativa federal e gestão municipal.

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Participaram da pesquisa enfermeiras e enfermeiros voluntários atuantes em um hospital público com o objetivo de obter informações quanto ao consumo de fumo, álcool e outras drogas.

A definição desses profissionais como elegíveis justifica-se pelo fato de estarem inseridos em um hospital de referência, com grande demanda e complexidade nas atividades desenvolvidas. Além disso, estão expostos à sobrecarga de trabalho, relações conflituosas, trabalho executado em turnos e sofrimento diante das situações que se deparam, inclusive a morte.

Para economizar tempo, aumentar a precisão, reduzir a possibilidade de viés e facilitar a operacionalização da pesquisa, calculou-se uma amostra. O cálculo do tamanho amostral foi baseado na estimativa da prevalência de uso de álcool na vida, fumo e outras drogas na população em geral que segundo relatório do Ministério da Saúde (2005) foi de 19,4%. Para calcular o tamanho da amostra utilizou-se as seguintes informações: proporção de casos esperados de 19,4%, erro amostral de 5% com intervalo de confiança 95% para uma população de 199 casos, o que resultou numa amostra estimada de 110 casos. Para compensar possíveis perdas durante a coleta de dados a amostra foi aumentada em 10% ou seja, de 110 passou para 121 casos. A técnica de amostragem simples sem reposição foi realizada conforme os métodos e procedimentos de Arango (2005).

Os critérios de exclusão foram ausência do trabalhador no local de trabalho no período total de coleta de dados ou a recusa em participar da pesquisa. Por tais motivos tivemos uma perda de 16 indivíduos o que representa 12,4% da amostra total, resultando em 105 indivíduos.

### **4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO**

As variáveis dependentes utilizadas neste estudo foram benzodiazepínicos, anfetaminas, opiáceos, álcool e fumo.

As variáveis independentes estão relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas por enfermeiros, tipos de substâncias psicoativas mais utilizadas, a relação entre o uso dessas substâncias aos fatores sócios demográficos, o uso no horário de

trabalho e a comparação entre o consumo de substâncias psicoativas em enfermeiros e na população em geral.

#### **4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Foi elaborado um questionário para essa pesquisa baseado no questionário do Ministério da Saúde para uso de drogas, fumo e álcool, pois não foi possível identificar nas bases de dados existentes um questionário que contemplasse todos os quesitos objetivados. Também foi utilizado o CAGE que é um questionário validado e amplamente utilizado para identificar alcoolismo crônico.

Trata-se de um questionário estruturado, auto-aplicável e anônimo com questões relacionadas a aspectos demográficos e sócio econômicos (faixa etária, sexo, estado civil, sexualidade, escolaridade, formação profissional, salário) e questões voltadas para o uso de fumo, álcool e drogas lícitas e ilícitas (ANEXO II). Para AQUILINO (1994) o uso de questionários auto-aplicáveis possibilita melhores resultados sobre o uso de álcool e drogas ilícitas que em entrevistas cara a cara ou por telefone. Isso se deve à maior sensação de anonimato dada ao entrevistado.

A metodologia de “self administered survey”, de acordo com a OMS (1987) possui vantagens e desvantagens, como qualquer método. Entre as vantagens, estão: custo relativamente baixo, boa aceitação do método em várias partes do mundo (índice de recusa de aproximadamente 1%), melhor maneira de se obter informações sobre comportamentos privados, porque a informação é obtida anonimamente. Como desvantagens têm-se problemas relacionados à confiabilidade e validade.

O instrumento foi submetido a um pré-teste em uma amostra dessa população-10% do valor total da população o que correspondeu a 20 indivíduos. O teste teve como objetivo avaliar as questões sob a ótica do respondente quanto à sua compreensão, clareza e objetividade.

#### **4.6 COLETA DE DADOS**

A coleta de dados ocorreu em 2009 após o projeto ter sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, o aceite do profissional em participar da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I).

Posteriormente, foi entregue aos enfermeiros um a um, o questionário auto-aplicável, que continha informações sobre preenchimento do mesmo e quanto à colocação de um número que seria sorteado pelo próprio respondente no questionário para que não houvesse necessidade de identificação, favorecendo a participação dos sujeitos elegíveis e privilegiando a manutenção do sigilo e confidencialidade. Os participantes responderam o instrumento e depositaram em uma urna que só foi aberta ao final da coleta de dados.

#### **4.7 ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados foram analisados através de pacote estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 15.0. Para a análise descritiva utilizou-se distribuição de frequência e medidas de tendência central (média e mediana) e para a análise dos dados foi utilizada técnica de regressão logística.

Para verificar a associação das variáveis dependentes com as variáveis independentes foi utilizado teste qui quadrado, posteriormente para mensurar a força da dessa associação calculou-se odds ratio bruto (OR). Estabeleceu-se um nível de significância  $p < 0,05$  e IC de 95%.

#### **4.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS**

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o número: 432/08 e foi fornecido ao entrevistado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido garantindo os direitos éticos e legais que constam na Resolução 196/96 do CNS, sobre as Normas para Pesquisa com Seres Humanos.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SÓCIO ECONÔMICO E DE TRABALHO DA POPULAÇÃO ESTUDADA**

O perfil da população de enfermeiros do hospital estudado mostra-se com idade relativamente jovem, tendo como idade mediana 35 anos. A maioria deles é branca, possui renda mensal individual de R\$ 3.338,2, sendo a menor renda informada R\$ 967,00 e mantém uma jornada média de trabalho semanal de 46,48 horas incluindo outras atividades remuneradas. Observou-se que a maior jornada de trabalho referida foi de 100 horas semanais incluindo dupla e tripla jornada (Tabelas 1 e 2).

Pouco mais da metade dos enfermeiros é solteira, a maioria tem um parceiro sexual fixo, mora com familiares, não tem filhos, tem especialização, mantêm vínculo empregatício estatutário e trabalha no período da manhã e tarde neste hospital. Mais da metade possui mais de um emprego na enfermagem, não possui formação além da exigida para o cargo e os que possuem é em nível de pós-graduação, na área de saúde (Tabelas 2 e 3).

Tabela 1- Distribuição da população estudada segundo características demográficas e sócio-econômicas. Belo Horizonte, 2009.

Variável	Média	Dp	Mediana	Mín	Max	Total de Casos
Idade	36,6	9,49	35	22	56	105
Renda	R\$ 3.338,2	-	R\$ 3.000,00	R\$ 967,00	R\$ 10.000,00	105
Jornada de trabalho semanal (dupla e tripla jornada)	46,48	17,63	45	30	100	105

Tabela 2 - Distribuição da população estudada segundo características demográficas e sócio-econômicas. Belo Horizonte, 2009.

Variável	Categorias	Frequência	Proporção
Grupo étnico	Branco	75	71,4
	Negro	11	10,5
	Mulato	19	18,1
Sexo	Feminino	94	89,5
	Masculino	11	10,5
Estado Civil	Solteiro	55	52,4
	Casado	43	41,0
	Divorciado	4	3,8
	Outro	3	2,9
Parceiro sexual	Tem um parceiro sexual fixo	79	75,2
	Tem mais de um parceiro sexual fixo	1	1,0
	Tem parceiro sexual eventual	8	7,6
	Não tem parceiro sexual	17	16,2
Reside	Sozinho	6	5,7
	Companheiro	26	24,8
	Familiares	70	66,7
	Colegas	3	2,9
Filhos	Sim	41	39,0
	Não	64	61,0

Tabela 3 - Distribuição da população estudada segundo características demográficas e sócio-econômicas. Belo Horizonte, 2009.

Variável	Categorias	Freqüência	Proporção
Escolaridade	Superior Completo	40	38,1
	Especialização	61	58,1
	Mestrado	3	2,9
	Doutorado	1	1,0
Vínculo Empregatício (nesse serviço)	Contrato/CLT	39	37,1
	Estatutário	66	62,9
Turno de Trabalho (nesse serviço)	7 às 13h	35	33,3
	13 às 19h	37	35,2
	7 às 19h	2	1,9
	19 às 7h (12x60)	26	24,8
	Outros	5	4,8
Possui outro emprego	Sim	63	60,0
	Não	42	40,0
Se sim	Na enfermagem	61	58,1
	Em outra área	2	1,9
	Não se aplica	42	40,0
Quantos empregos possui além desse	Mais um	51	48,6
	Mais dois	10	9,5
	Nenhum	42	40,0
Possui outra formação além da exigida para o cargo?	Sim	42	40,0
	Não	63	60,0
Se sim, ela é de	Técnico	10	9,5
	Graduação	3	2,9
	Pós-graduação	29	27,6
	Não se aplica	63	60,0
Em que área?	Saúde	38	36,2
	Humanas	2	1,9
	Exatas	1	1,0
	Outras	1	1,0
	Não se aplica	63	60,0



## 5.2 HÁBITOS DE VIDA DA POPULAÇÃO ESTUDADA

O consumo de fumo foi de 6,7% da população estudada enquanto o uso de álcool foi de 48,6%. O tipo de bebida mais consumida foi o chopp ou cerveja (27,6%), seguido de vinho e licor com 15,2%. O CAGE foi considerado positivo somente para 2,9% dos respondentes.

Tabela 4 - Distribuição da população estudada segundo hábitos de vida. Belo Horizonte, 2009.

Variável	Categorias	Frequência	Proporção
Uso de fumo	Nunca fumou	88	83,8
	Fuma	7	6,7
	Parou de fumar	10	9,5
Consumo de bebidas alcoólicas	Bebe	51	48,6
	Não bebe	54	51,4
Bebida alcoólica que mais gosta	Cerveja ou chopp	29	27,6
	Vinhos e licores	16	15,2
	Bebidas destiladas	1	1,0
	Dois ou mais tipos	5	4,8
CAGE	Positivo	3	2,9
	Negativo	102	97,1

O uso de fumo na população estudada apresentou uma relação de fumantes na população feminina seis vezes maior que na masculina, como apresentado na tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição da população estudada segundo uso de fumo por gênero. Belo Horizonte, 2009.

Variável	Categorias	Feminino	Masculino
Uso de fumo	Nunca fumou	80	8
	Fuma	6	1
	Parou de fumar	8	2

### 5.3 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE ENFERMEIROS

No estudo, o uso de substâncias variou conforme o período de uso. No uso “na vida” os tranquilizantes foram as substâncias mais utilizadas (14,3%), seguida das anfetaminas (10,5%) e analgésicos opióides (6,7%). No uso “no ano” e “no mês” os três tipos continuaram predominando, mas não na mesma ordem: analgésicos (8,6%), tranqüilizantes (6,7%) e anfetaminas (3,8%) e analgésicos (7,6%), tranqüilizantes (2,9%) e anfetaminas (1,9%), respectivamente, como evidenciado na tabela 6.

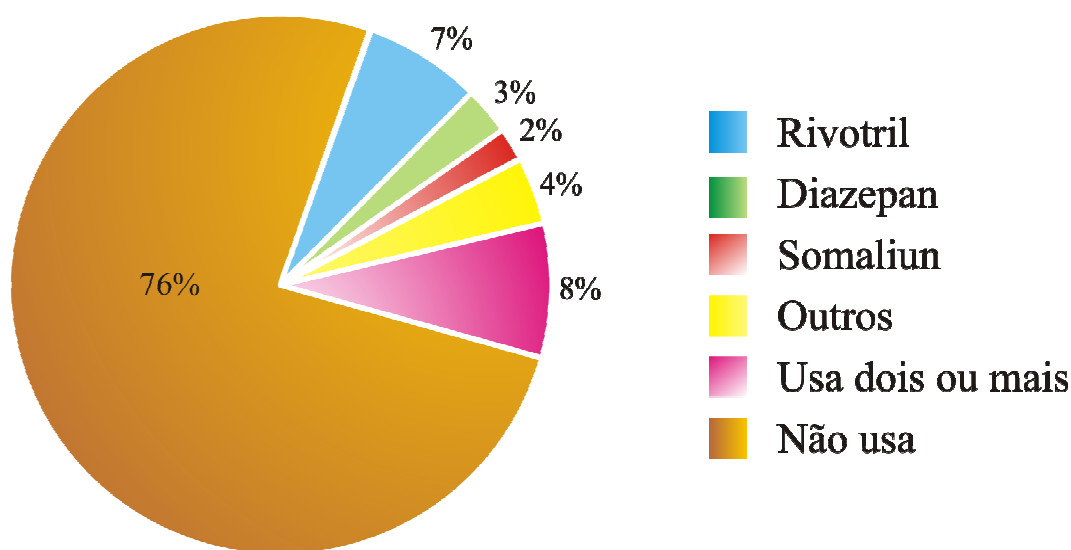
Tabela 6 - Distribuição da população estudada segundo uso de substâncias psicoativas. Belo Horizonte, 2009.

Substância	No último mês	No último ano	Na vida	Nunca
Tranqüilizantes	3 (2,9%)	7 (6,7%)	15 (14,3%)	80 (76,2%)
Sedativos	1 (1,0%)	-	1 (1,0%)	103 (98,1%)
Anfetaminas	2 (1,9%)	4 (3,8%)	11 (10,5%)	88 (83,8%)
Analgésicos opiáceos	8 (7,6%)	9 (8,6%)	7 (6,7%)	81 (77,1%)
Inalantes	1 (1,0%)	-	3 (2,9%)	101 (96,2%)
Anticolinérgicos	1 (1,0%)	-	2 (1,9%)	102 (97,1%)
Maconha	-	1 (1,0%)	6 (5,7%)	98 (93,3%)

Abaixo serão apresentados gráficos dos tipos de medicamentos utilizados por classe das substâncias que apresentaram maior prevalência de uso: benzodiazepínicos, anfetaminas e analgésicos opióides.

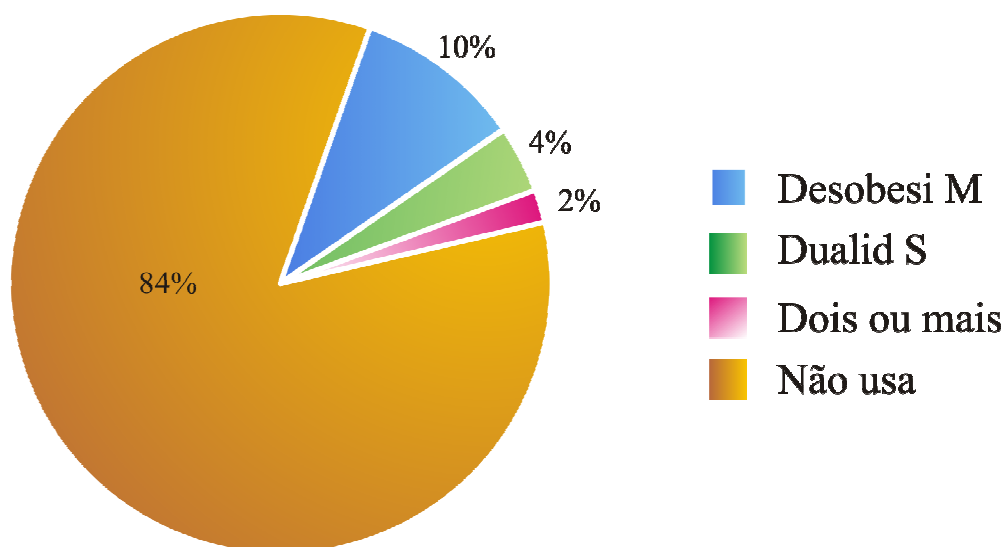
Observa-se no gráfico abaixo que o benzodiazepínico mais utilizado foi o rivotril, seguido, numa proporção bem menor de diazepam e de somaliun. Os entrevistados que utilizam dois ou mais tipos de benzodiazepínicos alcançou 8%.

Gráfico 1 – Distribuição da população estudada segundo o tipo de tranquilizantes utilizados. Belo Horizonte, 2009.



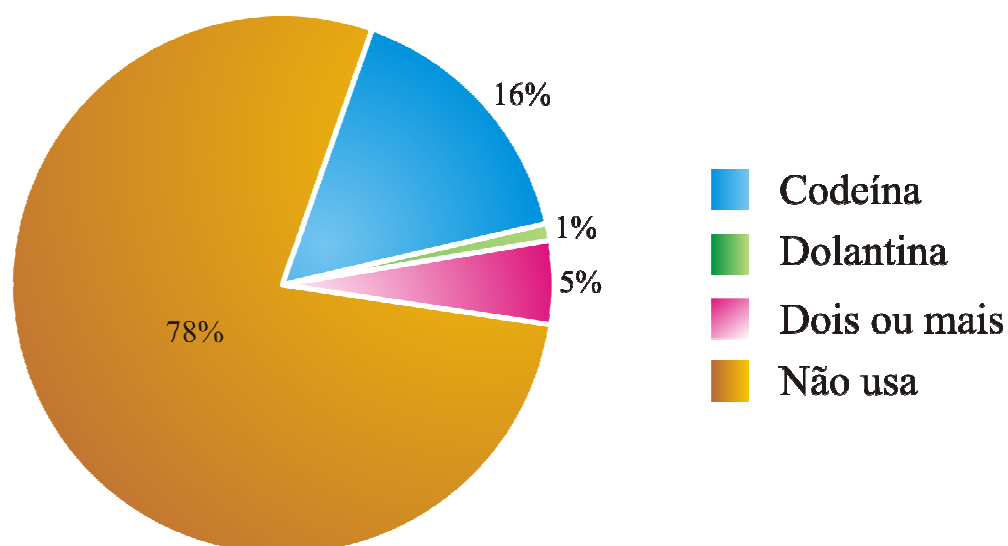
O gráfico 2 mostra que o desobesi e o dualid S são as anfetaminas mais utilizadas no grupo estudado, com uma proporção de 10% e 4%, respectivamente.

Gráfico 2 – Distribuição da população estudada segundo o tipo de anfetaminas utilizadas. Belo Horizonte, 2009.



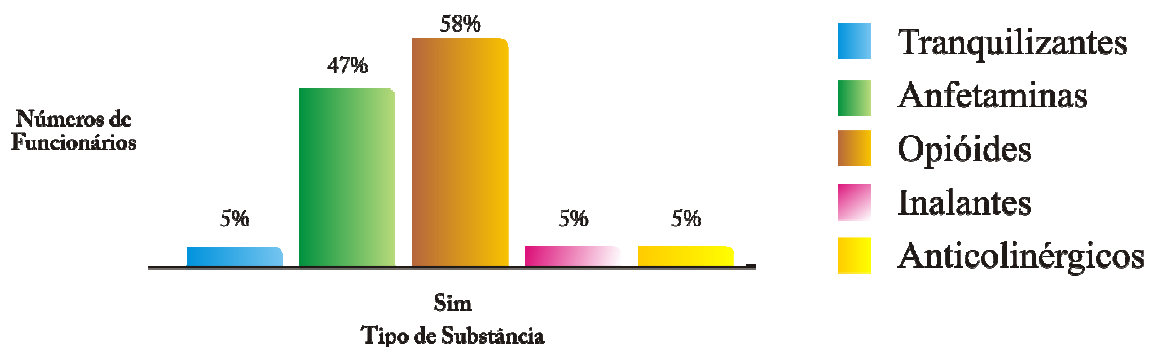
O analgésico opióide mais utilizado, conforme gráfico abaixo é a codeína e a dolantina é utilizada por somente 1% da população. Numa proporção de 5%, dois ou mais analgésicos são utilizados.

Gráfico 3 – Distribuição da população estudada segundo o tipo de analgésicos opióides utilizados. Belo Horizonte, 2009.



O gráfico 4 mostra a prevalência do consumo de SPA no local de trabalho.

Gráfico 4: Distribuição da população segundo o consumo de SPA no local de trabalho. Belo Horizonte, 2009.



## 5.4 RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES

A variável uso de tranquilizantes apresenta relação com vínculo empregatício e uso de anfetaminas. O risco para uso de tranquilizantes é 3,80 vezes maior para funcionários estatutários em relação aos celetistas. O uso de anfetaminas é fator protetor para o uso de tranquilizantes, ou seja, quem usa anfetamina tem 0,22 vezes menor chance de usar tranquilizantes que os que não utilizam.

Tabela 7 – Análise bruta da prevalência, Odds ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC95%) para o uso de Tranquilizantes dentre os entrevistados. Belo Horizonte, 2009.

Variáveis	N	Prevalência	OR Bruto	Valor-p	IC 95%
<b>Vínculo empregatício</b>					
Estatutário	20	33,3	3,80	0,024	(1,19-12,13)
Celetista	4	10,3	1,00	-	-
<b>Uso de anfetaminas</b>					
Sim	8	50,0	0,22	0,008	(0,07-0,67)
Não	16	18,0	-	-	-

A variável uso de anfetaminas está relacionado ao vínculo empregatício de forma que quem é estatutário apresenta 0,20 vezes menor chance de uso dessa substância.

Tabela 8 - Análise bruta da prevalência, Odds ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC95%) para o uso de Anfetaminas dentre os entrevistados. Belo Horizonte, 2009.

Variáveis	N	Prevalência	OR Bruto	Valor-p	IC 95%
<b>Vínculo empregatício</b>					
Estatutário	14	21,2	0,20	0,041	(0,043-0,937)
Celetista	2	5,1	1,00	-	-

O uso de analgésicos opiáceos mostrou associação entre área de trabalho que possui outro emprego, possuir mais de um emprego além daquele referido e jornada de trabalho semanal total. Possuir outro emprego na área da enfermagem representou um risco 3,97 vezes maior de uso de analgésicos. Quanto ao número de empregos,

demonstrou-se que ter mais um emprego além do referido significou um risco de 4,34 vezes no consumo de analgésicos. A jornada de trabalho maior ou igual a 45 horas representa um risco de 6,15 vezes de chance de uso de analgésicos opiáceos.

Tabela 9 – Análise bruta da prevalência, Odds ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC95%) para o uso de Analgésicos Opiáceos dentre os entrevistados. Belo Horizonte, 2009.

Variáveis	N	Prevalência	OR Bruto	Valor-p	IC 95%
<b>Em que área possui outro emprego</b>					
Na enfermagem	18	29,5	3,97	0,021	(1,23-12,78)
Em outra área	1	50,0	9,50	0,136	(0,494-182,79)
Não se aplica	4	9,5	1,00	-	
<b>Quantos empregos você possui além desse</b>					
Mais um	16	31,4	4,34	0,015	(1,324-14,247)
Mais dois	2	20,0	2,37	0,362	(0,369-15,268)
Nenhum	4	9,5	1,00	-	-
<b>Jornada de trabalho semanal</b>					
Maior ou igual a 45 horas	17	32,7	6,15	0,007	(1,659-22,812)
Entre 31 e 44 horas	3	30,0	5,42	0,064	(0,905-32,575)
Menor ou igual a 30	3	7,3	1,00	-	-

A variável uso de fumo possui relação com uso de maconha, de forma que, quem utiliza fumo possui 13,07 vezes maior chance de uso na vida de maconha, como mostrado na Tabela 10.

Tabela 10 - Análise bruta da prevalência, Odds ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC95%) para o uso de fumo dentre os entrevistados. Belo Horizonte, 2009.

Variáveis	N	Prevalência	OR Bruto	Valor-p	IC 95%
<b>Uso de maconha</b>					
No ultimo ano	-	-	-	-	-
Na vida	4	66,7	13,07	0,005	(2,173-78,711)
Nunca	13	13,3	1,00	-	-

A tabela 11 mostra que homens apresentam 12,92 vezes maior chance de consumo de álcool que as mulheres.

Tabela 11 - Análise bruta da prevalência, Odds ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC95%) para o consumo de álcool dentre os entrevistados. Belo Horizonte, 2009.

Variáveis	N	Prevalência	OR Bruto	Valor-p	IC 95%
<b>Sexo</b>					
Masculino	1	9,1	12,92	0,028	(1,590-105,105)
Feminino	53	56,4	1,00	-	-

A tabela 12 mostra que o consumo de anfetaminas no local de trabalho está relacionado ao fato de possuir outra formação além da exigida para o cargo que o profissional ocupa.

Tabela 12 - Análise bruta da prevalência, Odds ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC95%) para o consumo de anfetaminas no local de trabalho dentre os entrevistados. Belo Horizonte, 2009.

Variáveis	N	Prevalência	OR Bruto	Valor-p	IC 95%
<b>Outra formação além da exigida para o cargo</b>					
Sim	3	30,0	14,00	0,039	(1,135-172,642)
Não	6	85,7	1,00	-	-

Tabela13: Comparativo deste estudo com população em geral (2005) de uso na vida de Substâncias Psicoativas. Belo Horizonte, 2009.

Substâncias psicoativas	População em geral (2005)			Dados da pesquisa		
	Na vida	No ano	No mês	Na vida	No ano	No mês
<b>Álcool</b>	74,6%			48,6%		
<b>Fumo</b>	44%			16,2%		
<b>Tranquilizantes</b>	5,6%	2,1%	1,3%	14,3%	6,7%	2,9%
<b>Anfetaminas</b>	3,2%	0,7%	0,3%	10,5%	3,8%	1,9%
<b>Opióides</b>	3,1%	0,5%	0,3%	6,7%	8,6%	7,6%
<b>Solventes/Inalantes</b>	6,1%	1,2%	0,4%	2,9%	-	1,0%
<b>Anticolinérgicos</b>	0,5%	-	-	1,9%	-	1,0%
<b>Cocaína</b>	2,9%	0,7%	0,4%	-	-	-



## 6. DISCUSSÃO

A validade dos estudos sobre consumo de drogas tem, frequentemente, sofrido críticas que, geralmente, não se justificam, pois o objetivo de qualquer pesquisa epidemiológica é alcançar a realidade sobre um dado fenômeno. Quando se trata de consumo de substâncias psicoativas, o receio em declarar um comportamento que é revestido de preconceitos, certamente, resulta um universo subestimado, que não pode ser confundido com a esfera de alcance da pesquisa (GALDURÓZ, 2005).

Em se tratando de pesquisa realizada em um hospital de ensino de referência no estado, é admissível supor que um receio maior do entrevistado aconteça, mas esse aspecto pode ser contornado com a credibilidade e a perícia do entrevistador. No entanto, deve-se ter em mente que entrevistados podem falsear as respostas.

Vários aspectos podem falsear os resultados de uma pesquisa, porém o modo como é obtida a amostra, como os entrevistados são abordados e a aplicação dos questionários de autopreenchimento parecem ser fatores essenciais para a aproximação da realidade do fenômeno.

Na população estudada houve um predomínio do sexo feminino (89,5%), fato que corrobora afirmações de que a equipe de enfermagem tem se constituído, em sua maioria, por profissionais desse gênero, característica esta ressaltada em diversos estudos, com variação de 85,2% a 93,4% (SÊCO, et al., 2002; MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004; BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2006).

Na definição de Joan Scott (1991), gênero tem como núcleo a conexão de duas proposições: “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”. Na enfermagem, essa abordagem tem uma importância singular, evidenciando os conflitos trazidos para o campo profissional entre atividades de enfermagem e atividades médicas, estas últimas construídas num campo de domínio masculino. Estudos de gênero são comumente realizados pela enfermagem motivada pelos conflitos de sua prática, o que resulta num acúmulo de conhecimento na área. Isso faz com que haja uma construção de resistências aos poderes instituídos e de enfrentamento, vislumbrando assim a superação (COELHO, 2005).

A medida de tendência central da renda total dos enfermeiros participantes da pesquisa é R\$ 3.000,00, sendo que, o valor de remuneração mínimo encontrado foi de R\$ 967,00 e máximo de R\$ 10.000,00. Esses achados mostram uma discrepância muito

grande na remuneração dos enfermeiros o que pode estar relacionado a fatores, como: existência de dois tipos de contratação (celetista e estatutário) na instituição, ausência de piso e teto salariais para esta classe trabalhadora e necessidade de atuar em mais de um emprego para compor a renda.

Os dados desta pesquisa mostraram que a jornada de trabalho semanal, incluindo dupla e tripla jornadas é desgastante o que já é sabido nessa classe de trabalhadores. A ausência de um salário digno faz com que os mesmos acumulem mais de um emprego com o intuito de conseguir uma remuneração digna.

Existe um projeto de lei (PL 4924/09) no Brasil para definir piso salarial para os profissionais de enfermagem que visa resgatar a dignidade referente ao aviltamento salarial a que estes são submetidos. Segundo este Projeto, o estabelecimento de piso salarial para profissionais proporciona remuneração condizente com suas responsabilidades e possibilidade de exercer suas atividades em um único local de trabalho, diminuindo inúmeros deslocamentos e jornada de trabalho desgastante.

Nos Estados Unidos, nas décadas de 80 e 90 enfermeiras recusaram a baixa remuneração e as difíceis condições de trabalho e resolveram optar por outras profissões na área da saúde. A literatura científica tem demonstrado que as condições de trabalho do enfermeiro em vários países da América do Sul são consideradas piores aquelas vividas pelos enfermeiros latino e norte americanos e europeus devido a sérias dificuldades políticas e econômicas enfrentadas pelos países em desenvolvimento (MARZIALE, 2001).

O uso de álcool encontrado nesta pesquisa (48,6%) foi menor que o encontrado em estudo realizado num Centro Universitário do estado de São Paulo entre universitários em 2005 (69%), no México com profissionais de saúde (65%) e menor que na população em geral do Brasil (68,7%). No entanto, mostrou uma certa equivalência com adolescentes trabalhadores da rede estadual de ensino de Cuiabá- MT em 1998 (47,4%).

O valor observado pode estar relacionado à alteração da Lei n 9.503 de 23 de setembro de 1997 que ocorreu em junho de 2008 que institui o código de trânsito brasileiro, com a finalidade de estabelecer alcoolemia zero e de impor penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool (BRASIL, 2008).

Os tipos de bebidas preferidas foram cerveja ou choop (27,6%), licor ou vinho (15,2%) e destilados (1%) o que mostrou consonância com os estudos mais amplos, de âmbito nacional, desenvolvidos pelo CEBRID nos anos de 1987, 1989, 1993, 1997 nas

mesmas 10 cidades, com estudantes de 1º e 2º graus, em que a cerveja foi a bebida mais consumida, com cerca de 70% dos estudantes relatando seu uso, seguida pelo vinho, com 27%, e destilados, por volta dos 3%.

O CAGE foi utilizado para detecção dos problemas relacionados ao álcool e obteve-se 2,9% de positividade. Esse é um método de rápida e fácil aplicação, pouco intimidativo, com sensibilidade e especificidade comprovadas (Ewing & Rouse, 1970).

Esse valor encontra-se bem abaixo dos obtidos por Amaral e Malbergier (2004) que observaram 19,8% de positividade para o CAGE, Lima et al (1999), investigando prevalência de “bebedores problema” entre trabalhadores de uma refinaria de Petróleo - 8,8%, Andrade et al (1986) que encontraram 8,51% de “alcoólatras” entre funcionários de uma tecelagem, Furuno (1999) estudando trabalhadores de uma revendedora de automóveis quanto à prevalência de alcoolismo, encontrou 16,8% dos trabalhadores como possíveis casos de alcoolismo, todos os trabalhos utilizando o CAGE como método.

O alcoolismo é apontado por Magda (2004) como um problema expressivo da vida intramuros das organizações e que deve ser tratado não como entidade nosológica unitária e sim como síndrome multivariada. A mesma autora ressalta ainda que os programas em saúde mental reconhecem o lugar privilegiado que o *trabalho* ocupa na vida da pessoas e quando aviltado, torna-se um fator de risco capaz de conduzir os sujeitos em sofrimento ao seu consumo; quando ressignificado pode se tornar o pilar pelo qual o sujeito é capaz de retomar a construção de seu processo identitário (exercício da cidadania).

As prevalências tanto para o uso de álcool quanto para a positividade do CAGE encontram-se abaixo dos valores observados em outros estudos mas cabe ressaltar que o consumo do álcool é preocupante devido a suscetibilidade da dependência que pode acarretar conseqüências gravíssimas, principalmente quando se trata de profissionais da área da saúde.

O abuso inicia-se com o uso e diversas razões podem favorecer para que isso ocorra. De acordo com O'Brien (2005) as variáveis que interagem para influenciar a probabilidade de que qualquer pessoa inicie o uso abusivo ou se torne dependente podem ser agrupadas em três categorias: substâncias psicoativas, indivíduo e ambiente. Em relação às substâncias, a disponibilidade, o custo e a via de administração podem ser citados como fatores capazes de influenciar o desenvolvimento da dependência. Com

relação aos indivíduos, a variação interindividual nos efeitos das SPA's é um fato que pode ser explicado pelas diferenças genéticas nas enzimas relacionadas aos processos de biotransformação e na resposta dos receptores às SPA's o que pode contribuir para os diferentes graus de euforia e reforço positivo obtidos por indivíduos diferentes utilizando a mesma substância. O ambiente e fatores sociais têm um papel importante no abuso e dependência das drogas de forma que o uso de SPA's, para alguns indivíduos pode significar protesto ou mesmo ausência de outras formas de obtenção de prazer (O'BRIEN, 2005).

Nos últimos anos, o estresse também tem sido destacado como fator preponderante na iniciação e manutenção do uso de SPA's (WEISS, 2005). As alterações fisiológicas que comprovam a relação entre o estresse e a dependência têm sido descritas em vários estudos (PLANETA, C. da S., et al, 2007).

É importante aqui destacar que existem fatores de risco e fatores de proteção para o uso de SPA's, o que pode explicar porque indivíduos no mesmo ambiente, vivenciando a mesma situação e com tensões próprias da profissão fazem uso de substâncias e outros não se envolvem com as mesmas. Iglesias (1999) explica esses dois conceitos apresentados: fatores de riscos são atributos e/ou características individuais, condição situacional e/ou contexto ambiental que incrementam a probabilidade de uso e/ou abuso de drogas e fatores de proteção são atributos que inibem, reduzem ou atenuam essa probabilidade.

As porcentagens de uso de tabaco na população estudada indicam que 83,8% nunca fumou, 6,7% fuma e 9,5% parou de fumar. Esses dados mostram que o uso de tabaco nessa população é menor que na população em geral, que apresenta prevalência de uso na vida de 41,1% (GALDURÓZ, 2005). Ao se comparar uso de fumo em homens e mulheres, obteve-se predominância em mulheres, diferente da maioria dos estudos. Isso pode estar relacionado ao tipo de população estudada, em que se percebe uma quantidade insignificante de pessoas do sexo masculino. Observa-se também que há uma tendência semelhante aos resultados encontrados na população em geral de crescimento do número de ex fumantes (18,2%) em relação aos fumantes (17,2%) encontrados em recente pesquisa do IBGE (2009).

Em estudo realizado na Dinamarca comparando o estilo e vida e saúde entre enfermeiras e mulheres da população em geral, observou-se que as enfermeiras consomem mais bebidas alcoólicas e fumam menos que as mulheres da população em

geral do mesmo grupo sócio econômico, mas ainda assim aquelas apresentam melhor estilo de vida e saúde que estas (FRIIS, 2005).

Em se tratando das substâncias psicoativas mais utilizadas, excetuando álcool e tabaco, observou-se que 14,3% da população estudada fez uso na vida de tranqüilizantes, porcentagem maior que a encontrada por Martinez-Lanz, et al, 2004 em trabalho realizado no México com residentes de medicina (10,6%) e nos EUA (5,8%) (SAMHSA, 2001) no entanto, bem menor do que a encontrada no Chile (30,5% ) (CONACE, 1997).

Em relação ao uso de analgésicos opióides, observou-se que 6,7% dos entrevistados usaram alguma vez na vida esse tipo de medicamento, valor inferior ao encontrado por Martinez-Lanz, et al, 2004 (7,3%) e por SAMHSA, 2001 nos EUA (8,6%), mas bem superior ao encontrado no Brasil em 2005 e 2001 com porcentagens de 0,9% e 1,4%, respectivamente (GALDURÓZ, 2005 e CARLINI, 2001).

O uso de anfetaminas na vida foi observado em 10,5% nesta população, valor próximo ao encontrado no Reino Unido (9,0%), mas superior as porcentagens vistas no Chile (5,4%), nos EUA (6,6%), na Dinamarca (4,0%) e na Espanha (2,0%) (CARLINI, 2001).

Quanto ao uso na vida da maconha, 5,7% da população afirmou ter experimentado. Estes percentuais são superiores aos apresentados por trabalhos recentes realizados em população de estudantes (GALDURÓZ et al, 1997; GUIMARÃES et al, 2004; LUCAS et al, 2001; NOTO et al, 2000) contudo, inferiores a relatos de outras realidades específicas (BAUS et al, 2002 e QUEIROZ et al, 2001).

Encontrou-se um uso na vida de inalantes de 2,9%, o que observou equivalência com estudo realizado na Bélgica e Espanha por volta de 3 a 4%, inferior a encontrada na população em geral no Brasil (5,8%) e nos EUA (7,5%), ambos em 2001, no entanto superior a encontrada na Colômbia de 1,4% (CARLINI, 2001).

O uso de anticolinérgicos encontrou prevalência de 1,9% valor superior ao encontrado na população em geral no Brasil em 2005 com 0,7% (GALDURÓZ, 2005).

Não se observou neste estudo uso de cocaína. O que se pode inferir que existe uma relação estabelecida pela sociedade longe de ser unívoca e monolítica. Segundo Vargas (1998) o mundo vive uma situação na qual a inédita repressão ao uso de drogas ilegais, soma-se a insidiosa incitação ao consumo de drogas legais, quer sob a forma de remédios prescritos por médicos visando à produção de corpos saudáveis, quer sob a

forma de drogas autoprescritas em virtude dos ideais de beleza, de habilidades ou de estados de espírito.

Procurou-se nesta pesquisa identificar quais os tipos medicamentos mais utilizados por classe de substâncias e encontrou-se que rivotril, diazepam e somaliun são os tranqüilizantes mais utilizados, desobesi e dualid são os tipos de anfetaminas de maior uso e codeína e dolantina estão entre os opiáceos com consumo maior pelos respondentes.

Esses dados são preocupantes, uma vez que, esses medicamentos fazem parte da categoria de drogas lícitas com potencial de causar prejuízo à saúde, quando utilizados sem prescrição médica adequada (SENAD, 2008).

O uso de SPA's no local de trabalho foi relatado por vários respondentes e as mais utilizadas foram os opiáceos, seguidos das anfetaminas e por último os tranqüilizantes. Esse uso pode levar a diversas conseqüências por alterarem a atividade normal do SNC, como já descrito. Além disso, o consumo de drogas por trabalhadores geram problemas pessoais e profissionais, como o aumento do absenteísmo, atrasos constantes, ausência no local de trabalho, aumento significativo de acidentes pessoais e de trabalho, atritos pessoais com os colegas e padrões de qualidade de vida precários (SENAD, 2008).

Na análise das relações entre as variáveis, evidenciou-se uma relação estatisticamente significativa entre o uso de tranqüilizantes e o vínculo empregatício, sendo que o risco para o uso dessas substâncias é 3,80 vezes maior para os estatutários em relação aos contratados. Esse fato pode estar relacionado à insatisfação pelos profissionais estatutários, seja pela remuneração ou pelas condições de trabalho. Segundo Pin (1999), o consumo de SPA's entre trabalhadores de enfermagem é alto e o ambiente de trabalho hospitalar é um dos fatores que contribui para o uso, como: condições de trabalho, dificuldades de recurso materiais e pessoais, riscos decorrentes do trabalho, insatisfação por fazer o que não gosta, enfim várias situações que surgem, sem excluir os fatores sócio econômicos, culturais e outros.

O uso de anfetaminas se mostrou como fator protetor para o uso de tranqüilizantes, o que denota um uso opcional de uma ou outra substância.

O estudo demonstra que existe relação entre uso de anfetaminas e vínculo empregatício de forma que quem é estatutário apresenta 0,20 vezes menor chance de uso dessa substância. Acredita-se que os funcionários contratados por receberem um salário inferior ao pago para os estatutários, necessitem obter outras formas de obtenção

de renda e trabalhar mais, por isso podem se beneficiar dos efeitos das anfetaminas que por ser estimulante, mantem o indivíduo desperto para realizar suas atividades.

Segundo Martins (2007), em estudo qualitativo abordando o uso de SPA's relata que os profissionais de enfermagem necessitam recorrer a medicamentos para suportar e se manterem ativos na sua jornada. O uso de SPA's surge, portanto, como estratégia defensiva para poder continuar o trabalho (DEJOURS, 1994).

Pode-se deprender dos dados encontrados que ter mais de um emprego na área de enfermagem e trabalhar mais de 45 horas semanais aumentam significativamente o risco de utilização de analgésicos opióides pelos profissionais estudados. Dados condizentes com os encontrados por Navarro (1999) e Valenzuela (2001).

Os profissionais de enfermagem possuem uma rotina de trabalho pesada, quer seja pelo tipo de trabalho que realiza quer seja pelo número de empregos que possuem, o que implica em uma jornada de trabalho intensa. Soma-se a isto, o fato de a profissão ser essencialmente feminina, existindo assim mais uma jornada além do trabalho, o lar.

Segundo Martins (2007), é reveladora a condição de trabalho imposta pela ideologia capitalista que absorve toda a força de trabalho dos trabalhadores para fazer jus ao mundo consumista, idealizado histórico e socialmente como prerrogativa de viver bem e ter qualidade (material) de vida. A sobrecarga de trabalho interfere nos meios de garantir a qualidade de vida dos indivíduos, impedindo que os mesmos busquem condições para uma relação de trabalho, na qual priorize o descanso físico e o cuidado de si.

Deve-se considerar que o uso de analgésicos é a forma mais fácil para aliviar a dor e facilitar a condução de suas vidas cotidianas. A facilidade de acesso colabora com esse fato, por se tratar de profissionais de saúde que lidam com essas substâncias no ambiente hospitalar, como revela Martins (2007), como sendo um fator relacionado ao uso de SPA's entre profissionais de saúde de uma Unidade de Clínica Médica de um hospital do Rio de Janeiro.

O problema também está na vulnerabilidade do indivíduo que, segundo Cosman (2004), a pessoa que consome algo que altera seu estado de consciência fica mais vulnerável a usar outras substâncias como se o uso inicial rompesse uma barreira moral para outras substâncias e não pelo efeito esperado desta droga, e no risco de dependência que no caso dos analgésicos é alto.

Kenna e Lewis (2008) demonstrou que profissionais de saúde possuem fatores, como sentimento de imunidade aos efeitos do vício das drogas que o autor denomina de

invencibilidade farmacêutica e socialização com os abusadores de SPA's o que pode causar diversos problemas para os mesmos.

A variável uso de fumo possui relação com uso de maconha, de forma que, quem utiliza fumo possui 13,07 vezes maior chance de uso na vida de maconha. A relação entre consumo de tabaco e outras drogas ilegais como a maconha tem sido explicado por modelos teóricos, como: “Pedra angular”, “Porta de entrada” e “Teor do problema de conduta”. Todos levam em consideração ambiente social, percepção do ambiente e personalidade. Sanchez-Zamorano, et al (2007) encontrou uma prevalência maior de uso de maconha entre fumantes (26,47%) do que entre não fumantes (12,05%).

Encontrou-se neste estudo que os homens apresentam mais chance de consumo de álcool que as mulheres o que corrobora vários estudos epidemiológicos com populações específicas ou com a população em geral em diferentes países (OLIVEIRA, et al, 2007).

Apesar de não ter havido significância estatística entre algumas variáveis, como vida conjugal, número de filhos, vida sexual acredita-se que essas características devam ser levadas em conta, pois segundo Edwards, et al, (2005) dificuldades de ordem sexual são freqüentes causas de desenvolvimento de dependências, tendo em vista o efeito relaxante e desinibidor de determinadas substâncias psicoativas sobre o comportamento. Assim, é possível avaliar que as questões de ordem afetiva, social e outros fatores de ordem subjetiva, estão mais fortemente ligados ao problema da dependência química em mulheres, bem como o tipo de prejuízo familiar e emocional de forma a influenciar sobremaneira a função feminina no seio familiar. Impossível também desprezar a grande influência da vida conjugal e a forma com que esta é conduzida pelas mulheres, e seus parceiros, demonstrando o conflito cultural que a mulher atual vivencia.

Embora não seja objetivo desse estudo identificar as causas do uso de SPA's, a correlação evidenciada entre as características específicas de jornada de trabalho, tipo de ocupação, vínculo empregatício e gênero fortalecem a hipótese do uso relacionado a fatores sociais determinados pela sociedade contemporânea, em especial as formas de inserção no mercado de trabalho, a remuneração e a empregabilidade, favorecendo decisões individuais que possibilitam processos coletivos famosos à saúde, necessitando futuras investigações.

Em estudo realizado nos EUA em 2005 encontrou-se que o uso de SPA's na população de enfermeiros é semelhante à população em geral deste mesmo país (DUNN, 2005) ao contrário do que se identificou neste estudo para as substâncias



tranquilizantes, anfetaminas, opióides e anticolinérgicos que apresentam porcentagem de uso até quatro vezes maior que na população em geral no Brasil. Esse fato não é desprovido de significado e pode estar sendo influenciado pela facilidade de acesso a essas substâncias, pela aceitação social desse processos e pela ausência de políticas e programas que auxiliem as decisões individuais na busca de modos de vida menos imediatistas e mais saudáveis.

## 7 - CONCLUSÃO

Prevenir o uso de SPA's constitui ação de inquestionável relevância nos mais diversos contextos sociais, dada a complexidade da questão e os prejuízos associados ao abuso e à dependência dessas substâncias. No ambiente de trabalho, essa ação se torna mais forte, pois ali o trabalhador passa grande parte de seu tempo e estabelece uma rede de relacionamento capaz de lhe conferir identidade social e profissional.

Neste estudo, em que se objetivou analisar a prevalência do uso de SPA's por enfermeiros identificou-se um perfil bem típico dessa classe trabalhadora cuja predominância foi feminina, com idade média de 37 anos, solteiro (a), morava com familiares, não tinham filhos e possuía vínculo empregatício estatutário. Observou-se também que a maioria possuía especialização, trabalhava durante o dia neste hospital, possuía outro emprego e uma jornada média de 46 horas/semanais.

Ao se analisar o uso de fumo e álcool observou-se uma frequência mais baixa que a encontrada em outros estudos similares o que não significa abandonar a preocupação com esses trabalhadores, principalmente por serem responsáveis, por seres humanos. Além disso, salienta-se que o uso problemático de álcool que foi observado ao se aplicar o CAGE, mesmo com baixa prevalência, apresenta um reflexo significativo sobre o aumento dos anos referentes a incapacidades físicas e mentais, causando impacto no sistema previdenciário e público de saúde do país.

O uso de SPA's observada foi bem maior que em outros estudos realizados na população em geral, em empresas e com estudantes o que comprova a necessidade de tomada de ações frente a este problema que por ser estigmatizado, às vezes é deixado de lado, o que compromete a saúde dos trabalhadores e da instituição.

Identificou-se que existe o uso de SPA's no local de trabalho o que comprova que mesmo sabendo dos efeitos das drogas, os trabalhadores parecem demonstrar certa "imunidade" frente a esses efeitos. Por isso, entende-se que a enfermagem deve se conscientizar a respeito das dificuldades vividas no seu dia a dia e neste sentido, reorientar suas ações para os aspectos relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças (inclusive abuso e dependência) favorecendo uma vida sem necessidade de uso de SPA's.

Sabe-se que à medida que se conhece a população há uma facilidade de identificação dos problemas na tentativa de se prevenir doenças e promover a saúde dos

trabalhadores. Isso pode ser feito através de estudos ou mesmo de exames periódicos a fim de avaliar o uso de álcool, fumo e outras drogas.

Diante da complexidade e da diversidade de fatores de risco que podem levar o trabalhador ao uso de SPA's acredita-se que políticas devam ser desenvolvidas e programas de promoção à saúde devam ser criados para esse indivíduo que trabalha, adoece e morre; mas, que também sonha, deseja e que traz em seu discurso as tensões de seu grupo social, de cultura, de seus preconceitos e que podem estar prestes a apresentar algumas complicações do uso ou abuso dessas substâncias. Acredita-se que priorizar a prevenção do uso indevido de drogas e álcool no setor de trabalho é uma intervenção eficaz e de menor custo para a sociedade.

Deve-se também estar atento às atividades de conscientização da problemática que envolve o uso de drogas, com atividades educativas, destacando os efeitos no indivíduo e sua relação com o trabalho e a importância de se estabelecer articulação com os serviços de saúde, visando cuidar deste profissional usuário de drogas.

É preciso somar esforços na busca de melhores condições de saúde e trabalho através da capacitação profissional, produção de conhecimento, prestação de serviços e da fiscalização das exigências legais.

Reconhece-se que os achados são incipientes, mas representam um passo inicial para que outros estudos mais detalhados abordem esta temática, pois se trata de um assunto que exige maiores reflexões.

As empresas precisam se conscientizar que há de se prevenir o uso de drogas no ambiente de trabalho, reconhecendo que o consumo é um problema de saúde e de segurança, que ambos (empresa e trabalhador) são responsáveis na busca de alternativas, que os casos de dependência possuem tratamento, que existem diversos tipos de abordagem e modelos de tratamento e que possuem inúmeros aspectos positivos tanto para o trabalhador quanto para o empregador em relação às ações de prevenção no ambiente de trabalho.

Ações mais agressivas estão sendo implantadas em algumas empresas com o discurso de que os indivíduos que apresentam problemas decorrentes do uso abusivo de drogas utilizam um mecanismo de negação o que impede o usuário de admitir a existência do problema e afasta-o da possibilidade de receber ajuda. Por ser um comportamento perigoso, está sendo utilizado como argumento para suportar a defesa da implantação de análises toxicológicas nas empresas apesar dos questionamentos éticos.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P. de, ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, M.C.P. de, SEMIRAMIS, M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

AMARAL, R.A. do, MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) – Campus Capital. **Rev. Bras. de Psi**, v. 26, n. 3, p. 156-63, 2004.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV**. Washington DC. 1994.

ANDRADE, C.L., KATZ P.D., PAULINO A.P.L., BERNIK W. Diagnóstico de alcoolismo em empresa. **Boletim do Centro de Estudos e Pesquisas Psiquiátricas**, v. 4, n. 2, p. 68-74, 1986.

AQUILINO, W.S. Interview mode effects in survey of drug and alcohol use. **Public Opinion Quartely**, v. 58, p. 210-240, 1994.

ARANGO, H.G. **Bioestatística: Teórica e Computacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO (ALASEHT). **Programa para prevenir el consumo de alcohol y drogas ilícitas em empresas**. Chile. 1999.

AZEVEDO, R. **AIDS e usuários de cocaína: um estudo sobre comportamento de risco**. Faculdade de Ciências Médicas. Tese de doutorado. UNICAMP. 2002.

BAUS, J., KUPEK, E., PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Revista Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 40-46, 2002.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Programa Nacional Antidrogas- PNAD**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

BRASIL. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. **Altera a lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997**. Presidência da República. Casa Civil- Subchefia para assuntos políticos. 2008.

BRASIL. Projeto de Lei 4924/09. **Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.** Disponível em <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/641678.pdf>>. Acesso em dez. 2009.

BREVIDELLI, M., CIANCIARULLO, T. Compliance with standard-precautions among medical and nursing staff at a university hospital. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 1. 2006. Disponível em <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/291/57>>. Acesso em: 4 jan. 2007.

CAMPANA, A.A.M. Álcool e empresas. In: Ramos, S.P., Berlote, J.M. (Eds.) **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARLINI, E.A, GALDURÓZ, J.C., NOTO, A.R., NAPPO, S. **I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil 2001**. Brasília: SENAD, 2001.

COELHO, E.A.C. Gênero, saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p: 345- 348, 2005.

CONACE - Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Ministerio del Interior, 2006. Disponível em <<http://www.conacedrogas.cl/inicio/index.php>>. Acesso em 24 fev. 2008.

COSMAN, F. Drogas: como lidar com elas? **Rev. drogas**. São Paulo: Escala, 2004.

CRAIG, C.R., STITZEL, R.E. **Modern Pharmacology with clinical applications**. 2004.

CREAD - Centro de Referência Estadual em Álcool e Drogas. Disponível em <<http://www.omid.mg.gov.br/>>. Acesso em: 21 jan. 2009.

DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. Atlas, 1994.

DOMINGOS, N.A., *et al.* Alcohol use among college students. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 1, n. 1. 2005.

DONATO, M.O. **Combate ao alcoolismo: contribuições para a prática do enfermeiro do trabalho**. Rio de Janeiro: Fundação Gutenberg de Artes Gráficas, 1999.

DUNN, D. Substance abuse among nurses- defining the issue. **AORN, J.** v.82, n.4, p.573-82, 585-8, 592-6. USA, 2005.

EDWARDS, G. *et al.* **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. 4 ed. Artmed. 2005

EWING, J.A., ROUSE, B.A. Identifying the hidden alcoholic. *In: Program and abstracts of the 29th Internacional Congress on Alcohol and Drug Dependence*. Sidney, Austrália, 1970.

FACKELINANN, K. Nursing burnout may lead to major health care crisis. *USA TODAY*. **Monday**, 2001 may 7. p. 9.

FONSECA, F.F. da. Conhecimentos e opiniões dos trabalhadores sobre o uso e abuso de álcool. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 11, n. 4, p. 599-604, 2007.

FREUD, S. **Mal estar na civilização**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1930

FRIIS, K., EKHOLM, O., HUNDRUP, Y.A. Comparison of lifestyle and health among Danish nurses and the Danish female population: is it possible to generalize findings from nurses to the general female population? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 19, n. 4, p. 361-367, 2005.

FURUNO, D.F. **Prevalência de alcoolismo em trabalhadores de uma revendedora de automóveis** [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1999.

GALDURÓZ, J.C.F., NOTO, A.R., CARLINI, E.A. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre os estudantes dos 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras, 1997**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1997.

GALDURÓZ, J.C., NOTO, A.R., NAPPO, S., CARLINI, E.A. **I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, 1999**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, SENAD. 2000.

GALDURÓZ, J.C., NOTO, A.R., NAPPO, S., CARLINI, E.A. **II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 1999**. Brasília: SENAD, 2005.

GUIMARÃES, J.L., GODINHO, P.H., CRUZ, R., KAPPAN, J. Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares em Assis, SP. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 1, p. 130-132, 2004.

HOLANDA, A.B. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1986.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios- Tabagismo 2008**. Rio de Janeiro. 2009.

IGLESIAS, E.B. **Bases teóricas que sustentam los programas de prevención de lãs drogas**. Madrid: Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas, 1999.

I.N.C.B. - International Narcotics Control Board. **Report of the International Narcotics Control Board for 2004**. New York. 2004.

KENNA, G. A., LEWIS, D. C. Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 3, n.3, 2008

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Revisão técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte**. Brasília: SENAD, 2007.

LAURELL, A.C., NORIEGA, M. **Processo de produção em saúde: trabalho de desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA, C.T.S., et al. Hipertensão arterial e alcoolismo em trabalhadores de uma refinaria de petróleo. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 6, n. 3, p. 185-191, 1999.

LUCAS, A.C.S., et al. III Levantamento sobre o uso de psicotrópicos entre estudantes da rede pública estadual de ensino fundamental ( 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> série) e médio de Manaus - AM - ano 2000. *In*: XII Congresso Brasileiro de Toxicologia, 2003, Porto Alegre. **Rev. Bras. Toxicol.**, v.14, n. 2, supp., p.61, 2001.

MAGDA, V. **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond/Editora Fiocruz, 2004.

MARINI, G.A. Comprehensive drug-abuse program can prove effective in the workplace. **Occupational Health and Safety**, v. 60, n.4, p. 54-59, 1991.

MARTINS, E.R.C, ZEITOUNE, R.C.G. Condições de trabalho e as substâncias psicoativas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 639-644, 2007.

MARTINEZ-LANZ, P., MEDINA-MORA, M.E., RIVERA, E. Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. **Revista Salud Mental**, v. 27, n. 6, p. 17-27, 2004.

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

MARZIALE, M.H.P., NISHIMURA, K.Y.N., FERREIRA, M.M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 36-42, 2004.

MASUR, J., MONTEIRO, M.G. Validation of the “Cage” alcoholism screening test in a brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 16, n. 3, p. 215-218, 1983.

MONTEIRO, M. **Sinal de alerta**. Rio de Janeiro. 2000.

NAVARRO, B. **Incidência de las drogas em El médio laboral de La comunidad velanciana**. Madrid: Fundación de ayuda contra La drogadicción, Valencia Dirección General de Drogodependencia, 1999.

NICASTRI, S. As drogas e seus efeitos. *In: Prevenção ao uso indevido de drogas*. Brasília: SENAD, 1999.

NIDA - National Institute on Drug Abuse. **Epidemiologic Trends in Drug Abuse-Advance Report, 2005**. Disponível em <<http://www.nida.nih.gov>>. Acesso em: 18 abr. 2008.

NOTO, A.R., GALDURÓZ, J.C.F., NAPPO, S. O consumo de drogas psicotrópicas na sociedade brasileira. *In: Castro, F.G.R., et al. (Coords). Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim a vida*. Brasília: Ed. Unidade de Brasília, 2000. v. 1. Unidade 03. p. 37-45.

O'BRIEN, C.P. Drug addiction and drug abuse. *In: Brunton L.L., Lazo, J.S., Parker, K.L. (Eds.). Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*. New York: Pergamon Press, 2005.

OLIVEIRA, R.G. de. Black book: manual de referência de pediatria, medicamentos e rotinas médicas. Belo Horizonte. 2002.

OLIVEIRA, et al. Especificidades de usuários (as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 11, n.4, p.694-8. 2007.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Programa para o Controle Internacional de Drogas**. Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime da ONU (UNODC). Brasília, 2005. Disponível em <<http://www.unodc.org.br>>. Acesso em: 18 abr. 2008.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **AIDS among drug abusers**. Monografia. Documento nº ICP/CDS 027:1-20, 1987.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **CID-10 - Critérios diagnósticos para pesquisas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoativas: resumo**. Genebra, 2004.

PIN, J.G. **O profissional de enfermagem e a dependência química por psicofármacos: uma questão de saúde do trabalhador**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.

PLANETA, C. da S. *et al.* Ontogênese, estresse e dependência de substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 43, n. 3. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-93322007000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322007000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 jan. 2010.



QUEIROZ, S., SCIVOLLETO, S., SILVA, M.M.S., STRASSMAN, P.G., ANDRADE, A.G., GATTAZ, W.F. Uso de drogas entre estudantes de uma escola pública de São Paulo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 28, n. 4, p. 176-182, 2001.

ROTHMAN, K.E. **Modern Epidemiology**. Boston: Litter, Brown & Co., 1986.

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies: 1999- 2000. National Household Survey on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services, 2006. Disponível em <<http://www.samhsa.gov>>. Acesso em 12 jan. 2010.

SANCHEZ-ZAMORANO, Luisa María et al . Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. **Salud pública Méx**, Cuernavaca, 2010. Disponível em <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00366342007000800008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00366342007000800008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 27 jan. 2010.

SCHENKER, M., MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e proteção para o uso de drogas na adolescência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Recife: SOS Corpo; 1991.

SÊCCO, I.A.O., *et al.* Epidemiologia dos acidentes de trabalho com material biológico na equipe de enfermagem de hospital público do Paraná. **UNOPAR científica. Ciências biológicas e da saúde**, v. 4, n. 1, p. 37-43, 2002.

Secretaria Nacional Antidrogas e Serviço Social da Indústria-SENAD. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília. 2008.

SEIBEL, S.D., TOSCANO, A.J. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2004.

SIELSKI, F. **Filhos que usam drogas – Um guia para os pais**. Curitiba: Editora Adrenalina, 1999.

SILVA, S.E.D. da, *et al.* A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 699-705, 2007.

SOUZA, D.P.O. de, FILHO, D.X. da S. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 2, p. 276-287, 2007.

SPINELLI, E., SILVA, O.A. Imunoensaio de fluorescência polarizada e sua aplicação na detecção de usuários de Cannabis. **Revista Brasileira de Toxicologia**, v. 7, n. 1/2, p. 37-43, 1994.

SPINELLI, E., SILVA, O.A. Identificação de usuários de Cannabis por cromatografia em camada delgada de alta eficiência. **Revista Brasileira de Toxicologia**, v. 8, n. 2, p. 21-28, 1995.

SPRICIGO, J.S., *et al.* Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 296-302, 2004.

SZKLO, M., JAVIER NIETO, F. Basic study designs in analytical epidemiology. *In*: Szklo M., Javier Nieto, F. (Eds.). **Epidemiology: beyond the basics**. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc., 2000.

VAIRINHOS, V.M. **Introdução à Estatística**. Editora Universidade aberta, 1997.

VAISSMANN, M. **Alcoolismo como problemas de saúde no trabalho**. Tese de Doutorado em Psiquiatria. Centro de Ciências e da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

VALENZUELA, E. M. Definición de los factores de riesgo laborales en el consumo de drogas. **Revista Toxicodependência**, v.7, n.2, p.59-65, 2001.

VARGAS, E.V. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. *In*: Duarte, L.F.D., Leal, O.F. (Eds.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

WEISS, F. Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. **Current Opinion in Pharmacology**, v.5, p.9-19, 2005.

W.H.O. - World Health Organization. **Global Status Report on Alcohol, Genova, 2004**. Disponível em <[www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/NeuroscienceP.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/NeuroscienceP.pdf)>. Acesso em 22 mai. 2008

## ANEXOS

## Termo de consentimento livre e esclarecido

(De acordo com a resolução 196 de 10/10/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IV)

Prezado (a) senhor(a)

Eu, Sabrina Mendes Ferraz, enfermeira do trabalho e mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e a Prof. Dra. Adelaide De Mattia Rocha, orientadora da pesquisa, estamos desenvolvendo um estudo com a finalidade de estimar o consumo de substâncias psicoativas em profissionais enfermeiros de hospitais de grande porte. O estudo identificará o padrão de consumo de substâncias psicoativas em enfermeiros, os tipos de substâncias psicoativas mais utilizadas, a relação entre o uso dessas substâncias e os fatores sócios demográficos, os horários de uso, a relação entre o padrão de consumo de substâncias psicoativas em enfermeiros e na população em geral. Essa pesquisa se justifica, uma vez que, são numerosos os estudos de prevalência de consumo de substâncias psicoativas em vários países, na população geral e em grupos específicos, mas são poucos os que analisam o consumo dessas substâncias em trabalhadores. Esse será um estudo preliminar e que estará limitado à determinação da análise quantitativa do uso e poderá subsidiar estudos posteriores sobre as causas do uso, abuso e dependência. Será utilizado questionário auto-aplicável estruturado elaborado pelos autores que será aplicado em local próprio com capela e urna para preenchimento e depósito do mesmo. A pesquisa tem finalidade acadêmica e por isso não haverá divulgação dos nomes dos hospitais em que serão realizadas as entrevistas e nem identificação dos profissionais participantes como garantia de sigilo e confidencialidade. A divulgação dos resultados será baseada somente na compilação e análise dos dados estatísticos em artigos científicos. A participação no estudo será livre e voluntária e em qualquer momento o participante poderá desistir, sem qualquer dano ou prejuízo. Em caso de desistência, o participante deverá solicitar ao pesquisador a retirada do banco de dados do número de identificação que receberá ao preencher o questionário. Os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecerem quaisquer dúvidas, bastando para isso contactá-los através do telefone (31) 3409 9886, no endereço da Escola de Enfermagem da UFMG, à Av. Alfredo Balena, 190 ou pelos e-mail [adelaide@enf.ufmg.br](mailto:adelaide@enf.ufmg.br) ou [smendesferraz@yahoo.com.br](mailto:smendesferraz@yahoo.com.br). COEP – Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º andar – sala 2005 – CEP 31270-901 – BH-MG, telefax (31) 34094592 – email [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

Eu.....após ter sido esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que está acima descrito, aceito participar da pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa ou responsável.....

Data.....

O pesquisador responsável pelo estudo declara que obteve espontaneamente o consentimento para realizar o estudo.

Assinatura.....

Data.....