



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO

ÍTALO ARÃO PEREIRA RIBEIRO

**CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR TRABALHADORES DE
SAÚDE**

TERESINA
2019

ÍTALO ARÃO PEREIRA RIBEIRO

**CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR TRABALHADORES DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – nível Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas Socioeducativas em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes

TERESINA
2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

R 484c Ribeiro, Ítalo Arão Pereira.
Consumo de substâncias psicoativas por trabalhadores de
saúde / Ítalo Arão Pereira Ribeiro. – 2019.
109 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Piauí, 2019.

“Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Márcia Astrês Fernandes”.

1. Psicotrópicos. 2. Pessoal de Saúde. 3. Transtornos
Relacionados ao Uso de Substâncias. 4. Saúde do Trabalhador.
5. Enfermagem. I. Título.

CDD 615.788

ÍTALO ARÃO PEREIRA RIBEIRO

**CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR TRABALHADORES DE
SAÚDE**

Relatório de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – nível Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes
Orientadora/Presidente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon
Examinadora Externa – Universidade de São Paulo (USP)

Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos
Examinadora Interna – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia
Suplente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, pela forte presença que se faz na minha vida, guiando-me e sempre iluminando o meu caminho com fé e esperança.

Aos meus pais, **Maria Zita Pereira Ribeiro** e **Dourival do Bonfim Ribeiro**, pelo amor incondicional, pelo apoio, palavras de conforto nos momentos difíceis, por seguirem acreditando, idealizando e apoiando meus sonhos, mesmo que, por muitas vezes, sem entenderem as minhas escolhas e decisões. Obrigado por tudo! Amo vocês.

Aos meus avós, **José Arão Pereira** (in memória) e **Adélia Maria Pereira**, por serem meus exemplos de união, amor, respeito e por transmitirem à nossa família os valores mais importantes da vida.

À **Universidade Federal do Piauí (UFPI)**, pelo incentivo à pesquisa na área da enfermagem durante esses doze anos de funcionamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf).

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela bolsa de auxílio financeiro que possibilitou o desenvolvimento desta pesquisa.

À **Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes**, minha orientadora, à qual tenho profunda admiração, respeito e como exemplo de docente e pesquisadora na área da Saúde Mental. Muito obrigado por aceitar, acreditar e apostar em meu potencial, como seu orientando, para a realização dessa pesquisa.

À minha banca examinadora: **Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos**, **Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia** e **Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon**, por aceitarem contribuir com os seus valiosos conhecimentos para esse estudo e por serem exemplos de docentes e pesquisadoras na Enfermagem.

À **todos os professores e funcionários** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela disponibilidade, acolhimento e ajuda.

Aos amigos, colegas e exemplos de profissionais da área da docência e pesquisa: **Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior**, **Profa. Ma. Aline Raquel de Sousa Ibiapina**, **Prof. Me. Antônio Tiago da Silva Sousa** e **Prof. Dr. Fauston Negreiros**, pela enorme força e incentivo que me deram para ingressar no mestrado.

Aos colegas da XI Turma de Mestrado do PPGenf/ UFPI, em especial, à **Maria Adelaide Duarte Claudino**, **Daniel de Macêdo Rocha**, **Nayana Santos Arêa Soares**,

Ingrid Moura de Abreu, Ana Paula Mousinho Tavares e Aliny de Oliveira Pedrosa, pela amizade, companheirismo e por dividirem comigo as tensões, aprendizados, conhecimentos e momentos de descontração durante esses dois anos de mestrado.

Aos **profissionais participantes dessa pesquisa** que tiveram um papel valiosíssimo para efetivação desse estudo, a eles o meu muito obrigado e respeito.

À todos que de alguma forma contribuíram para realização dessa pesquisa, meu eterno agradecimento.

“O ser humano é uma condição que necessita de uma certa dose de anestesia.”

Bohemian Rhapsody

RESUMO

Introdução: O trabalho é compreendido como uma atividade imprescindível para a vida do indivíduo. Assim, as condições e aspectos que permeiam a sua funcionalidade e o seu ambiente afetam diretamente os indivíduos envolvidos nesse meio, o que, por sua vez, pode ocasionar diversos problemas de origem física, mental, psíquica e social, dando margem para esses trabalhadores buscarem, no consumo de substâncias psicoativas, uma solução rápida e de alívio para os transtornos acarretados pelo trabalho. **Objetivo:** avaliar o uso de substâncias psicoativas por trabalhadores de saúde de um serviço hospitalar. **Método:** estudo analítico-observacional, transversal realizado em uma instituição de saúde de alta complexidade e referência no atendimento às urgências do estado do Piauí, realizado no período de março/2017 à outubro de 2018. A amostra foi constituída por 289 trabalhadores efetivos de saúde de diferentes categorias profissionais e que se encontravam há mais de um ano em atividade laboral na referida instituição. Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário para caracterização sociodemográfica, ocupacional, de saúde autorreferida e de consumo de substâncias psicoativas elaborado pelos próprios pesquisadores, além dos instrumentos: Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT) e o Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST). Utilizou-se o Software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0 para a realização da análise estatística descritiva e os testes de *Kolmogorov-Smirnov*, Qui Quadrado de *Person*, U de *Mann-Whitney* e o WALD para análise inferencial dos dados. O estudo atendeu as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o parecer favorável à sua realização foi emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. **Resultados:** entre os 289 participantes predominaram trabalhadores do sexo feminino 178 (61,6%) com faixa etária média de 35,4 anos, casados 127 (43,9%), religião católica 214 (74%), com escolaridade de nível técnico 131 (45,3%) e categoria profissional de Técnico em Enfermagem 144 (49,8%). Quanto aos aspectos ocupacionais, observou-se que o grau de exigência para a rotina de trabalho foi considerado alto por 165 (57%) e o grau da carga de trabalho foi alto para 145 (50,2%). Quanto aos tipos de exigências do trabalho: físico - alto para 128 (44,3%), mental - alto para 203 (70,2%) e emocional - alto para 168 (58,1%). Em relação ao grau de satisfação com o trabalho, prevaleceu o moderado 143 (49,5%). No que se refere às condições de saúde autorreferidas, a maioria dos participantes negaram a existência de qualquer doença crônica 239 (82,7%), quanto ao estado de saúde atual 130 (45%) a classificaram como bom, enquanto que 180 (62,3%) dos participantes consideraram o estado de saúde, antes do trabalho, como muito bom, sendo o cansaço mental 119 (41,2%), cansaço físico 112 (38,8%), o estresse 110 (38,1%) e a ansiedade 96 (33,2%), os principais agravos de saúde mais citados relacionados ao trabalho. No que tange o consumo de SPAs, verificou-se a prevalência do consumo de álcool 170 (41,4%), seguido do tabaco 77 (18,7%). Entre as substâncias de uso hospitalar e de prescrição médica, observou-se a prevalência dos hipnóticos/ sedativos 50 (12,2%), antidepressivos 47 (11,4%), e em seguida, os opiáceos 30 (7,3%). **Conclusão:** constatou-se que o consumo de SPAs é uma realidade presente na rotina dos trabalhadores de saúde sendo mais prevalentes entre os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, evidenciando o álcool e o tabaco como as principais substâncias mais consumidas.

Palavras-chave: Pessoal de Saúde. Psicotrópicos. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Saúde do Trabalhador. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: work is understood as an essential activity for the life of the individual. Thus, the conditions and aspects that permeate its functionality and its environment directly affect the individuals involved in this environment, which, in turn, can cause various problems of physical, mental, psychic and social origin giving margin to these workers seek ,psychoactive substance use, a quick and relief solution to work-related disorders. **Objective:** to evaluate the use of psychoactive substances by health workers of a hospital service. **Method:** an observational, cross-sectional study carried out in a health institution with high complexity and reference in the emergency department of the state of Piauí, conducted from March 2017 to October 2018. The sample consisted of 289 health workers of different effective professional categories and who had been working for more than a year in that institution. To collect the data a questionnaire was used to characterise the sociodemographic, occupational, self-reported health and psychoactive substances consumption prepared by the researchers themselves, in addition to the instruments: Alcohol-Related Problems Identification Test (AUDIT) and Test Involvement Screening with Alcohol, Cigarette and Other Substances (ASSIST). The Statistical Package for Social Science (SPSS), version 22.0, was used to perform the descriptive statistical analysis and the Kolmogorov-Smirnov, Chi-Square, Mann-Whitney, and WALD tests for inferential analysis of data. The study met the requirements of Resolution 466/12 of the National Health Council and the favorable opinion for its accomplishment was issued by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí. **Results:** Among the 289 participants, female workers predominated 178 (61.6%), with an average age of 35.4 years, married 127 (43.9%), Catholic religion 214 (74%), 131 (45.3%) and professional category of Nursing Technician 144 (49.8%). Regarding the occupational aspects, it was observed that the degree of exigency for the work routine was considered high by 165 (57%) and the degree of the workload was high for 145 (50.2%). Regarding the types of work requirements: physical - high to 128 (44.3%), mental - high to 203 (70.2%) and emotional - high to 168 (58.1%). Regarding the degree of satisfaction with work, the moderate 143 (49.5%) prevailed. Regarding the self-reported health conditions, most of the participants denied the existence of any chronic disease 239 (82.7%), 130 (45%) rated it as good, while 180 (62% , Mental fatigue (41.2%), physical exhaustion (38.8%), stress 110 (38.1%), physical exhaustion (38.8%),) and anxiety 96 (33.2%), the most cited health problems related to work. Regarding the consumption of ABPs, the prevalence of alcohol consumption was 170 (41.4%), followed by tobacco 77 (18.7%). The prevalence of hypnotics / sedatives 50 (12.2%), antidepressants 47 (11.4%), and then opioids 30 (7.3%) were among the substances for hospital use and prescription. **Conclusion:** it was observed that the consumption of SPAs is a reality present in the routine of the health workers, being more prevalent among the medical professionals, nurses and nursing technicians, evidencing alcohol and tobacco as the main substances most consumed.

Keywords: Health Personnel. Psychotropic Drugs. Substance-Related Disorders. Occupational Health. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Quadro 1	Descrição, categorias e classificação das variáveis do estudo. Teresina, Piauí, Brasil, 2018.....	26
Tabela 1	Amostra estratificada de trabalhadores de saúde por categoria profissional.....	23
Tabela 2	Descrição dos participantes abordados, recusas, perdas e amostra. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289).....	29
Tabela 3	Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289).....	32
Tabela 4	Caracterização ocupacional dos participantes do estudo. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289).....	33
Tabela 5	Caracterização ocupacional dos participantes do estudo. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289).....	35
Tabela 6	Caracterização de saúde autorreferida dos trabalhadores de saúde. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289).....	36
Tabela 7	Caracterização do consumo de SPAs dos trabalhadores de saúde. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289).....	38
Tabela 8	Caracterização do consumo de SPAs dos trabalhadores de saúde. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289).....	39
Tabela 9	Caracterização do consumo de SPAs dos trabalhadores de saúde. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289).....	40
Tabela 10	Classificação de risco para o álcool, entre os trabalhadores de saúde, segundo o Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT). Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289).....	41
Tabela 11	Prevalência de consumo de SPAs por trabalhadores de saúde, segundo o Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST). Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289).....	41
Tabela 12	Tipo de substância usada e classificação de risco para substâncias psicoativas entre os trabalhadores de saúde, segundo o Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST). Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289).....	42
Tabela 13	Principais SPAs consumidas pelos trabalhadores de saúde por categoria profissional. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289).....	44
Tabela 14	Comparação entre informações sociodemográficas e consumo de SPAs. Teresina, Piauí, Brasil, 2018.....	45
Tabela 15	Comparação entre as variáveis ocupacionais e consumo de SPAs. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289).....	46
Tabela 16	Comparação entre as variáveis de saúde autorreferidas e o consumo de SPAs. Teresina, Piauí, Brasil, 2018.....	48
Tabela 17	Regressão logística das variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de saúde autorreferidas, que apresentaram associação significativa, com o consumo de SPAs entre os trabalhadores de saúde. Teresina, Piauí, Brasil, 2018.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	antes de Cristo
ASSIST	Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias
AUDIT	Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
CD	Cirurgião-dentista
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DMT	Dimetilriptamina
ENF	Enfermeiro
FA	Farmácia
FI	Fisioterapia
FO	Fonoaudiologia
FMS	Fundação Municipal de Saúde
HUT	Hospital de Urgências de Teresina
LSD	Lysergsäurediethylamid
MDMA	Metilendioxi metanfetamina
ME	Medicina
NU	Nutrição
OMS	Organização Mundial da Saúde
PS	Psicologia
TE	Técnico em Enfermagem
TIO	Técnico em Imobilização Ortopédica
TLF	Técnico em Laboratório de Farmácia
TO	Terapia Ocupacional
TP	Técnico em Patologia
TR	Técnico em Radiologia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SPAs	Substâncias Psicoativas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Contextualização do problema	12
1.2	Objetivo Geral	13
1.3	Objetivos Específicos	14
1.4	Justificativa e relevância	14
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	16
2.1	Substâncias psicoativas nos seus aspectos gerais	16
2.2	Trabalhadores de saúde e a vulnerabilidade ao consumo de SPAs	19
3	MÉTODO	22
3.1	Delineamento do estudo	22
3.2	Local e período da pesquisa	22
3.3	População e amostra	22
3.4	Instrumentos	24
3.4.1	Ficha de informações sociodemográficas, ocupacionais, saúde autorreferida e uso de SPAs	24
3.4.2	Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT)	25
3.4.3	Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST)	25
3.5	Variáveis do estudo	26
3.6	Procedimentos para coleta de dados	28
3.7	Processamento dos dados	29
3.8	Aspectos éticos e legais da pesquisa	30
3.9	Riscos e benefícios	31
4	RESULTADOS	32
4.1	Caracterização sociodemográfica, ocupacional, saúde autorreferida e uso de SPAs	32
4.2	Prevalências de consumo e classificação de risco para o álcool e outras SPAs	41
4.3	Principais SPAs consumidas por categoria profissional	42
4.4	Fatores associados ao consumo de SPAs entre os trabalhadores de saúde	45
4.5	Regressão logística binária dos fatores associados ao consumo de SPAs	49
5	DISCUSSÃO	51
6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	74
7	CONCLUSÃO	75
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICES	83
	ANEXOS	94

INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O trabalho é uma das principais atividades desenvolvidas pelo ser humano, contribui para sua expressão em sociedade e auxilia o indivíduo na obtenção de desejos materiais ou na realização de desejos subjetivos que colaboram para as vivências de prazer. Entretanto, as cobranças e os novos modelos de produção têm exigido mais agilidade dos trabalhadores, rapidez de execução, informações, aprendizagem, adaptação às normas e cultura da empresa e exigências de mercado, ou seja, um trabalhador polivalente. Dessa forma, essas cobranças no meio laboral, dentre outros fatores, acabam se transformando em um verdadeiro gerador de sofrimento psíquico, despersonalizando esse profissional quanto ao seu saber, o que tem, por muitas vezes, induzido estes ao consumo de Substâncias Psicoativas (SPAs) (FÉLIX-JÚNIOR; SCHLINDWEIN; CALHEIROS, 2016; ROCHA, 2010).

Nesse sentido, estudos têm revelado que os trabalhadores de saúde, em especial médicos e enfermeiros, são os mais suscetíveis ao uso e desenvolvimento de dependência à alguma substância psicotrópica devido à maior possibilidade de autoadministração, uma vez que estes profissionais têm livre acesso a estas substâncias no ambiente de trabalho por serem os responsáveis pelo acondicionamento e manuseio (ROCHA; DAVID, 2015).

O consumo de SPAs por trabalhadores de saúde é uma condição preocupante, pois identifica a ausência de atenção e ações perante o assunto, contribuindo para o alarmante número de profissionais dependentes. O cenário favorável para o consumo, assim como a falta de estratégias de prevenção e intervenção, torna propício o uso das SPAs. Sendo que, muitas vezes é detectado, tardiamente, quando são poucas as chances de intervenção. Por sua vez, o acesso a algumas substâncias lícitas por indivíduos que trabalham diretamente com elas torna-se sem ônus para esses usuários, visto que não são questionados sobre para que fins e a dose a ser utilizada (SILVA; BOTTI, 2011).

Félix Júnior, Schlindwein e Cavalheiros (2016) alertam para a problemática do uso de SPAs relacionada ao estresse laboral e apresentam o consumo entre algumas categorias de trabalho como aquelas dos serviços de emergências, trabalhadores rurais e enfermeiros. O consumo de psicoativos pode ser utilizado como uma estratégia para o alívio de tensões (válvula de escape) vivenciado pela dura rotina e estresse ocasionado pelo ambiente de trabalho, situação que pode levar ao desgaste da vida social, ocupacional, assim como, o

surgimento de perturbações psíquicas e físicas.

Nessa perspectiva, o consumo de SPAs no ambiente de trabalho vem sendo cada vez mais discutido, visto que os aspectos que rodeiam a atuação laboral têm exigido mais do homem na atualidade sendo considerado um fator forte e influenciador para o uso dessas substâncias. Assim sendo, o trabalho tem sido motivo de diversos estudos de questionamentos e análises no intuito de entender a sua complexidade e nível de interferência na qualidade de vida das pessoas (SCHOLZE; MARTINS, 2016).

Pesquisas que tratam do consumo de SPAs por trabalhadores, a relação entre as condições de trabalho e o uso de drogas são de extremo interesse para a área da saúde do trabalhador, uma vez que estudos que discutem a relação trabalho e o uso de drogas, ainda são incipientes no Brasil. Da mesma forma, pesquisas sobre uso/abuso de SPAs entre os profissionais de saúde no Brasil e a respeito das estratégias de combate por parte dos profissionais, das instituições de saúde frente ao consumo de drogas por seus trabalhadores e as condições que condicionam a tal atitude (ROCHA; DAVID, 2015). Ressalta-se, ainda, que estudos em relação à temática no estado do Piauí, também, são desconhecidos ou inexistentes.

De acordo com Silva e Botti (2011), o tema relacionado a profissionais de saúde e uso de substâncias psicoativas é pouco abordado na produção científica devido aos estigmas imputados aos usuários. Há um paradoxo entre o papel do profissional de saúde, em que de cuidador/curador passa a ser o cliente/paciente, o que provoca grande dificuldade de aceitação do profissional como agente passível de cuidados e dificuldades em se aceitarem como indivíduos que necessitam de cuidados, o que colabora para que o problema se agrave.

Frente à magnitude dessa problemática para o campo da Saúde do Trabalhador, suas interfaces com a Saúde Mental no que se refere ao consumo de SPAs relacionado ao desenvolvimento da atividade laboral, a presente pesquisa apresenta como objeto de estudo o consumo de substâncias psicoativas por trabalhadores de saúde. Diante disso, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: quais aspectos e fatores influenciam os trabalhadores de saúde de um serviço hospitalar ao consumo de SPAs? Com o intuito de obter respostas frente a esta questão definiram-se como propósitos os seguintes objetivos:

1.2 Objetivo Geral

- Avaliar o uso de substâncias psicoativas por trabalhadores de saúde de um serviço hospitalar.

1.3 Objetivos Específicos

-Caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e condições de saúde autorreferidas dos trabalhadores de saúde;

-Verificar o padrão e risco de consumo para o álcool e outras substâncias psicoativas em trabalhadores de saúde do serviço hospitalar;

-Identificar os fatores associados ao consumo de SPAs entre os trabalhadores de saúde de um serviço hospitalar;

-Correlacionar o consumo de SPAs entre os trabalhadores da saúde e os fatores relacionados.

1.4 Justificativa e relevância

A motivação e o interesse em pesquisar sobre o tema no serviço hospitalar e, mais especificamente, no ambiente da urgência e emergência surgiram a partir da atuação do pesquisador como enfermeiro plantonista do pronto-socorro de um hospital de médio porte e referência regional, como também, da vivência como coordenação de enfermagem em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ambos na região sul do estado do Piauí.

Durante essas experiências, no cenário da urgência hospitalar e pré-hospitalar, o pesquisador conviveu e deparou-se com diversas situações que envolviam o uso e consumo rotineiro de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas por colegas de equipe e de diferentes categorias da saúde, tanto no ambiente de trabalho, quanto fora de suas funções laborais.

Nesse período, também era possível ouvir diversos relatos relacionados a enfermeiros, médicos, técnicos em enfermagem e de outras categorias profissionais considerados dependentes de certas substâncias como: dolantina, morfina, clonazepam, dormonid, dentre outras. Exemplos de profissionais que compareciam aos plantões alcoolizados ou sobre o efeito de outras drogas (maconha, cocaína). Ainda, casos de óbito e trabalhadores afastados de suas funções e setores devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

Diversas são as situações e histórias envolvendo trabalhadores da saúde e o uso abusivo de substâncias psicoativas que convivem em meio à prática laboral. A casuísta relação entre o trabalhador e a execução do trabalho tem sido mencionada por muitos como fator preponderante para o consumo das SPAs, visto como alternativa para o relaxamento mental e descanso físico.

Dessa forma, surgiu a indagação quanto à relação do ambiente de trabalho e a vulnerabilidade, bem como os aspectos e fatores que desencadeiam os profissionais da saúde dos serviços de urgência e emergência a fazerem uso e consumo de certas substâncias psicoativas em seu cotidiano laboral e em sua rotina fora do ambiente de trabalho.

Seguindo essa perspectiva e o interesse pela temática, realizou-se uma busca pelos bancos de dados nacionais e internacionais na tentativa de adquirir maiores conhecimentos e saber da real dimensão e aprofundamento das pesquisas sobre essa questão. Essa busca revelou a ausência de maiores pesquisas nesse segmento entre trabalhadores de saúde e substâncias psicoativas no âmbito nacional, quando direcionadas para o estado do Piauí são incipientes as pesquisas nessa vertente.

Assim, esse estudo se justifica pela sua problematização em meio à realidade que se encontra os trabalhadores de saúde, sendo necessário o desenvolvimento de mais estudos nessa área, que torna-se de inteira relevância, pois traz aspectos que envolvem o significado do trabalho, do trabalho em saúde, do ambiente laboral, do uso do conhecimento teórico-científico para o consumo dessas substâncias, da dependência química desenvolvida por fatores laborais e elucida o desequilíbrio psíquico e mental que o ambiente de trabalho tem causado para os trabalhadores de saúde na atualidade.

Vale ressaltar que, a maioria dos estudos encontrados na literatura científica nesse segmento são direcionados, especificamente, para as categorias médicas e enfermagem, o que reforça a necessidade de realização dessa pesquisa na busca de investigar o envolvimento e consumo de SPAs entre os demais trabalhadores de saúde que, também, encontram-se inseridos no serviço hospitalar.

Ademais, importa salientar que os resultados obtidos por meio do presente estudo poderão fomentar, não só a reflexão sobre a temática, mas a divulgação dos artigos em fontes científicas despertará novos estudos, saberes e conhecimentos capazes de alertar e desvelar a complexa relação do uso e consumo de SPAs pelos trabalhadores de saúde. Somado a isto, a pesquisa poderá servir de subsídios para a gestão (municipal) implementar ações e estratégias de monitoramento, prevenção e promoção da saúde para os trabalhadores que se encontram em situação de vulnerabilidade, consumo e dependência dessas substâncias..

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Substâncias psicoativas nos seus aspectos gerais

O termo drogas é utilizado para definir toda e qualquer substância não produzida pelo organismo humano capaz de provocar alterações momentâneas a nível de sistema nervoso central (SNC). Existem drogas que são capazes de alterar o funcionamento cerebral causando modificações no estado mental, no psiquismo e por isso mesmo, são denominadas de drogas psicotrópicas ou Substâncias Psicoativas (SPA) (NICASTRI, 2014).

As substâncias psicoativas e o seu uso sempre estiveram historicamente presentes em nosso meio, independente da raça, credo ou classe social. Assim, eram associadas, em algumas épocas históricas, a determinadas culturas e tradições como objeto de auxílio na interação e relacionamento social que marcavam datas e eventos festivos por causarem desinibição, sensação de prazer e mudanças comportamentais, também eram utilizadas com cunhos terapêuticos na busca da cura de certas enfermidades ou matérias que favoreciam rituais místicos e religiosos (MUNIZ; REICHEL; NEVES, 2013; BRANCO, 2013; TISOTT *et al.*, 2015).

Desde o início da história da humanidade, o uso de drogas esteve presente de várias maneiras distintas, para fins religiosos, rituais, obtenção de prazer, curas, socialização, dentre outras formas. Assim, o consumo de SPA ocorreu em épocas remotas com valores diferentes conforme contexto histórico ou cultural (BOLZAN; BELLINI, 2015; GLÓRIA; XAVIER, 2016).

Na pré-história, distintos povos usavam plantas e substâncias particulares para causar alterações de consciência por várias situações, com o tempo, esse hábito se manteve de acordo com as necessidades culturais e a ocasião. Em relação ao uso de álcool, em 6.000 a.C surgiram primeiros registros arqueológicos de consumo para minimizar dores e aliviar enfermidades físicas (OLIVEIRA; KERR-CORRÊA, 2013).

Em 4000 anos a.C., os sumérios usavam a papoula de ópio, denominada “planta da alegria”, para conseguir contato com os deuses. Nesse período, no Egito foram encontrados registros de pinturas e desenhos que representavam momentos vivenciados de embriaguez entre os homens após o uso de bebidas alcoólicas. Por volta de 2200 a.C., o uso de bebidas alcoólicas surge como forma de medicamento e posteriormente mencionadas em documentos do Oriente Médio através de várias referências ao vinho no Antigo Testamento (DIEHL *et al.*, 2011; MACRAE, 2014).

O consumo de álcool no Brasil começou antes da colonização dos portugueses quando, ao chegarem ao continente, perceberam o costume indígena de fabricar e ingerir uma bebida forte fermentada a partir da mandioca conhecida como “cauim”. O uso dessa bebida em rituais, festas e dentro da comunidade deixava bem difundida a sua cultura (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2014).

Desse modo, no Brasil a história das drogas inicia com o uso pelos povos indígenas, onde tinham contato com muitas plantas medicinais e psicoativas, que incluem o tabaco, cauins, fermentados de mandiocas e de frutas. As plantas tradicionais mais utilizadas eram ipecacuanha, a quina, a copaíba e a jurema (OLIVEIRA; CARNEIRO, 2014).

No final do século XIX surge a Revolução Industrial marcada pela transição do setor artesanal para o desenvolvimento do setor industrial, que produzia em série com grande exploração de operários, salários baixos e péssimas condições de trabalho. Nesse contexto, o álcool assume uma função importante entre os trabalhadores, que passam a consumir exageradamente como forma de alívio na tentativa de compensar as condições subumanas no trabalho. Porém, em 1850, o uso de álcool de forma abusiva começa a ser visto como um problema sério de saúde pública (PETRY, 2015).

Assim, na história econômica, social e cultural do Brasil, as drogas que mais se destacaram foram e ainda são as bebidas alcoólicas, em especial a cachaça e a cerveja, o tabaco e o café. Sabe-se que o ser humano, desde os tempos remotos, sempre fez uso de várias substâncias que causavam mudanças nas suas funções físicas, mentais e comportamentais (NASCIMENTO; AVALLONE, 2013; OLIVEIRA; CARNEIRO, 2014).

A análise e discussão do que leva os indivíduos ao consumo destas substâncias têm relação com o momento cultural e social de cada época. Na atualidade, seu consumo está relacionado à busca pelo prazer, redução do sofrimento, além do consumo social em festas e ocasiões comemorativas, quando é considerado lícito e até estimulado (GOMES, 2015). Seguindo os preceitos legais, as drogas são praticamente divididas em lícitas e ilícitas. As drogas lícitas são regularizadas por leis, podendo ser consumidas e comercializadas com algum tipo de proibição, como por exemplo, a venda de álcool para indivíduos menores de 18 anos. Enquanto as substâncias ilícitas são aquelas que têm seu uso e venda vedados por lei, como maconha, cocaína, entre outras. Entretanto, existem tipos de drogas que são utilizadas para tratamento de doenças, produzindo efeitos benéficos, porém algumas podem ser prejudiciais à saúde, como venenos ou tóxicos

(ROCHA, 2010).

De acordo com Laranjeiras *et al.* (1996), as drogas podem ser apresentadas e classificadas, quanto aos seus efeitos no organismo:

A Maconha (*Cannabis Sativa*) é uma droga alucinógena que possui como efeitos a capacidade de dirigir afetada em pelo menos quatro a seis horas após fumar um cigarro de maconha; Provoca mudanças na percepção sensorial – sentido de visão, olfato, paladar, tato e audição exacerbados; Incapacidade de concentração e redução de coordenação motora. E como sintomas principais: olhos vermelhos, tremores musculares, euforia, aparência de intoxicação, percepção de tempo e distância prejudicados, incapacidade de manter a atenção e desorientação.

Drogas depressoras da atividade do Sistema Nervoso Central (Benzodiazepínicos, Opióides e Barbitúricos) produzem efeitos que variam de pessoa a pessoa e de acordo com a quantidade e a potência da droga utilizada. Seus efeitos são os seguintes: fala confusa e caminhar cambaleante, visão e percepção afetadas, coordenação e reflexos reduzidos, capacidade de dirigir afetada e julgamento afetado. Apresentam sintomas de sedação leve ou forte, sensação temporária de bem estar, processos mentais e julgamentos prejudicados e retardados, perda do controle motor, desorientação, confusão e falta de coordenação.

Nessa classe de depressores pode ser destacado também o Álcool Etilíco. O uso excessivo de bebidas alcoólicas pode afetar praticamente todos os órgãos e sistemas do organismo no aparelho gastrointestinal as lesões no fígado podem levar à cirrose. Outros aparelhos atingidos são o cardiocirculatório (podendo ocorrer pressão alta, infarto do miocárdio), o sistema nervoso (epilepsia, lesões em nervos periféricos) e o geniturinário (impotência). Seus sintomas característicos são: fala confusa, olhos avermelhados e lacrimosos, equilíbrio deficiente, hálito característico, nistagmo (movimentos oculares involuntários).

As drogas estimulantes (cocaína e anfetaminas) agem como estimulantes do Sistema Nervoso Central. Geram sensação ampliada, porém momentânea, de confiança, força e resistência; sexualidade aumentada e intensificada; sensação de força – superabundância de energia, hiperatividade, sensação temporária de euforia, agitação e insônia de curta duração, irritabilidade, ansiedade, apreensão, aumento do ritmo cardíaco e respiratório, pressão sanguínea elevada, pupilas dilatadas, raciocínio distorcido e dificuldade de focalizar a visão. Seus sintomas mais característicos incluem excitabilidade extrema e incomum, ansiedade, fala sem controle, dificuldade em focalizar os olhos, pupilas dilatadas, raciocínio

distorcido paranoia e sintomas de overdose: tonteira, tremores, hostilidade, pânico, dores de cabeça, suores excessivos, cólicas abdominais e náuseas.

Drogas analgésicas narcóticas (Morfina, Heroína, Codeína e Meperidina) apresentam como efeitos estados de euforia de curta duração, visão reduzida, alívio da dor, dependência física e psicológica, possível morte. A sintomatologia caracteriza-se por constrição das pupilas, pálpebras caídas, boca seca, aparência de sonolência e falta de coordenação.

Os alucinógenos (Lysergsäurediethylamid - LSD, Ecstasy, Fenciclina, Dimetiltriptamina - DMT, Metilenodioximetanfetamina - MDMA), têm efeitos como capacidade de dirigir afetada, agitação extrema, alucinações, confusão e perda da memória, pulso, pressão sanguínea, respiração acelerada e temperatura do corpo aumentada. Causam diversos sintomas, como sonolência, sudorese, padrões de fala repetitivos, incoordenação motora, comportamento repetitivo e nistagmo (movimentos oculares involuntários).

Drogas inalantes ou solventes (colas plásticas, thinners de laca e tinta, produtos de petróleo) provocam grave desorientação e confusão, distorção visual, irritabilidade, perda de coordenação, alucinações e capacidade de dirigir afetada, bem como, falta de equilíbrio, fala confusa, espirros, tosse, coriza e dificuldade de dividir a atenção.

Com o passar dos anos, segundo Maciel *et al.* (2017), elas foram trabalhadas, melhoradas e, então, passaram a se difundir com o objetivo de alcançar o prazer supremo e passageiro. Nos anos 80 do século passado, houve acentuação no uso de drogas sintéticas, as produzidas em laboratório. Dessas, muitas têm uso medicinal, ou seja, são mantidas no hospital para uso em pacientes ou em farmácias compradas com receitas médicas.

2.2 Trabalhadores de saúde e a vulnerabilidade ao consumo de substâncias psicoativas

O trabalho é considerado uma atividade de sobrevivência, pois, de modo simples e concreto, é a forma mais complexa da expressividade do ser humano, sendo assim, uma necessidade de expressão que envolve a busca de seu espaço. Porém, todo e qualquer trabalho pode trazer, tanto a satisfação ao trabalhador como também promover descontentamento social, pessoal, monotonia de tarefas e atividades, falta de valorização e sobrecarga de trabalho, sendo estes os fatores que influenciam, em muito, a interrupção do exercício profissional (VIEIRA *et al.*, 2016).

Segundo Beck e David (2007), produz-se, no âmago das relações esfaceladas que permeiam o mundo do trabalho de hoje, uma situação-dilema para o trabalhador:

enfrentar o desemprego, ou reorganizar-se, interna e externamente para adequar-se às novas regras do processo produtivo, que se dá, com frequência, à custa de sua força vital. No entanto, reconhece-se que, mesmo sob pressão, o trabalhador tece estratégias de enfrentamento individuais e coletivas. Tal situação, já exaustivamente apontada como capaz de afetar a saúde do trabalhador, pode constituir-se em elemento condicionante para o uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas.

Apesar das pesquisas demonstrarem prevalência do uso abusivo semelhante ao da população em geral, tem-se percebido o aumento da prevalência da dependência de drogas entre os profissionais de saúde, explicável por fatores como o grande estresse no exercício profissional e as extensas jornadas de trabalho. Outra hipótese etiológica relaciona-se a aspectos da bioquímica e ao tempo de exposição, sugerindo que o encontro de grande prevalência de abuso em determinadas especialidades, como anestesiologia, poderia ser relacionado à inalação de nanopartículas de sedativos halogêneos diariamente, durante o ato anestésico, gerando um fenômeno de tolerância ao medicamento e, após algum tempo, abstinência e, conseqüentemente, a dependência e/ou o abuso (CAJAZEIRO *et al.*, 2012).

A dependência química entre médicos e profissionais de saúde já se transformou em séria preocupação das autoridades sanitárias de vários países do mundo, principalmente Estados Unidos e Inglaterra. O uso de substância psicoativa é progressivo e fatal. No caso dos médicos, por deteriorar o raciocínio linear, ela altera a aptidão de prescrever e administrar medicamentos, tomar decisões e executar procedimentos especializados, colocando em risco a vida dos clientes sob seus cuidados. No Brasil, a discussão está sendo apenas iniciada, mas pesquisas já demonstram a gravidade da questão (MARTINS; CORRÊA, 2004; MARTINS, 2009).

Segundo Silva e Botti (2011), o padrão mais frequente de drogas consumidas por médicos são o álcool, cocaína, benzodiazepínicos, maconha, opiáceos, anfetaminas e solventes. Investigações sobre a saúde dos médicos no Brasil enfatizam o preocupante número de médicos que usam drogas, além do álcool e do tabaco. O fato de serem vistos como agentes envolvidos no processo cuidar/curar imputa estereótipos, fato que torna ainda mais complexo o processo de autoaceitação para tratamento do uso abusivo..

Estudo sobre o uso de drogas na enfermagem identificou que a maioria dos trabalhadores desenvolviam segunda jornada de trabalho no lar, não praticavam lazer e apresentavam sentimentos positivos em relação ao trabalho, todavia, consideravam o

ambiente de trabalho estressante; falavam que conheciam os efeitos dos psicofármacos e consideravam os problemas psíquicos o fator principal para o uso dos mesmos. Contudo, atribuíam a necessidade do consumo dos psicofármacos a problemas familiares, sendo os ansiolíticos os mais consumidos e, na maioria, com prescrição médica (ZEFERINO *et al.*, 2006).

Sabe-se que os trabalhadores de Enfermagem, especificamente da área hospitalar, estão expostos fisicamente aos riscos de substâncias químicas, radiações, contaminações biológicas, excesso de calor, sistema de plantões e excessiva carga horária, convivem com uma realidade de baixos salários, falta de reconhecimento profissional e sofrem psiquicamente devido ao contato com o sofrimento e a dor, a doença e a morte, tendo que conviver com tais circunstâncias paralelamente aos seus problemas emocionais, o que pode fazer com que essas condições de trabalho favoreçam o uso de drogas (SILVA; BOTTI, 2011).

A detecção e a repercussão do uso e o abuso de psicotrópicos entre profissionais da saúde é um interesse comum que provoca preocupação dos estudiosos. Essa afirmativa advém da teoria de que tais usos e atitudes poderão tornar esses indivíduos dependentes, além de que o uso frequente dessas substâncias interfere diretamente no estabelecimento de um diagnóstico precoce, conseqüentemente, de um encaminhamento, bem como tratamento de usuários (MACIEL *et al.*, 2017).

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo analítico-observacional, transversal, por permitir que o pesquisador analise e verifique uma hipótese de maneira a observar as características relacionadas ao fenômeno estudado, sem intervir e descrevê-lo em um único e determinado momento (HOCHMAN *et al.*, 2005).

3.2 Local e período de pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital público de grande porte e referência estadual no atendimento de alta complexidade localizado na cidade de Teresina-PI. O referido hospital foi inaugurado em 2008 e se caracteriza por ser um hospital de ensino, pesquisa e extensão, além de contar com uma equipe multiprofissional de saúde, oferecendo diversos serviços como: Pronto Socorro, Unidade de Terapia Intensiva - UTI (neurológica, adulta e pediátrica), Ortopedia, Unidade de Queimados e Centro Cirúrgico. A pesquisa foi desenvolvida no período de março/2017 a outubro/2018.

3.3 População e amostra

A população foi composta por trabalhadores de saúde de diferentes categorias profissionais, conforme informações disponíveis no site de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (2017). O local da pesquisa conta com uma população de 1.398 profissionais de saúde, dentre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, cirurgiões-dentistas e outros.

Para seleção dos participantes foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: profissionais efetivos, com tempo de serviço igual ou superior a um ano e que possuíam carga horária igual ou superior a 24 horas semanais de trabalho. Foram excluídos: profissionais afastados de suas funções laborais por férias ou qualquer tipo de licença no período da coleta dos dados.

Para viabilizar a realização, garantir a confiabilidade dos dados e uma estimativa confiável, a amostra para esse estudo foi calculada por meio da fórmula para população finita proposta por Barbetta (2006), onde N é o tamanho da população; n tamanho da amostra; e n_0 é a primeira aproximação do tamanho da amostra. Porém, para realização dessa fórmula, primeiramente, deve-se calcular o n_0 , já adotando o erro amostral ou nível de

significância E_0^2) que no caso dessa pesquisa teve estimativa percentil de 5% (0,05).

Observam-se os cálculos citados logo abaixo:

Aproximação do tamanho da amostra (n_0):

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \quad n_0 = \frac{1}{0,05^2} = 400$$

Fórmula para população finita:

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0} \quad n = \frac{1.397 \cdot 400}{1.397 + 400} = 311$$

Por se constituir de uma amostra heterogênea (diferentes categorias profissionais), adotou-se os princípios da amostragem probabilística estratificada para garantir um número representativo de cada categoria no estudo. Com o resultado da estratificação, para “facilitar os cálculos”, os dados fracionados foram arredondados para apenas uma casa decimal com exceção dos cargos de Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional, que ambos possuíam apenas 01 profissional e por serem relevantes para os objetivos desse estudo, foram considerados na Tabela 1.

Tabela 1 - Amostra estratificada de trabalhadores de saúde por categoria profissional

	Categoria profissional	População	Amostra estratificada
1	Enfermeiro	180	41
2	Médico	364	82
3	Fisioterapeuta	58	13
4	Nutricionista	19	5
5	Cirurgião-Dentista	12	3
6	Psicólogo	07	2
7	Fonoaudiólogo	01	1

8	Farmacêutico	32	8
9	Terapeuta Ocupacional	01	1
10	Técnico em Enfermagem	647	146
11	Técnico em Radiologia	21	5
12	Técnico em Patologia	49	11
13	Técnico em Imobilização Ortopédica	05	2
14	Técnico em Laboratório de Farmácia	02	1
TOTAL		1.398	321

*Resultado da amostra estratificada

Para a seleção dos participantes, dentro de cada representatividade profissional, foi utilizada a técnica de seleção aleatória simples (sorteio).

3.4 Instrumentos

Para a coleta de dados, dois instrumentos e um questionários foram utilizados: Ficha de informações sociodemográficas elaborado pelos pesquisadores (APÊNDICE A); O Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST) (ANEXO A); e o Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT) (ANEXO B).

3.4.1 Ficha de informações sociodemográficas, ocupacional, doenças autorreferidas e consumo de SPAs.

Trata-se de um questionário contendo perguntas fechadas relacionado às variáveis sociodemográficas, ocupacionais, condições de saúde autorreferidas e consumo de SPAs (Quadro 1) respondido pelos participantes. Esse questionário foi elaborado pelos autores e submetido à avaliação de 3 especialistas nas áreas da Saúde Mental (2) e Saúde do Trabalhador (1) para validação de face e conteúdo, tornando-se adequado e confiável para responder aos objetivos propostos. Posto isso, foi realizado um pré-teste com 10 profissionais para avaliação do instrumento quanto à sua apresentação, compreensão, tempo

de preenchimento e adequação aos objetivos sugeridos.

3.4.2 Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT)

O AUDIT foi desenvolvido pela OMS, no fim da década de 1980, como instrumento de rastreamento para uso problemático de álcool. É um instrumento composto por 10 itens, cada um com margem de 0 a 4 pontos, possibilitando um espectro de pontuação de 0 a 40. A pontuação que o sujeito atinge ao responder aos itens do AUDIT permite a classificação do uso da substância da seguinte forma: Zona I (baixo risco ou abstinência) - 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) - 8 a 15 pontos; Zona III (uso nocivo) - 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) - 20 a 40 pontos. A partir da identificação da zona de risco, torna-se possível ao profissional oferecer orientações personalizadas, focadas no padrão de consumo individual (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

O uso de baixo risco caracteriza-se por não haver extrapolação dos limites recomendados pela OMS (homens: 2 doses-padrão por dia ou 3 doses por ocasião; mulheres e idosos: 1 dose-padrão por dia ou 2 doses por ocasião). Por outro lado, o uso de risco abrange os indivíduos que bebem acima dos limites e que mesmo não apresentando problemas em decorrência do consumo, se expõem a situações de risco; e o uso nocivo é aquele que acarreta dano real à saúde física e/ou mental, além de implicar em consequências sociais adversas e críticas por outras pessoas (BABOR *et al.*, 2001; BABOR *et al.*, 2003)

O AUDIT teve sua versão em português desenvolvida por Méndez (1999) e, posteriormente, adaptada por Lima *et al.* (2005). Possui duas versões disponíveis e elaboradas pela OMS: uma para autoaplicação e outra para entrevista. Para fins desta pesquisa, optou-se pela versão autoaplicável.

3.4.3 Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST)

O ASSIST também é um instrumento elaborado pela OMS, em 1997, desenvolvido especificamente para ser utilizado na atenção primária à saúde. É um instrumento de fácil aplicação, baixo custo, flexível, possui informações consistentes com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1994) e foi validado para uso em diversos países, inclusive no Brasil (RONZANI *et al.*, 2005), em 2004, por Henrique *et al.* (2004). Trata-se de um questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos,

inalantes, alucinógenos, e opiáceos).

As questões abordam frequência de uso na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e ≥ 16 como sugestiva de dependência (HENRIQUE *et al.*, 2004). Também se optou pela versão autoaplicável ASSIST V 3.0.

3.5 Variáveis do Estudo

Na presente pesquisa, a variável dependente refere-se ao consumo de SPAs entre os trabalhadores de saúde. Já as variáveis independentes estão apresentadas no Quadro 1, são relacionadas as características sociodemográficas, ocupacionais e de doenças autorreferidas, assim como, os aspectos relacionados ao consumo de SPAs.

Quadro 1 – Descrição, categorias e classificação das variáveis do estudo. Teresina, Piauí, Brasil, 2018.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS			
Variável	Descrição	Categorias	Classificação
Sexo	Sexo	Masculino ou Feminino	Catégorica nominal dicotômica
Idade	Em anos	Data de nascimento e data da entrevista	Numérica contínua
Estado civil	Estado civil	Casado/União estável, Solteiro, Separado/ divorciado, Viúvo	Catégorica Nominal
Escolaridade	Escolaridade	Nível técnico, Nível Superior, Pós-graduação	Catégorica ordinal
Categoria profissional	Categoria profissional	Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Fisioterapeuta, outro	Catégorica nominal
Religião	Religião	Católico, Evangélico, Espírita, outro	Catégorica nominal discreta
Renda individual	Em reais	Renda individual em reais	Numérica razão contínua
Renda familiar	Em reais	Renda familiar em reais	Numérica razão discreta

VARIÁVEIS CONDIÇÕES OCUPACIONAIS			
Variável	Descrição	Categoria	Classificação
Tempo de trabalho na Instituição	Em anos	1 a 2 anos, 2 a 4 anos, 4 a 6 anos, outro.	Numérica razão discreta
Setor de função	Setor de função	Pronto Socorro, Clínica Médica, CC, UTI, outro.	Categórica nominal discreta
Tempo no setor	Setor de função	0 a 6 meses, 6 a 12 meses, 12 a 24 meses, igual ou superior a 24 meses, outro.	Numérica razão discreta
Carga horária semanal	Em horas	24 h, 36 h, 40 h, outro	Numérica razão contínua
Turno de trabalho	Em turno	Diurno ou noturno	Categórica nominal dicotômica
Folga/descanso semanal	Em horas	12 h, 24 h, 36h outro	Numérica razão contínua
Vínculos empregatícios	Número de vínculos	01, 02, 03, outro	Numérica razão discreta
Exigências do trabalho	Grau de exigências da rotina	Alto, moderado, baixo	Categórica Nominal
Relações interpessoais	Relações no ambiente de trabalho	Bom, regular, ruim	Categórica Nominal
Carga de trabalho	Carga de trabalho	Alto, moderado, baixo	Categórica Nominal
Tipo de exigências	Tipo de exigências	Física, intelectual, emocional, outros	Categórica Nominal
Satisfação com o trabalho	Grau de satisfação	Alto, moderado, baixo	Categórica Nominal
Remuneração	Remuneração	Bom, regular, ruim	Categórica Nominal
Relação com o chefe	Relação com o chefe	Bom, regular, ruim	Categórica Nominal
Estrutura do ambiente de Trabalho	Estrutura do ambiente de Trabalho	Adequada, regular, inadequada	Categórica Nominal
VARIÁVEIS CONDIÇÕES DE SAÚDE AUTORREFERIDAS			
Variável	Descrição	Categoria	Classificação
Patologias que os acometem	Patologias que os acometem	Hipertensão arterial, Diabetes mellitus, Depressão, outros	Categórica nominal
Classificação do estado de saúde geral atual	Condição de saúde autorreferida atualmente	Boa, muito boa, regular ou ruim	Categórica Nominal
Classificação do estado de saúde anterior à função	Classificação do estado de saúde anterior à função	Boa, muito boa, regular ou ruim	Categoria nominal

Agravos de saúde relacionados ao trabalho	Agravos de saúde relacionados ao trabalho	Estresse, ansiedade, insônia, cansaço, fadiga, distúrbios gastrointestinais, distúrbios osteoarticulares, outros	Categórica nominal
VARIÁVEIS CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS			
Variável	Descrição	Categoria	Classificação
Fatores que influenciam para o consumo de SPAs	Fatores que levam o indivíduo a consumir SPAs	Insatisfação com o trabalho, pressão da função que exerce, condições de trabalho, problemas pessoais, ansiedade, depressão, estresse e outros.	Categórica nominal
Situações em que há o consumo de SPAs	Situações em que o indivíduo utiliza SPAs	Para ir trabalhar, durante o trabalho, após o trabalho, para aliviar alguma sintomatologia, para relaxar, para dormir, se relacionar, outros.	Categórica nominal
Orientação quanto ao consumo de SPAs	Orientação quanto ao consumo de certas SPAs medicamentosas (ex: benzodiazepínicos, opioides, antidepressivos, outros)	Prescrição/orientação médica ou automedicação.	Categórica nominal
Ciência quanto aos problemas e agravos pelo uso indevido ou abusivo de SPAs	Consciência dos efeitos e danos que o uso indevido/abusivo traz para vida social e profissional.	Sim ou Não	Categórica nominal

3.6 Procedimento para coleta dos dados

Após a aprovação e liberação da pesquisa, foi estabelecido contato com a direção, os recursos humanos e a enfermeira responsável pelo CEP da instituição, que se disponibilizou em colaborar com a coleta. Durante esse contato, foi realizado um levantamento de dados dos profissionais e das escalas de horário de trabalho dos mesmos para seleção dos participantes do presente estudo.

Posteriormente, foi solicitado um espaço reservado, junto à gerência do Pronto Socorro, para servir de apoio para o pesquisador, onde foi disponibilizada uma urna com a identificação da pesquisa, e depósitos de envelopes preenchidos e lacrados com os

instrumentos da pesquisa pelos participantes.

A coleta dos dados aconteceu no período de março a outubro de 2018. As entrevistas foram realizadas durante os três períodos (manhã/tarde/noite) do expediente de trabalho dos profissionais de saúde, onde foram recrutados e orientados quanto aos objetivos, a temática do estudo e convidados a participarem.

Foi necessária a prorrogação do período de coleta de dados devido aos elevados números de recusas, resultando em perda amostral. Ressalta-se que foram consideradas perdas aqueles participantes que não devolveram os instrumentos e os profissionais ausentes no local de trabalho, após duas tentativas consecutivas de coleta. Dentre os principais motivos para a recusa, os profissionais relataram temas como: falta de tempo para responder devido à função que exerciam em certos setores do hospital, a carga horária semanal que executavam na instituição e em outras, motivos relacionados à temática e os objetivos da pesquisa, alegando que não usavam de modo algum qualquer substância psicoativa e que, por isso, não deveriam participar do estudo mesmo após a explanação dos objetivos e esclarecimentos a respeito das SPAs. O número de pessoas convidadas, recusas, perdas e a amostra final estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Descrição dos participantes abordados, recusas, perdas e amostra. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289)

Categoria profissional	Abordados	Recusas	Perdas	Amostra
Enfermeiro	95	31	23	41
Médico	258	174	33	51
Fisioterapeuta	58	15	31	12
Nutricionista	8	0	3	5
Psicólogo	6	2	2	2
Cirurgião-Dentista	4	0	1	3
Fonoaudiólogo	1	1	0	1
Farmacêutico	15	3	4	8
Terapeuta Ocupacional	1	0	0	1
Téc. em Enfermagem	325	49	130	146
Téc. em Radiologia	15	4	6	5
Téc. em Patologia	23	5	7	11
Téc. em Imobilização Ortopédica	3	1	0	2
Téc. em Laboratório de Farmácia	2	0	1	1
TOTAL				289

*Resultado da quantidade de participantes da pesquisa após a coletada de dados.

3.4 Processamento dos dados

Inicialmente, para a construção do banco de dados, os dados foram digitados em

planilhas do programa *Microsoft Excel* em dupla entrada para detectar possíveis erros de digitação e codificação de todas as variáveis em um dicionário. Após isso, e para a análise estatística, utilizou-se o aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS, versão 22.0) e aplicadas estatísticas descritivas e inferenciais.

Para as variáveis sociodemográficas, condições ocupacionais e condições autorreferidas, a análise estatística foi construída por medidas de posição (média) e de variabilidade (desvio padrão) para as variáveis quantitativas e pela frequência absoluta (nº) e relativa (%) para as variáveis categóricas.

Quanto aos instrumentos ASSIST e AUDIT, inicialmente foi testada a consistência interna por meio da medida *Alpha de Cronbach* (α). Trata-se de um processo para verificar a existência de correlação entre os itens de uma seção do instrumento, bem como, à extensão em que os itens individuais se relacionam com o escore global obtido. Esse coeficiente pode variar de zero (0) a um (1,0) mostrando que, quanto mais próximo do um, maior será a consistência interna e mais precisa será a medição, indicando na homogeneidade da medida do mesmo construto (CALLEGARI-JACQUES, 2006; POLIT; BECK, 2011).

Com relação aos itens desse instrumento, foi realizado o cálculo dos escores dos domínios conforme orientações e fórmulas contidas no manual do grupo EORTC (FAYERS *et al*, 2011). Foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para análise e verificação da normalidade da amostra. Para avaliar a associação existente entre as variáveis qualitativas, foi utilizado o teste Qui Quadrado (X^2) de *Pearson*. Em seguida, foi utilizado o teste de correlação U de Mann-Whitney para as variáveis quantitativas não paramétricas (não normais). Posto isso, com base na análise do p-valor dos testes listados, usou-se a regressão logística binária utilizando-se o teste de WALD. Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3.5 Aspectos éticos e legais da pesquisa

O projeto, inicialmente, foi submetido às Comissões de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde (CEP/FMS) de Teresina (ANEXO C) e do Hospital de Urgência de Teresina – Dr. Zenon Rocha (CEP/HUT) (ANEXO D) para apreciação e autorização da coleta de dados, obtendo parecer favorável em ambos. Posto isso, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI), obtendo-se parecer favorável com o nº 2.379.798, em 17 de novembro de 2017.

A participação no estudo foi voluntária mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), fundamentada no capítulo IV da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, por meio do qual, foram asseguradas a confidencialidade e a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades e plena liberdade ao participante da pesquisa de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma (BRASIL, 2012).

3.6 Riscos e benefícios

A pesquisa ofereceu riscos mínimos como: constrangimento, desconforto emocional, tensão e medo perante a abordagem do tema da pesquisa. Nesse sentido, no intuito de oferecer assistência e minimização destes riscos aos participantes, foram esclarecidos os objetivos, a importância da pesquisa, garantindo a eles sigilo e anonimato, bem como sua retirada da pesquisa a qualquer momento durante a coleta de dados.

Quanto aos benefícios, inclui o de proporcionar uma maior compreensão das ações que aborda o tema aos pesquisadores e profissionais que trabalham com questões envolvendo tanto substâncias psicoativas, quanto ao seu uso e consumo por profissionais de saúde, dependência química e aspectos que abrangem a relação trabalho/drogas, oferecendo subsídios para o desenvolvimento de novos estudos e abrindo espaço para novas discussões acerca dos princípios envolvendo a temática.

Para os participantes, essa pesquisa poderá contribuir em longo prazo, visto que por meio do conhecimento das informações, a gestão municipal poderá implementar ações e estratégias de rastreamento e detecção de fatores no ambiente de trabalho que ocasiona e favorece ao uso e consumo, bem como na formulação de plano de tratamento e manejo ao trabalhador usuário e dependente químicos.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica, ocupacional, saúde autorreferida e uso de SPAs

Observa-se na amostra total a predominância do sexo feminino 178 (61,6%) com média de idade de 35,4 anos, casados 127 (43,9%), religião católica 214 (74,0%), escolaridade de nível técnico 131 (45,3%), categoria profissional de Técnico em Enfermagem 144 (49,8%), renda média individual de R\$ 7.584,7 e familiar de R\$ 10.869,30, conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289)

(continua)

Variável	N	%	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Sexo						
Masculino	111	38,4%				
Feminino	178	61,6%				
Faixa Etária						
≤40 anos (Jovem Adulto)	233	80,6%	35,4	23,0	69,0	7,3
41-65 anos(adulto)	54	18,7%				
>65 anos	2	0,7%				
Estado civil						
Casado	127	43,9%				
Solteiro	106	36,7%				
Divorciado	22	7,6%				
União Estável	31	10,7%				
Viúvo	3	1,0%				
Religião						
Católico	214	74,0%				
Espírita	20	6,9%				
Evangélico	39	13,5%				
Outras	16	5,5%				
Escolaridade						
Nível médio	131	45,3%				
Nível superior	98	33,9%				
Nível pós-graduação	59	20,4%				
Nenhum	1	0,3%				
Categoria profissional						
Enfermeiro	41	14,2%				
Medico	51	17,6%				

(conclusão)

Variável	N	%	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Farmacêutico	8	3,1%				
Fisioterapia	11	3,8%				
Fonoaudiólogo	1	0,3%				
Nutricionista	5	1,7%				
Odontólogo	3	1,4%				
Psicólogo	2	0,7%				
Técnico em Enfermagem	146	49,8%				
Técnico em imobilização ortopédica	2	0,7%				
Técnico em laboratório de farmácia	1	0,7%				
Técnico em patologia	11	3,8%				
Técnico em Radiologia	5	1,7%				
Terapeuta Ocupacional	1	0,3%				
Renda individual			7584,7	1200,0	82000,0	10460,4
Renda familiar			10869,3	1500,0	92000,0	12564,3

Fonte: Próprio Autor

Quanto aos aspectos ocupacionais, a maioria dos participantes trabalhava entre 2-4 anos 59 (20,4%), em locais como Pronto Socorro 64 (20,5%), o tempo de trabalho nesse local foi 24 meses 174 (60,2%), carga horária semanal de 30 horas 162 (56,1%), turno de trabalho diurno 117 (40,5%), não possuíam outros vínculos empregatícios 160 (55,4%) e com carga horária semanal maior que 40 horas/semanais, somando todos os horários dos vínculos empregatícios 135 (46,7%). Dados apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Caracterização ocupacional dos participantes do estudo. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289) (continua)

Variável	N	%
Tempo de trabalho		
<2 anos	38	13,1
2 -4 anos	59	20,4
4 -6 anos	53	18,3
6 -8 anos	47	16,3
≥8 anos	92	31,8
Setor de trabalho		
Ala de Queimados	10	3,2
Centro Cirúrgico	17	5,4
Centro Cirúrgico	14	4,4

(continua)

Variável	N	%
Clín. Cirúrgica	13	4,1
Clín. Neurológica	38	12,1
Enf. Pediátrica	15	4,8
Enfer. Cardiológica	9	2,8
Enfermagem Ortopédica	12	3,8
Enfermaria de clínica médica	37	11,8
Farmácia	4	1,2
Hosp. Todo	3	0,9
Laboratório de Exames Clínicos	19	6,0
Nutrição	5	1,6
Pronto socorro	64	20,5
Psicologia	1	0,3
Radiologia	9	2,8
UTI Adulta	16	5,1
UTI neurológica	13	4,1
UTI Pediátrica	13	4,1
Tempo no setor		
0 -6 meses	17	5,9
6 -12 meses	45	15,6
12 -24 meses	53	18,3
≥24 meses	174	60,2
CH semanal		
24 horas semanais	55	19
30 horas semanais	162	56,1
36 horas semanais	48	16,6
40 horas semanais	6	2,1
≥ 40 horas semanais	18	6,2
Turno de trabalho		
Diurno	117	40,5
Noturno	57	19,7
Diurno/Noturno	115	39,8
Escala de trabalho		
12X36	66	22,8
12x24	87	30,1
24X36	17	5,9
24x48	16	5,5
Não informaram	103	35,6
Outros vínculos		
Sim	129	44,6
Não	160	55,4
CH semanal total		
24 horas	22	7,6

(conclusão)

Variável	N	%
30 horas	89	30,8
36 horas	39	13,5
40 horas	4	1,4
≥ 40 horas	135	46,7
Baixo	43	14,9

Fonte: Próprio Autor

No que se refere ao grau de exigência para a rotina de trabalho foi considerado alto por 165 (57,09%) e o grau da carga de trabalho também para 145 (50,2%). Quanto aos tipos de exigências do trabalho: físico - alto para 128 (44,3%), mental - alto para 203 (70,2%) e emocional - alto para 168 (58,1%). Em relação ao grau de satisfação com o trabalho, prevaleceu o moderado 143 (49,5%), o valor da remuneração foi “bom” 109 (37,7%), o nível de interação pessoal foi “bom” 146 (50,5%), a interação com o chefe “bom” 166 (57,4%) e a estrutura do ambiente de trabalho foi regular 186 (64,4%), conforme explanado abaixo.

Tabela 5 – Caracterização ocupacional dos participantes do estudo. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289) (continua)

Variável	N	%
Grau de exigência para a rotina de trabalho		
Alto	165	57,0
Moderado	77	26,6
Baixo	47	16,2
Grau da carga de trabalho		
Alto	145	50,2
Moderado	137	47,4
Baixo	7	2,4
Tipos de exigências e grau a sua rotina laboral		
Físico		
Alto	128	44,3
Moderado	152	52,6
Baixo	9	3,1
Mental		
Alto	203	70,2
Moderado	80	27,7
Baixo	6	2,1
Emocional		
Alto	168	58,1
Moderado	117	40,5
Baixo	4	1,4

(conclusão)

Variável	N	%
Grau de satisfação		
Alto	103	35,6
Moderado	143	49,5
Baixo	43	14,9
Valor da sua remuneração		
Muito Bom	43	14,9
Bom	109	37,7
Regular	95	32,9
Ruim	42	14,5
Nível de relacionamento interpessoal		
Muito Bom	127	43,9
Bom	146	50,5
Regular	16	5,5
Interação com o chefe		
Muito Bom	105	36,3
Bom	166	57,4
Regular	18	6,2
Estrutura do ambiente		
Adequada	64	22,1
Regular	186	64,4
Inadequada	39	13,5

Fonte: Próprio Autor

Quanto às condições de saúde autorreferidas, a maioria negou a existência de qualquer doença crônica 239 (82,7%), sobre o estado de saúde atual 130 (45,0%) a classificaram como bom, enquanto que 180 (62,3%) dos participantes consideraram o estado de saúde, antes do trabalho, como muito bom e 155 (53,6%) atribuíram o atual estado de saúde física e mental ao trabalho, sendo o cansaço mental 119 (41,2%), cansaço físico 112 (38,8%), o estresse 110 (38,1%) e a ansiedade 96 (33,2%), os principais agravos de saúde mais citados relacionados ao trabalho que exercem.

Tabela 6 – Caracterização de saúde autorreferida dos trabalhadores de saúde. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289) (continua)

Variável		N	(%)
Doença crônica	Sim	50	17,3
	Não	239	82,7
Hipertensão Arterial Sistêmica	Sim	12	4,2
Diabetes Mellitus	Sim	4	1,4

Variável		N	(%)
Depressão	Sim	5	1,7
Doença cardíaca	Sim	1	,3
Doença nefrológica	Sim	1	,3
Cirrose	Sim	4	1,4
Ansiedade	Sim	14	4,8
Trombose	Sim	1	0,3
Gastrite	Sim	4	1,4
Impotência	Sim	1	0,3
Enxaqueca	Sim	4	1,4
Hiperatividade	Sim	1	0,3
Sínd. do Manguito Rotador em Ombro D	Sim	1	0,3
Tendinite	Sim	3	1,0
Estafa	Sim	10	3,5
Hérnia de disco	Sim	9	3,1
Artrose	Sim	1	0,3
Sínd. Vaso Vagal	Sim	1	0,3
Refluxo Gastresofágico	Sim	3	1,0
Asma	Sim	4	1,4
Obesidade	Sim	1	0,3
Sínd. Intestino Irritável	Sim	18	6,2
Estado atual de saúde	Muito Bom	116	40,1
	Bom	130	45,0
	Regular	41	14,2
	Ruim	2	0,7
Estado de saúde antes do trabalho	Muito Bom	180	62,3
	Bom	95	32,9
	Regular	14	4,8
Agravo à saúde relacionado ao trabalho	Sim	155	53,6
Cansaço mental	Sim	119	41,2
Cansaço físico	Sim	112	38,8
Insônia	Sim	47	16,3
Ansiedade	Sim	96	33,2
Estresse	Sim	110	38,1
Fadiga	Sim	65	22,5
Sonolência	Sim	70	24,2
Irritação	Sim	25	8,7
Dist. Gastrointestinais	Sim	16	5,5
Depressão	Sim	23	8,0
Dist. Osteoarticulares	Sim	30	10,4

Fonte: Próprio Autor.

Em relação ao consumo de SPAs, 141 (48,8%) participantes afirmaram que já tinham

consumido algum tipo de substância, porém não usam atualmente. Quanto à classificação da natureza das SPAs consumidas, 168 (55,8%) foram apenas drogas lícitas, tendo prevalência o consumo de álcool 170 (41,4%), seguido do tabaco 77 (18,7%). Entre as substâncias de uso hospitalar e de prescrição médica, observou-se a prevalência dos hipnóticos/sedativos 50 (12,2%), antidepressivos 47 (11,4%), e em seguida, os opiáceos 30 (7,3%), o que pode ser constatado na Tabela 6.

No que se refere às drogas ilícitas, a maconha 16 (3,9%) e os inalantes 13 (3,2%) foram as mais citadas. Para as anfetaminas, apenas dois participantes fizeram/fazem uso. No uso das substâncias, de natureza medicamentosa, evidenciou-se que 100 (34,6%) dos participantes consumiam com base na automedicação de acordo com a Tabela 7.

Tabela 7 – Caracterização do consumo de SPAs dos trabalhadores de saúde. Teresina, Piauí, Brasil. 2018. (n=289)

Variável	N	%
Consumo de SPAs		
Sim, mas não consumo atualmente	141	48,8
Sim, já experimentei e faço uso atual	102	35,3
Não, não uso e nunca experimentei	46	15,9
Classificação da Substância		
Drogas lícitas	168	55,8
Drogas ilícitas	24	8,0
Uso hospitalar	42	14,0
Prescrição médica	67	22,3
Tipos de Drogas Usadas		
Tabaco	77	18,7
Álcool	170	41,4
Maconha	16	3,9
Anfetaminas	2	0,5
Inalantes	13	3,2
Hipnóticos/sedativos	50	12,2
Antidepressivos	47	11,4
Opiáceos	30	7,3
Outros	6	1,5
Uso de Substância medicamentosa		
Prescrição médica	62	21,5
Automedicação	100	34,6
Não faço uso	127	43,9

Fonte: Próprio Autor

Dentre os motivos que os levaram ao consumo, predominou: o uso recreativo 123 (14,6%), alívio de tensões 108 (12,8%), ansiedade 85 (10,0%) e o cansaço mental 79 (9,4%).

As situações em que os profissionais mais usam foram: após o trabalho 121 (15,4%), para relaxar/descansar 108 (13,8%), desinibição 95 (12,1%) e em momentos de interação social 76 (9,60%). A via de administração e consumo mais utilizada foi a oral, 180 (68,2%) como descrito na Tabela 8.

Tabela 8 – Caracterização do consumo de SPAs dos trabalhadores de saúde. Teresina, Piauí, Brasil. 2018. (n=289) (continua)

Variável	N	%
Motivação para o consumo		
Ansiedade	84	10,0
Depressão	54	6,4
Estresse	76	9,0
Insônia	44	5,2
Acesso fácil	51	6,0
Alívio de tensões	108	12,8
Uso recreativo	123	14,6
Cansaço físico	60	7,1
Cansaço mental	79	9,4
Fadiga	33	3,9
Dificuldade no estado de saúde do paciente	9	1,1
Relações afetivas	20	2,4
Insatisfação laboral	34	4,0
Pressão	13	1,5
Condições de trabalho	25	3,0
Carga Horária	18	2,1
Relacionamento com equipe	4	0,5
Outros	8	0,9
Principal situação de consumo		
Queimadura	2	0,3
Diversão	11	1,4
Procedimento cirúrgico	2	0,3
Quest. Econômica	8	1,0
Sit. Alívio sintomas	40	5,1
Relaxar/descansar	109	13,8
Diminuir o Apetite	9	1,1
Controle do humor	31	3,9
Ansiedade/medo	52	6,6
Dormir	47	6,0
Desinibição	95	12,1
Interação social	76	9,6
Trabalho	13	1,6
Durante	48	6,1
Após	121	15,4

		(conclusão)
Outras	55	7,0
Festivo	69	8,8
Via de administração e consumo		
Via injetável	9	3,4
Inalatória	53	20,1
Oral	180	68,2
Outros	22	8,3

Fonte: Próprio Autor

Em si tratando dos danos, 158 (59,4%) afirmaram ter ciência dos riscos trazidos pelo consumo dessas substâncias e, entre essas consequências, 82 (11,5%) dos participantes apontaram a dependência química como o principal risco, seguidos de alteração do padrão do sono 77 (10,8%), transtornos mentais 63 (8,8%) e vulnerabilidade a outras substâncias 61 (8,6%).

Tabela 9 – Caracterização do consumo de SPAs dos trabalhadores de saúde. Teresina, Piauí, Brasil. 2018. (n=289)

Variável	N	%
Conhecimento dos danos		
Sim	181	62,6
Não	108	37,3
Riscos Conhecidos		
Ansiedade	37	5,2
Depressão	48	6,7
Transtornos Mentais	63	8,8
Alteração do sono	77	10,8
Vulnerabilidade	61	8,6
Dificuldades no trabalho	60	8,4
Perturbação familiar	50	7,0
Relações pessoais	42	5,9
Prejuízo financeiro	48	6,7
Ânimo	54	7,6
Dependência Química	82	11,5
Overdose	40	5,6
Morte	46	6,4
Atribui o estado atual de saúde a SPA		
Não	289	100

Fonte: Próprio Autor

4.2 Prevalência de consumo e classificação de risco para o álcool e outras substâncias psicoativas

Quanto ao padrão do consumo de álcool (AUDIT), constatou-se que 232 (80,3%) dos participantes foram classificados na zona I (abstinência ou uso de baixo risco), 50 (17,3%) zona II (uso de risco), 5 (1,7%) zona III (uso nocivo) e 2 (0,7%) zona IV (possível dependência) Tabela 10.

Tabela 10 – Classificação de risco para o álcool, entre os trabalhadores de saúde, segundo o Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT). Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289)

Classificação	N	%	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Baixo Risco	232	80,3				
Consumo de Risco	50	17,3				
Alto Risco	5	1,7				
Provável Dependência	2	0,7				
Escore Álcool			4	0	24	5

Fonte: Próprio Autor

Em relação às principais substâncias (ASSIST) mais utilizadas pelos trabalhadores de saúde, verificou-se a prevalência do consumo de álcool em 212 (73,4%), seguida pelo uso de hipnóticos/ sedativos em 67 (23,2 %), tabaco 66 (22,8%) e opiáceos 37 (12,8%), que pode ser observado na Tabela 11.

Tabela 11 – Prevalência de consumo de SPAs por trabalhadores de saúde, segundo o Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST). Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289)

SPA	N	%
Tabaco	66	22,8
Álcool	212	73,4
Maconha	20	6,9
Cocaína	1	0,3
Estimulante	1	0,3
Inalantes	13	4,5
Hipnóticos/ sedativos	67	23,2
Alucinógenos	4	1,4

Opiáceos

37

12,8

Fonte: Própria Autor

Identificou-se que a maioria dos participantes apresentou baixo risco para todas as substâncias, em destaque para os alucinógenos, maconha, cocaína e estimulantes, ambos com 286 (99,7%) dos participantes. Para o risco moderado, o álcool predominou com 14 (15,6%), hipnóticos 17 (5,9%), seguidos pelo tabaco e opiáceos com 10 (3,5%). Quanto ao alto risco, verificou-se que o tabaco 4 (1,4%) e o álcool 2 (0,7%) foram as únicas substâncias que apresentaram escore para tal classificação Tabela 12.

Tabela 12 – Tipo de substância usada e classificação de risco para substâncias psicoativas entre os trabalhadores de saúde, segundo o Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST). Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289)

SPA	Baixo Risco N(%)	Risco Moderado N(%)	Alto Risco N(%)
Tabaco	275(95,2)	10(3,5)	4(1,4)
Álcool	242(83,7)	45(15,6)	2(0,7)
Maconha	286(99,7)	1(0,3)	-
Cocaína	286(99,7)	1(0,3)	-
Estimulantes	286(99,7)	1(0,3)	-
Inalantes	285(99,3)	2(0,7)	-
Hipnóticos	270(94,1)	17(5,9)	-
Alucinógenos	286(99,7)	1(0,3)	-
Opiáceos	278(96,5)	10(3,5)	-

Fonte: Próprio Autor

4.3 Principais SPAs consumidas por categoria profissional

Baseando-se nos resultados do ASSIST, que avalia as principais substâncias usadas pelos profissionais. Nota-se que, as substâncias mais prevalentes entre os profissionais da maioria das categorias foram o álcool, tabaco e os antidepressivos, respectivamente. Dessa forma, observou-se que os profissionais de todas as categorias apresentaram em maior prevalência o consumo de álcool, quando comparado ao uso de outras SPAs. Os profissionais Técnicos em Enfermagem apresentaram maior índice de consumo dessa substância, com 59 (14,4%), seguidos pelos profissionais da Medicina 44 (10,7%) e de Enfermeiro 31 (7,5%).

Em relação à segunda substância de maior uso, o tabaco foi predominante entre os profissionais de Técnico em Enfermagem 55 (13,4%). Observou-se que o consumo de antidepressivos foi identificado entre as categorias de Enfermeiro 5 (1,2%), Medicina 13 (3,2%), Técnico de Enfermagem 19 (4,6%) e Fisioterapia 4 (1,0%).

O uso de maconha foi de baixa prevalência entre os profissionais de todas as categorias Enfermeiro 3 (0,7%), Medicina 4 (1,0%), Técnico em Enfermagem 7 (1,7%) e Fisioterapia. O que também ocorreu com as anfetaminas.

Quanto ao consumo de hipnóticos, identificou-se os profissionais Enfermeiro 6 (1,5%), Medicina 12 (2,9%), Técnico de Enfermagem 20 (4,9%), Fisioterapia 4 (1,0%) apresentaram maiores porcentagens de uso. O uso de opioides também foi muito baixo entre os profissionais de todas as categorias, prevalecendo entre os de Medicina 9 (2,2%) e os Técnico de Enfermagem 13 (3,2%).

Em relação às substâncias cocaína e alucinógenos, essas não foram mencionadas como consumo entre as categorias, que podem ser observados na Tabela 13.

Tabela 13 – Principais SPAs consumidas pelos trabalhadores de saúde por categoria profissional. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289)

SPA	Categoria Profissional																													
	Enf		Me		Tr		TE		Fi		TP		Cd		Fa		Fo		Nu		Ps		TIO		TLF		TO			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabaco	6	1,5	10	2,4	4	1,0	55	13,4	2	,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Álcool	31	7,5	44	10,7	1	0,2	59	14,4	8	1,9	7	1,7	1	0,2	8	1,9	1	0,2	4	1,0	2	0,5	1	0,2	2	0,5	1	0,2	0	0,0
Maconha	3	0,7	4	1,0	0	0,0	7	1,7	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cocaína	-	-	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Anfetaminas	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Inalantes	3	0,7	2	0,5	0	0,0	8	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hipnóticos	6	1,5	12	2,9	1	0,2	20	4,9	4	1,0	2	0,5	0	0,0	3	0,7	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antidepressivos	5	1,2	13	3,2	0	0,0	19	4,6	4	1,0	2	0,5	0	0,0	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Opiáceos	2	0,5	9	2,2	0	0,0	13	3,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	3	0,7	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alucinógenos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	57	13,8	94	22,9	6	1	188	46	20	5	13	3	1	0	17	4	2	0	6	1	2	0	1	0	2	0	2	0	0	

Legenda: Enf.: Enfermeiro; Me.: Medicina; TR.: Técnico em Radiologia; TE.: Técnico em Enfermagem; Fi.: Fisioterapia; TP.: Técnico em Patologia; Cd.: Cirurgião-dentista; FA.: Farmácia; Fa.: Fonoaudiologia; Nu.: Nutrição; Ps.: Psicologia; T.L.F.: Técnico de Imobilização Ortopédica; T.L.F.: Técnico de Laboratório de Farmácia; T.O.: Terapeuta Ocupacional

4.4 Fatores associados ao consumo de SPAs entre os trabalhadores de saúde

Com base na análise inferencial, ao comparar os aspectos sociodemográficos e o consumo de substâncias psicoativas, observou-se que, apenas a variável sexo se diferenciou na amostra com associação estatisticamente significativa ($p = 0,028$), descrito na Tabela 14.

Tabela 14 – Comparação entre informações sociodemográficas e consumo de SPAs. Teresina, Piauí, Brasil, 2018.

(continua)

Variável	Consumo de SPAs				P-valor ¹
	Sim		Não		
	N	%	Não	%	
Sexo					0,028
Masculino	100	34,6	11	3,8	
Feminino	143	49,5	35	12,1	
Faixa Etária					0,248
≤40 anos (Jovem Adulto)	194	67,1	39	13,5	
41-65 anos(adulto)	48	16,6	6	2,1	
>65 anos	1	0,3	1	0,3	
Estado civil					0,532
Casado	105	36,3	22	7,6	
Solteiro	89	30,8	17	5,9	
Divorciado	21	7,3	1	0,3	
União Estável	25	8,7	6	2,1	
Viúvo	3	1,0	0	0,0	
Religião					0,197
Católico	178	61,6	36	12,5	
Espírita	20	6,9	0	0,0	
Evangélico	31	10,7	8	2,8	
Outras	14	4,8	2	0,7	
Escolaridade					0,87
Nível Técnico	110	38,1	21	7,3	
Nível Superior	84	29,1	14	4,8	
Nível Pós-Graduação	48	16,6	11	3,8	
Nenhum	1	0,3	0	0,0	
Categoria profissional					0,057
Enfermeiro	31	10,7	10	3,5	
Médico	44	15,2	7	2,4	
Técnico em Radiologia	5	1,7	0	0,0	
Técnico em Enfermagem	126	43,6	18	6,2	
Fisioterapia	10	3,5	1	0,3	
Técnico em patologia	7	2,4	4	1,4	
Odontólogo	1	0,3	3	1,0	
Farmacêutico	8	2,8	1	0,3	
Fonoaudiólogos	1	0,3	0	0,0	

(conclusão)

Nutricionista	4	1,4	1	0,3
Psicólogo	2	0,7	0	0,0
Técnico em imobilização ortopédica	1	0,3	1	0,3
Técnico em laboratório de farmácia	2	0,7	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	1	0,3%	0	0,0%
	Média		Média	P-valor²
Renda individual	7636,5		7297,6	0,978
Renda familiar	10852,3		10963,4	0,99

Fonte: Próprio Autor

Ao avaliar as características ocupacionais e os aspectos de consumo de SPAs, verificou-se que as variáveis turno de trabalho ($p=0,008$), escala de trabalho ($p=0,014$) e grau de satisfação com o trabalho ($p=0,023$) apresentaram associação significativa. As demais variáveis não apresentaram significância estatística significativa, dados apresentado na Tabela 15.

Tabela 15 – Comparação entre as variáveis ocupacionais e consumo de SPAs. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (n=289)

(continua)

Variável	Consumo de SPAs				P-valor ¹
	Sim		Não		
	N	%	Não	%	
Tempo de trabalho					0,270
<2 anos	35	12,1	3	1,0	
2 -4 anos	53	18,3	6	2,1	
4 -6 anos	42	14,5	11	3,8	
6 -8 anos	39	13,5	8	2,8	
≥8 anos	74	25,6	18	6,2	
Setor de trabalho					0,367
Pronto socorro	53	18,3	11	3,8	
Enfermaria de clínica médica	33	11,4	4	1,4	
Ala de Queimados	9	3,1	1	0,3	
UTI neurológica	8	2,8	5	1,7	
UTI Adulta	16	5,5	0	0,0	
Centro Cirúrgico	15	5,2	2	0,7	
Enfermagem Ortopédica	11	3,8	1	0,3	
Radiologia	8	2,8	1	0,3	
Farmácia	3	1,0	1	0,3	
Laboratório de Exames Clínicos	15	5,2	4	1,4	
Outros	72	24,9	16	5,5	
Tempo no setor					0,368
0 -6 meses	13	4,5	4	1,4	
6 -12 meses	41	14,2	4	1,4	
12 -24 meses	46	15,9	7	2,4	

(continua)

≥24 meses	143	49,5	31	10,7	
CH semanal					0,532
24 horas semanais	47	16,3	8	2,8	
30 horas semanais	133	46,0	29	10,0	
36 horas semanais	40	13,8	8	2,8	
40 horas semanais	6	2,1	0	0,0	
≥ 40 horas semanais	17	5,9	1	0,3	
Turno de trabalho					0,008
Diurno	89	30,8	28	9,7	
Noturno	50	17,3	7	2,4	
Diurno/Noturno	104	36,0	11	3,8	
Escala de trabalho					0,014
12X36	49	17,0	17	5,9	
12x24	81	28,0	6	2,1	
24X36	16	5,5	1	,3	
24x48	14	4,8	2	,7	
Outra	83	28,7	20	6,9	
Outros vínculos					0,262
Sim	105	36,3	24	8,3	
Não	138	47,8	22	7,6	
CH semanal total					0,327
24 horas	19	6,6	3	1,0	
30 horas	73	25,3	16	5,5	
36 horas	32	11,1	7	2,4	
40 horas	2	,7	2	,7	
≥ 40 horas	117	40,5	18	6,2	
Grau de exigência					0,604
Alto	167	57,8	33	11,4	
Moderado	71	24,6	13	4,5	
Baixo	5	1,7	0	0,0	
Grau da carga de trabalho					0,161
Alto	110	38,1	27	9,3	
Moderado	126	43,6	19	6,6	
Baixo	7	2,4	0	0,0	
Tipos de exigências e grau a sua rotina laboral					
Físico					0,720
Alto	106	36,7	22	7,6	
Moderado	130	45,0	22	7,6	
Baixo	7	2,4	2	0,7	
Mental					0,436
Alto	170	58,8	33	11,4	
Moderado	69	23,9	11	3,8	
Baixo	4	1,4	2	0,7	
Emocional					0,785
Alto	140	48,4	28	9,7	
Moderado	100	34,6	17	5,9	
Baixo	3	1,0	1	0,3	
Grau de satisfação					0,023
Alto	79	27,3	24	8,3	
Moderado	124	42,9	19	6,6	

				(conclusão)	
Baixo	40	13,8	3	1,0	
Valor da sua remuneração					,071
Muito Bom	39	13,5	4	1,4	
Bom	97	33,6	12	4,2	
Regular	74	25,6	21	7,3	
Ruim	33	11,4	9	3,1	
Nível de relacionamento interpessoal					0,073
Muito Bom	100	34,6	27	9,3	
Bom	128	44,3	18	6,2	
Regular	15	5,2	1	0,3	
Interação com o chefe					0,112
Muito Bom	83	28,7	22	7,6	
Bom	146	50,5	20	6,9	
Regular	14	4,8	4	1,4	
Estrutura do ambiente					0,781
Muito Bom	52	18,0	12	4,2	
Bom	158	54,7	28	9,7	
Regular	33	11,4	6	2,1	

Fonte: Próprio Autor

Observa-se que na comparação entre as características de saúde autorreferidas e de SPAs, houve associações estatisticamente significativa entre o estado de saúde antes do trabalho ($p=0,012$) e satisfação com o trabalho ($p=0,015$). As demais variáveis não demonstraram associação estatisticamente significativa, de acordo com a Tabela 16.

Tabela 16 – Comparação entre as variáveis de saúde autorreferidas e o consumo de SPAs. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (continua)

Variável	Consumo de SPAs				P-valor ¹
	Sim		Não		
	N	%	Não	%	
Doença crônica					0,092
Sim	46	15,9	4	1,4	
Não	197	68,2	42	14,5	
Estado atual de saúde					0,432
Muito Bom	99	34,3	17	5,9	
Bom	105	36,3	25	8,7	
Regular	37	12,8	4	1,4	
Ruim	2	0,7	0	0,0	
Estado de saúde antes do trabalho					0,012
Muito Bom	157	54,3	23	8,0	
Bom	72	24,9	23	8,0	
Regular	14	4,8	0	0,0	
Ruim	0	0,0	0	0,0	
Atribuição do estado de saúde ao trabalho					0,829

(conclusão)

Sim	131	45,3	24	8,3
Não	112	38,8	22	7,6
Satisfação com o trabalho				0,015
Sim	28	9,7	0	0,0
Não	215	74,4	46	15,9

Fonte: Próprio Autor

4.5 Regressão logística binária dos fatores associados ao consumo de SPAS

Com base no teste de regressão logística, observou-se que os profissionais classificados com grau de satisfação moderado apresentaram quase o dobro de chances (OR = 1,98, IC95% 1,020-3,85) para o consumo de SPAs, em relação aos classificados com alto grau de satisfação. E, entre aqueles classificadas com baixo grau de satisfação, apresentam riscos ainda maiores, (OR = 4,05IC95% 1,15-14,26) de quatro vezes mais chances de consumirem SPAs do que as classificadas com alto grau de satisfação. Esses dados estão apresentados na Tabela 17.

Quanto à percepção do estado de saúde antes do trabalho, constatou-se que os profissionais que declaram como “bom” apresentaram 54% a menos de chances de consumirem SPAs quando comparado aos profissionais que declararam como muito bom.

Tabela 17 – Regressão logística das variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de saúde autorreferidas que apresentaram associação significativa com o consumo de SPAs entre os trabalhadores de saúde. Teresina, Piauí, Brasil, 2018. (continua)

Variáveis significativas	B	p-valor	OR(IC)
Sexo			
Masculino	-	-	-
Feminino	-0,561	0,172	0,57(0,255-1,277)
Turno de trabalho			
Diurno		0,198	
Noturno	0,636	0,200	1,88(0,715-4,99)
Diurno/Noturno	0,710	0,107	2,034
Escala de trabalho			
12X36		0,352	
12x24	0,885	0,100	2,42(0,844-6,952)
24X36	1,490	0,179	(0,505-39,02)
24x48	0,965	0,260	2,62(0,489-14,101)
Outra	0,424	0,288	1,52(0,699-3,337)
Grau de Satisfação			
Alto	-	0,029	

			(conclusão)
Moderado	0,684	0,044	1,98(1,020-3,85)
Baixo	1,399	0,029	4,05(1,15-14,26)
Estado de saúde antes		0,000	3,292
Muito Bom		0,088	
Bom	-0,768	0,028	0,46(0,234-0919)
Regular	19,206	0,999	21,93x10 ⁸
Satisfeito com trabalho			
Sim			
Não	-19,178	0,998	0,000
Constante	20,540	0,998	83,22x10 ⁷

MLegenda: B – Coeficiente da regressão logística; OR - OddsRatio;IC – intervalo de confiança de 95%. O p-valor foi obtido pela Regressão logística.

5 DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, destaca-se uma amostra composta em maioria por profissionais do sexo feminino (61,6%). Essa representatividade feminina é uma característica comum apresentada em estudos realizados com profissionais da área da saúde de instituições de saúde dos diversos níveis de complexidade da saúde. Na literatura, tem sido notório profissionais de serviços hospitalares em que a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem) está composta por um número significativo de profissionais do sexo feminino em diversas categorias profissionais e em especial a de Enfermagem. Estudo internacional realizada em um hospital universitário na Espanha na província de Múrcia com uma amostra de 546 profissionais de saúde de diferentes categorias, onde se teve 73,4 % dos seus participantes formados, prevalentemente, pelo sexo feminino, demonstrando a feminização entre todas as categorias da área da saúde (CARRILLO-GARCIA *et al.*, 2013).

Destaca-se também a realidade brasileira, em que tal característica foi apresentada em estudo que traçou o perfil da enfermagem em um cenário em nível nacional, revelando a predominância do sexo feminino com estimativa de oito profissionais mulheres para dois profissionais do sexo masculino (84,6%) (COFEN, 2015). Esse fato justifica-se ainda pela clássica associação entre a prestação de cuidados e o sexo feminino decorrente do contexto histórico do processo de cuidar e da consolidação da enfermagem como profissão (SILVA *et al.*, 2015).

Historicamente, tem se observado que a presença da mulher entre os profissionais da equipe de enfermagem vem gradativamente declinando ao longo dos anos, porém, ainda representa a grande maioria. Essa é uma característica importante que não pode ser ignorada, pois, se por um lado está enraizada nas bases históricas da profissão, por outro lado influencia diretamente no modelo de trabalho da Enfermagem nos dias atuais, uma vez que a atuação profissional é construída por pessoas inseridas em um determinado contexto social, histórico e cultural, conseqüentemente, a suscetibilidade ao uso de drogas e o acometimento por doenças mentais, tal qual a depressão, moldam-se nos aspectos desse contexto (JUNQUEIRA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, embora o envolvimento com o uso de drogas seja uma característica socialmente e mais peculiar relacionada ao sexo masculino, estudos epidemiológicos têm destacado um incremento do número de mulheres consumidoras de substâncias psicoativas independentemente de sua legalidade, principalmente, medicamentos sem prescrição médica. O consumo dessas substâncias, preferencialmente os estimulantes benzodiazepínicos e

analgésicos, tem sido de elevada prevalência entre as mulheres. No Brasil, a percentagem de mulheres que usam benzodiazepínicos e anfetamínicos é cerca de três vezes maior quando comparado ao dos homens. Muitas vezes as motivações para o seu uso têm sido justificadas como tentativa de solucionar problemas de saúde e mesmo os de doença física e ou mental que da mulher (MEDEIROS; MACIEL; SOUSA, 2017; SOUZA; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2014; OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007).

As estimativas de uso de substâncias entre mulheres, de um modo geral, têm sido elevadas e incrementam a cada ano. Esse fenômeno foi descrito no Relatório Mundial sobre Drogas (RMD) (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2016). Assim, o RMD estimou que de 29 milhões de pessoas com diagnóstico de dependência de drogas no mundo foi destacado o aumento do público feminino nos perfis epidemiológicos. Segundo o relatório, nos Estados Unidos (EUA), foi notado que na última década, mais mulheres do que homens começaram a usar heroína no período de 2002- 2004 a estatística era de 0,08%, no período de 2011-2013 esse número subiu para 0,16%. No cenário europeu, em Portugal, por exemplo, as mulheres vêm apresentando maiores taxas de continuidade do consumo de maconha, ecstasy e de cogumelos alucinógenos quando comparadas aos homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Na perspectiva laboral, avaliando as relações entre sexo e consumo de SPA, estudo conduzido por Hidalgo *et al.* (2012), realizado com médicos e enfermeiros em Bogotá, Colômbia, mostrou que enfermeiros do sexo feminino apresentaram maior prevalência de consumo entre as drogas lícitas para o álcool, tabaco e bebidas energizantes, apresentando maior consumo por mulheres com uma média de 34 anos de idade para o abuso de álcool, 25 anos para o consumo de cigarro e 24 a 49 anos para bebidas energizantes. Destacou, por fim, que a maconha e o ópio foram as drogas ilícitas que mais apresentaram consumo entre as mulheres.

Em contrapartida, uma pesquisa realizada em Indiana (EUA), os resultados foram um pouco diferentes quando comparado o consumo de SPA e o sexo, os autores identificaram maior consumo de álcool por homens, enquanto que o uso de opiáceos foi prevaiente entre as mulheres (MCNELIS *et al.*, 2012).

Em relação à idade, no presente estudo, os resultados mostraram um grupo de profissionais adultos (média de idade de 35,4 anos e faixa etária ≤ 40 anos) (80,6%). Esses resultados podem estar representando a força jovem de trabalho vindo da formação universitária, pois cada vez mais cedo, por motivos da necessidade de inserção no campo de trabalho e a subsistência, há um número maior de jovens adultos nos serviços de saúde. Estes

achados assemelham-se aos resultados de estudos brasileiros realizados com profissionais de saúde que foram desenvolvidos em diferentes regiões do país. No hospital geral, tanto no estado de Alagoas (Maciel *et al.*, 2017), como na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul (BRANCO *et al.*, 2010), assim, em ambos os estudos a presença de jovens adultos entre os profissionais foi evidenciada. Entretanto, outro estudo envolvendo 106 profissionais de saúde foi observada uma amostra de profissionais um pouco mais jovens com idade entre 18 e 29 anos (SCHNEIDER; AZAMBUJA, 2014).

Em relação à idade e uso de SPAs, no estudo em tela, não foram observadas relações entre essas duas variáveis. Todavia, o Relatório Mundial sobre Drogas (UNODC) apontou que cerca de 5% da população (250 milhões de pessoas), entre 15 e 64 anos, usou pelo menos uma droga em 2014. No Brasil, no que diz respeito ao uso de drogas psicotrópicas, indivíduos de 12 a 65 anos, em uma pesquisa realizada nas 108 maiores cidades brasileira, revelou que 22,8% desses participantes declararam ter usado algum tipo de SPA no ano (UNODC, 2016; SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Na presente amostra, a situação conjugal não se diferenciou entre os usuários ou não de SPAs, no entanto, vale destacar que quase a metade dos técnicos de enfermagem era casado. Esses resultados foram semelhantes aos de estudos de SCHNEIDER; AZAMBUJA, 2014; MACIEL *et al.*, 2017.

Nesse sentido, quanto a situação conjugal, os resultados de Abreu *et al.* (2016) mostraram que existe maior risco de consumo em relação ao uso de hipnóticos entre mulheres viúvas e maior risco de uso de SPAs entre homens solteiros, separados e viúvos, evidenciando que ter um parceiro pode caracterizar-se como fator de proteção entre pessoas casadas. Dessa forma, a proporção entre os indivíduos sozinhos ou solteiros, isto é, sem um parceiro, somado a outros fatores socioculturais, podem aumentar as oportunidades para o uso de substâncias psicoativas.

Em consonância a esses resultados, outros estudos que investigaram o perfil sociodemográfico de usuários de SPAs identificaram maior prevalência de consumo entre os solteiros, demonstrando que pessoas casadas ou com parceiro fixo tinham como diferencial um fator protetor frente ao consumo de SPAs (ALMEIDA *et al.*, 2014; MONTEIRO *et al.*, 2011; JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012).

Outro resultado importante observado, refere-se à categoria profissional, em destaque para a categoria de Técnico em Enfermagem, que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) (2010), entre 3,5 milhões de profissionais da saúde no Brasil, a enfermagem engloba a metade (1,8 milhão) desses profissionais, sendo composta por um

quadro de 77% de técnicos em enfermagem e 23% de enfermeiros (COFEN, 2015). Segundo Scholze e Martins (2016), os profissionais de Enfermagem exercem uma importante função no processo de trabalho em saúde, representando cerca de 64,7% dos profissionais da área no Brasil. Entre os diversos cenários de atuação da equipe de enfermagem, existe uma grande concentração desses profissionais em serviços hospitalares, caracterizados pela necessidade de realizar cuidados de alta complexidade e de forma ininterrupta durante as 24 horas de internação.

Nesse ambiente ocupacional, ao trabalhar em serviços hospitalares, a enfermagem pode estar submetida a um controle excessivo por parte das instituições, dificuldades nas relações interpessoais, atividades rotineiras e repetitivas, clima de sofrimento e morte, superlotação, déficit de trabalhadores, falta de materiais, desvalorização salarial, falta de apoio e reconhecimento pela instituição, dentre outros fatores. Tais situações geram elevados níveis de estresse e insatisfação profissional que muitas vezes se manifestam por sintomas psicossomáticos como exaustão, tensão muscular, nervosismo, irritabilidade, lombalgias, ansiedade, cefaleias, problemas de memória, depressão, ou seja, problemas de natureza física e psicológica. Essas situações vulnerabilizaram esses profissionais, que possuem o conhecimento da ação dessas substâncias, ao tempo que aliadas ao acesso livre, armazenamento e manejo, acabam suscitando na automedicação e posterior consumo abusivo (SCHOLZE; MARTINS, 2016; FERNANDES *et al.*, 2017; MACIEL *et al.*, 2017).

Esses conjuntos de fatores predisponentes corroboram aos resultados de estudos nacionais internacionais em que os profissionais da enfermagem reportam que as motivações para o uso de SPAs têm sido ocasionadas, em sua maioria, pela soma da carga de trabalho, estresse, facilidade de acesso, má remuneração, transtornos mentais associados como o de ansiedade e depressão, além de serem mais prevalentes em mulheres, tendo em vista que a profissão tem uma predominância do sexo feminino (HIDALGO *et al.*, 2012; MCNELIS *et al.*, 2012; FICARRA *et al.*, 2010).

Schneider e Azambuja (2014) observaram que o consumo de psicofármacos é mais frequente entre os técnicos em enfermagem. Fato que se explica pelo fácil acesso, o manejo e a segurança de medicamentos controlados nos serviços de saúde, visto que fazem parte das atribuições da enfermagem em sua prática diária e o uso abusivo dessas substâncias, frequentemente estão combinados com o mau, ou o uso pouco seguro dessas drogas controladas nos serviços de saúde (JUNQUEIRA *et al.*, 2017).

Embora o profissional da enfermagem tenha conhecimento sobre os benefícios e malefícios da automedicação, muitos se deixam ludibriar pela ideia de que os medicamentos

aliviam o sofrimento que estão a passar e, assim, sem perceberem, aumentam gradativamente o consumo e, recorrentemente, alternam para medicamentos com efeitos psicoativos mais fortes (OLIVEIRA;TEIXEIRA, 2016; SANG *et al.*, 2017).

Entre os trabalhadores investigados, observou-se também que a maioria professava uma religião, principalmente a católica (74%). Esse resultado corrobora com dados do senso do IBGE (2010) que tem sido a religião predominante no Brasil.

O fenômeno da religiosidade tem sido alvo de diversos estudos, principalmente, no que se refere ao uso de SPAs. Segundo pesquisas nacionais que buscaram correlacionar aspectos religiosos com o uso de drogas demonstraram que indivíduos que possuem alguma crença ou seguem algum culto religioso apresentaram menos envolvimento e consumo de qualquer tipo de SPA em comparação com indivíduos declarados sem religião ou ateus (MELO *et al.*, 2015; GOMES *et al.*, 2015; ABDALA *et al.*, 2010; FELIPE; CARVALHO; ANDRADE, 2015).

A religião, assim como o estado civil casado ou parceiro fixo, também tem sido muito estudada na literatura como fator protetor para o não uso de drogas com indícios de que quanto maior a crença religiosa, menor a probabilidade do início do uso de SPA. Esse fato pode estar relacionado à internalização de valores tradicionais, de regras e de condutas interpessoais adequadas fazendo com que o indivíduo tenha menor tolerância para desvios sociais não permitidos pela comunidade religiosa (ALMEIDA; LUÍS, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017; FELIPE; CARVALHO; ANDRADE, 2015).

Resultado igualmente importante, refere-se ao nível de escolaridade dos participantes, observa-se que, quase a metade dos trabalhadores possuía o nível técnico de formação (45,3%). Apesar de serem poucas categorias técnicas em comparação as categorias de nível superior, na presente amostra, esse resultado pode ser explicado pela composição da maior mão de obra das instituições de saúde, hoje, no Brasil, serem constituídas por profissionais técnicos e auxiliares que desempenham diferentes papéis e funções nos diversos setores do ambiente hospitalar. Segundo Pereira *et al.* (2017), a predominância de profissionais de nível técnico está relacionada à demanda de trabalho de uma instituição hospitalar, considerando que o labor desses profissionais é mais manual e exige esforço físico diante das diferentes cargas de trabalho.

Estudos que envolveram as categorias técnicas em instituições de saúde são mais voltados para os Técnicos em Enfermagem, visto que esses profissionais representam a maior força de trabalho de uma instituição hospitalar, devido às características da assistência e da profissão. Nos EUA, a enfermagem representa 63% dos custos com recursos humanos de uma

instituição hospitalar (PEREIRA *et al.*, 2017; ROSSETTI; GAIDZINSKI, 2011).

Esses profissionais se caracterizam como os mais expostos aos riscos advindos do ambiente laboral, visto que manuseiam insumos hospitalares e outras peculiaridades relacionadas à prática profissional como: número insuficiente de funcionários, sobrecarga de trabalho, rodízio de turnos dos plantões noturnos, desgaste mental e emocional, condições físicas impróprias, falta de capacitação profissional, exposição a substâncias químicas tóxicas, indisposição ou uso indevido dos equipamentos de proteção individual e condições inapropriadas de trabalho (PEREIRA *et al.*, 2017). O que, por conseguinte, leva esses trabalhadores ao consumo de SPAs.

De acordo com Junqueira *et al.* (2017), esses profissionais cumprem em seu cotidiano jornadas de trabalho consideráveis e muitas vezes dispõem de pouco tempo para atividades de lazer de forma prazerosa, o que leva ora a desgastes físicos, ora a sofrimentos psíquicos. Nessa perspectiva, o desgaste emocional resultante de tais situações pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de quadros relacionados ao estresse e transtornos mentais, tais como depressão, ansiedade, pânico, fobia e doenças psicossomáticas e o uso de substâncias psicoativas pode estar sendo incrementado para enfrentamento e busca de alívio desses problemas.

Em contrapartida, pesquisa realizada com 329 profissionais de saúde em 39 unidades da atenção básica, no município de Pelotas – Rio Grande do Sul, buscou relacionar as condições de trabalho e o estado de saúde (física e mental) com a automedicação, mostrou que quanto maior grau de escolaridade dos profissionais, maior era o consumo de substâncias psicoativas por automedicação mostrando prevalência entre enfermeiros e odontólogos (TOMASI *et al.*, 2007).

Estudo de revisão de literatura realizada por Silva e Botti (2011) verificou que dentre os profissionais de saúde usuários de SPAs, os de nível superior com especialidades de risco como anestesiologia, emergência e psiquiatria eram os que mais consumiam e se tornavam dependentes de SPAs.

Corroborando aos resultados desses estudos, a pesquisa realizada em Guanajuato – México, com adolescentes em relação ao grau escolar, revelou que perpendicular ao aumento da escolaridade (anos de estudo), aumentava-se a probabilidade em até três vezes mais para o uso de drogas, pois ao tempo em que havia a formação educativa, crescia a associação com fatores de risco para o uso de drogas (JINEZ *et al.*, 2009).

Quanto a renda média do profissional, na presente amostra, observou-se que a média salarial era de R\$ 7.584,7. Contudo, convém destacar que em nosso estudo, a renda dos

participantes não foi analisada separadamente por categoria profissional e tão pouco comparada o nível de formação (técnico ou superior). Dessa forma, o nível salarial se estabelece pela variância conjunta de remunerações que cada categoria profissional recebe de acordo com a função, nível de formação, número de vínculos empregatícios levando em consideração os tipos de instituições ao qual prestam serviços (privadas e públicas) e piso salarial por categoria. Leva-se em consideração ainda que, no Brasil, a faixa salarial sofre variações entre estados e municípios de cada região.

No estudo conduzido por Maciel *et al.* (2017) realizado em Maceió, Alagoas, com 123 profissionais de saúde, 30,9% dos participantes recebiam de dois a três salários, 0,81% recebiam até 11 salários mínimos e 23,6% recebiam mais de 11 salários mínimos sendo a categoria médica, a área de atuação com os maiores salários e a enfermagem (superior e técnico) com os menores salários.

Embora não se tenha localizado na literatura, até o momento, estudos com resultados semelhantes, pesquisas mostram que a baixa remuneração entre profissionais de saúde como enfermeiros e técnicos em enfermagem é um dos muitos fatores que influenciam ao consumo de SPAs, visto que esses trabalhadores se submetem a duplas jornadas de trabalho para obterem uma boa remuneração e em consequência acabam sofrendo maior desgaste físico, social e mental, que os levam ao uso dessas substâncias para o alívio de tensões laborais (MARTINS; ZEITOUNE, 2007; JUNQUEIRA *et al.*, 2017; FERNANDES *et al.*, 2017).

Assim, ao avaliar os aspectos ocupacionais na presente amostra, verificou-se que a carga horária de ≥ 40 horas/semanais (46,7%), turno de trabalho diurno (40,5%), apenas um vínculo empregatício (55,4%), tempo de atuação na área de ≥ 8 anos (31,8%) e remuneração “bom” (37,7%) foram prevalentes. No ambiente hospitalar é normal existir diferentes jornadas de trabalho que se estabelecem de acordo com cada categoria profissional organizadas em diferentes escalas, regimes de plantões (diurno e noturno) e cargas horárias relacionadas com a função e setor, visto que é uma instituição de saúde que oferece serviços durante as interruptas 24 horas do dia.

Estudo realizado em um hospital da região central do Rio Grande do Sul, com 106 profissionais de saúde, apresentou achados similares com 75,5% dos trabalhadores de saúde exerciam suas funções no turno diurno e apenas 24,5% no noturno. Entre os entrevistados, 85,8% da amostra trabalhava de 21 a 40 horas semanais e 65,1% não desempenhavam outra atividade profissional (SCHNEIDER; AZAMBUJA, 2014).

Por outro lado, ainda no estudo realizado em Maceió – Alagoas, com 123 profissionais de saúde, foi revelado que 42,3% dos profissionais tinham dois empregos e uma minoria

(7,32%) tinha mais de três empregos. No que se referia ao tempo de atuação na área, 37,4% já exerciam suas funções há mais de 16 anos (MACIEL *et al.*, 2017).

As condições e organização do trabalho no SUS mostram realidades diferentes nos diversos Estados e regiões do país e a problemática de modelos de administração neoliberais largamente implantados em todos os setores econômicos, a partir dos anos de 1980, suas relações com as condições socioeconômicas dos trabalhadores da saúde, enfatizando, especialmente, as consequências dessa implantação na região Nordeste do país. As dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores dentro do SUS aprofundam as desigualdades, as injustiças e a instabilidade social. Nesse sentido, muitas categorias profissionais tentam compensar as perdas salariais por meio do multiemprego, adquirindo uma sobrecarga de trabalho maior, o que os leva ao estresse, à fadiga e a acidentes de trabalho. (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015).

Pesquisas vêm mostrando que as condições de trabalho tem sido fator condicionante para o consumo de SPAs. Segundo Martins e Corrêa (2004) e Martins e Zeitoune (2007), aspectos relacionados às condições laborais vivenciadas e enfrentadas pelos profissionais de saúde, como a baixa remuneração, o trabalho excessivo, o trabalho por turnos, a precariedade de recursos materiais e humanos e muitas vezes a necessidade de uma dupla jornada de trabalho tornam esses profissionais duplamente expostos: fisicamente, por exposição aos riscos de substâncias químicas, radiações, contaminações biológicas, sistema de plantões e excessiva carga horária; psiquicamente, em decorrência da convivência com o sofrimento e a dor, a doença e a morte, tendo que conviver com tais circunstâncias paralelamente aos seus problemas emocionais, podendo, tais condições de trabalho, favorecer o uso de substâncias psicoativas.

A propósito disso, Schneider e Azambuja (2014) destacam em sua pesquisa com 106 profissionais de saúde, o consumo de psicofármacos prevalentes entre os trabalhadores com carga horária superior a 60 horas semanais (50%), os trabalhadores que desempenhavam atividade profissional aos finais de semana (22,9%), indivíduos que não desempenhavam outra atividade profissional (65,7%) e a maior parte da amostra (67,9%), embora relatassem não realizar plantão noturno, apresentaram maior prevalência (25%) do uso de fármacos psicotrópicos.

Trabalhadores de saúde, como médicos e enfermeiros, são expostos ao estresse do trabalho, geralmente, com mais de um vínculo empregatício e com fácil acesso às substâncias, podem estar subestimando os perigos da automedicação identificada como um dos fatores de risco para o abuso de substâncias psicoativas entre profissionais de saúde. As pressões no

trabalho, com o conflito de interesses e a sobrecarga, contribuem para o desequilíbrio e o estresse não resolvido leva à deterioração da saúde mental manifestada pela depressão, ansiedade e busca pelo consumo de SPAs (REGO, 1992; DILÉLIO *et al.*, 2012).

Outro aspecto investigado nesse estudo foi como os trabalhadores classificavam a rotina e a carga de trabalho por eles executados. Observou-se respectivamente que (57,9%) e (50,2%) dos participantes consideraram a rotina e carga de trabalho como um grau “alto” de exigência e quando questionados sobre que tipo exigência e grau da rotina laboral, 203 (70,2%) dos trabalhadores, apontaram a “mental” como o mais “alto”.

Pesquisa qualitativa realizada com 17 enfermeiros no Hospital Filantrópico da cidade de Campo Mourão – Paraná revelou que, dentre os motivos que influenciavam os profissionais a consumirem SPAs estavam as exigências da sobrecarga de trabalho, alta produtividade em tempo limitado, muitas vezes em condições inadequadas, o estresse, ansiedade e tensões provocadas pela rotina hospitalar. Dentre a população pesquisada, 70,5% afirmaram fazer uso de alguma medicação, sendo 30% de uso contínuo com acompanhamento médico e 44% de maneira descontínua e automedicação. No estudo, ficou evidenciado, nos discursos dos participantes, que a utilização e uso das medicações tinha relação direta com a sobrecarga de trabalho, ansiedade, cansaço e o estresse (VIEIRA *et al.*, 2016).

Estudos apontam que as condições de trabalho aos quais os trabalhadores de saúde se encontram, tais como, exaustiva carga horária de trabalho, a necessidade de algumas profissões (enfermeiro e técnico em enfermagem) terem uma dupla jornada de trabalho, ou outros vínculos empregatícios, a tensão e estresse laboral do ambiente e função que exercem, a tristeza e ansiedade causadas pela profissão e sua relação com os pacientes, desgaste emocional vivenciado pelo prazer e sofrimento da profissão são aspectos e condições que influenciam para o consumo de SPAs (FERNANDES *et al.*, 2017; TOMASI *et al.*, 2007; MARTINS; ZEIOUNE, 2009).

Em relação às condições de saúde autorreferidas, a maioria dos participantes negou a existência de qualquer doença crônica: 239 (82,7%). Resultado que corrobora com estudo realizado com 340 profissionais de saúde dos ambulatórios do SUS, em Pelotas - Rio Grande do Sul, que revelou a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas pelos profissionais, nos quais 222 (65,3%) negaram possuir quaisquer patologias (PRETTO; PASTORE; ASSUNÇÃO, 2014).

Em contrapartida, estudo de Vieira *et al.* (2013) em relação as doenças em geral, os trabalhadores de enfermagem fizeram referência a 14 tipos diferentes de enfermidades. Do total de 23 trabalhadores que apresentavam alguma doença diagnosticada (46,9%), oito

(16,3%) referiram hipotireoidismo. A segunda doença mais citada foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) por sete sujeitos (14,2%) e a terceira doença prevalente entre os trabalhadores da equipe de enfermagem das UTI's foi a depressão, sendo elencada por cinco (10,2%) trabalhadores. Outras situações patológicas mencionadas foram hiperinsulinemia por quatro trabalhadores (8,1%) e diabetes mellitus por dois dos trabalhadores pesquisados (4%). Não obstante, nove trabalhadores (18,3%) mencionaram cada um deles, outras doenças ou sinais e sintomas como: estresse, ansiedade, enxaqueca, insônia, cardiopatia, endometriose, hérnia de disco, varizes e glaucoma.

Quanto ao estado de saúde atual, 130 (45,0%) o classificaram como “bom”, enquanto que 180 (62,3%) dos participantes consideraram o estado de saúde, antes do trabalho, como “muito bom” e 155 (53,6%) atribuem o atual estado de saúde física e mental ao trabalho, sendo o cansaço mental 119 (41,2%), cansaço físico 112 (38,8%), o estresse 110 (38,1%) e a ansiedade 96 (33,2%), os principais agravos de saúde mais citados relacionados ao trabalho.

Em contrapartida, estudo semelhante realizado em Pelotas – Rio Grande do Sul, com amostra de 329 profissionais, distribuídos em 39 unidades de saúde, sendo 32 unidades básicas de saúde (UBS) e sete Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 40% dos entrevistados referiram ter problemas de saúde em geral e os principais foram do aparelho circulatório (27%) – com destaque para a hipertensão e os osteomusculares (18%), 9% da amostra referiram mais de um problema de saúde (TOMASI *et al.*, 2007).

Estudo com objetivo de estabelecer a prevalência de automedicação e razões de prevalência, segundo condições de saúde entre os trabalhadores de Enfermagem, com 1.509 participantes de dois hospitais públicos do Rio de Janeiro – RJ, constatou que 297 (24,3%) dos profissionais que autopercebiam seu estado de saúde como “muito bom ou bom” não apresentaram relação significativa para o consumo de medicamentos de qualquer natureza. Por outro lado, observou-se prevalência mais elevada entre aqueles trabalhadores classificados com distúrbios psíquicos menores (depressão e ansiedade) e que referiram maior número de doenças autodiagnosticadas (BARROS; GRIEP; ROTENBERG, 2009).

O estresse resultante do desgaste físico e/ou emocional no meio ocupacional ou insatisfação com a qualidade de vida pode acarretar em prestação de serviços inadequada, fator especialmente preocupante quando referente a profissionais da saúde. O trabalho de profissionais de saúde, como altamente estressante com afastamentos do trabalho por parte da equipe de enfermagem devido a transtornos psicológicos, resultam em elevada prevalência de síndrome de *burnout* entre médicos, sendo essa síndrome considerada fator de risco mais importante para o desenvolvimento de ansiedade e insônia. A síndrome de *burnout*, ou

síndrome do esgotamento profissional, é causada pelo estresse crônico, tipicamente observado em ambientes de trabalho, especialmente, quando ocorre pressão excessiva e conflitos presentes quando há uma escassez de recompensas emocionais, reconhecimento e sucesso, observado nos trabalhadores da saúde do serviço hospitalar (SCHNEIDER E AZAMBUJA, 2014).

Corroborando a pesquisa qualitativa de Dias *et al.* (2011), realizada em um hospital universitário no município do Rio de Janeiro envolvendo 15 profissionais da enfermagem, revelou dentre os principais motivos relatados pelos participantes, o desgaste físico e psíquico em que estão submetidos diariamente no labor são os principais fatores que levam esses profissionais ao consumo de SPAs do tipo psicofármaco.

Estudo de Schneider e Azambuja (2014), com 106 profissionais da saúde de um hospital de Santa Cruz do Sul (Rio Grande do Sul), revelou que a depressão (30,4%), ansiedade (17,4%) e insônia (13,0%) foram motivos para o consumo de psicofármacos. Estes sofrimentos psíquicos são comuns entre esses profissionais e, como forma estratégica para aliviar a pressão sentida, os trabalhadores de saúde acabam utilizando os psicofármacos. Os profissionais como médicos e enfermeiros são os que têm mais tendência a se tornarem dependentes de SPAs, pois são as categorias da saúde que vivenciam em sua rotina diversos fatores que contribuem para o uso, bem como, manejo e acesso fácil a essas substâncias (VIEIRA *et al.*, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2018; DIAS *et al.*, 2011).

Outro levantamento, realizado por Sales *et al.* (2010), mostrou que os principais motivos que levaram os pacientes a procurar os serviços de uma unidade de apoio psicossocial, entre 2005 e 2008, foram transtorno de ansiedade (42%) e depressão (22%), resultados que se assemelham em outro estudo de Carreiro (2010) sobre o impacto do trabalho na saúde mental de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que apontou que 86,3% dos entrevistados referiam sofrer com distúrbios de ansiedade e 13,7% de depressão, o que culminava na utilização de substâncias psicoativas.

Concernente à caracterização do consumo de álcool e outras SPAs por esses profissionais, verificou-se que quase a metade dos participantes haviam consumido algum tipo de substância, porém não fazem uso atualmente. Quanto à classificação da natureza das SPAs consumidas, (55,80%) foi apenas drogas lícitas, tendo prevalência o consumo de álcool (41,4%) seguido do tabaco (18,7%). Entre as substâncias de uso hospitalar e de prescrição médica, observou-se a prevalência dos hipnótico-sedativos 50 (12,20%), antidepressivos 47 (11,40%), e em seguida, os opiáceos 30 (7,30%).

A prevalência do uso de substâncias psicoativas (exceto o álcool) é de 5,2% na população mundial, o que corresponde a 243 milhões de pessoas (JUNQUEIRA *et al.*, 2018). Segundo Baggio e Formaggio (2009), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. No Brasil, tal condição constitui equivalência aos dados mundiais, o que caracteriza um problema de saúde pública. Contudo, o consumo de drogas desta categoria também é evidenciado na prática cotidiana de profissionais que atuam em prol da saúde do outro e que deveriam desestimular tal prática junto à população.

Nesse sentido, diversos estudos têm mostrado que o consumo de SPAs tem feito parte da rotina dos profissionais de saúde, sejam elas lícitas ou ilícitas e que existe relação direta com os aspectos que permeiam o ambiente laboral. Dentre essas substâncias são citadas o álcool, tabaco, maconha, anfetaminas, benzodiazepínicos, ansiolíticos, opioides e os antidepressivos (FERNANDES *et al.*, 2017; MARTINS *et al.*, 2009; SCHOLZE *et al.*, 2017; DIAS *et al.*, 2011; SCHNEIDER; AZAMBUJA, 2014).

Estudo similar, realizado com 120 profissionais de saúde, estudantes de cursos de pós-graduação em uma faculdade pública do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, apresentou que, em relação à experimentação ou uso de drogas alguma vez na vida, 83% dos participantes já experimentaram ou usaram drogas, sendo em maior proporção a bebida alcoólica (51,4%), seguida pelos derivados do tabaco (17,9%) e ansiolíticos e sedativos (10,4%). Quanto ao uso regular de drogas (pessoa que usa drogas em três ou mais dias por semana), apenas 9% (8) assinalaram positivamente. As drogas mais consumidas foram o álcool (21,7%) e derivados do tabaco (17,4%) (ROCHA; DAVID, 2015).

O álcool é uma das drogas mais conhecidas e talvez a mais popular juntamente com a nicotina, apesar de muitas vezes não serem reconhecidas como tais. O alcoolismo é uma das doenças que mais matam no mundo. É importante assinalar que o álcool, o tabaco e alguns medicamentos, especialmente ansiolíticos e anfetaminas, embora não tão alardeados, continuam sendo as drogas mais consumidas e as que trazem maiores prejuízos à população (MARTINS *et al.*, 2009).

Segundo Carlos, Herval e Gontijo (2018), o álcool é considerado pela classe trabalhadora como um dos principais recursos utilizados para enfrentar as agruras vivenciadas no cotidiano do ambiente laboral, além de ser fonte de prazer e relaxamento. Deve-se considerar, ainda, que o álcool é uma substância lícita de fácil acesso e que tem seu consumo frequentemente estimulado pelos meios de comunicação. Além disso, a pressão social para

beber, a disponibilidade do álcool, as situações de tensão e o estresse ocupacional são fatores relacionados ao ambiente de trabalho que favorecerem o uso dessa substância.

Pesquisa realizada por Alves *et al.* (2005) e conduzida pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) envolvendo uma amostra de 198 médicos em tratamento ambulatorial por uso nocivo e dependência química, os dados mostraram um padrão frequente do consumo de SPAs de álcool em um terço da amostra (34,3%) e outras drogas, com 28,3%. Do total de usuários, 64% utilizavam duas ou mais drogas. O diagnóstico do uso e dependência da amostra, feito conforme os critérios do DSM-IV-TR, teve o álcool com mais prevalência (72,7%), vindo a seguir a cocaína (31,8%), os benzodiazepínicos (28,2%), os opiáceos (26,7%) e a maconha (25,2%). As drogas mais consumidas em ordem decrescente foram álcool, cocaína, benzodiazepínicos, maconha, opiáceos, anfetaminas e solventes.

Outras pesquisas com profissionais da saúde demonstraram resultados semelhantes sobre o uso de substâncias psicoativas, constatando que as maiores frequências de consumo foram de álcool, tabaco e sedativos. Entre as substâncias que os profissionais indicaram necessidade de reduzir o uso, o tabaco foi a mais prevalente (SCHOLZE *et al.*, 2017). As drogas mais consumidas em nível de risco médio/alto foram o álcool no padrão *binge* (35,8%), álcool (21,2%) e tabaco (6,6%) (JUNQUEIRA *et al.*, 2018).

Estudo internacional, desenvolvido com profissionais da saúde de Marrocos na África, identificou que 20% dos participantes utilizaram hipnóticos/sedativos mais de uma vez durante a última semana da coleta de dados e que o uso dessas substâncias teve relação com trabalho noturno, estresse, carga de trabalho e fadiga (GIURGIU *et al.*, 2015).

Consoante aos achados nesse estudo, o autor Maciel *et al.* (2017) em sua pesquisa, realizada com 123 profissionais de diferentes categorias dos hospitais Hospital Escola Portugal Ramalho e Hospital Geral do Estado de Alagoas revelou que em relação ao tabaco, 35,4% dos entrevistados fumavam e 38,2% faziam uso de álcool com 2,4%, que alegaram fazer uso de bebida alcóolica mais de uma vez por semana. Quanto ao uso de medicamentos psicoativos, 37,4% fizeram uso de tranquilizantes e ansiolíticos. Desses, 71,7% quando julgavam necessário, 17,3% diariamente e 10,86% não faziam mais uso. Na categoria dos opiáceos, 23,5% já experimentaram, 2,4% não responderam, sendo que 17,2% não tinham receita médica. Entre os participantes, 54 eram enfermeiros, os quais 34,4% utilizaram tranquilizantes ou ansiolíticos.

Dentre os motivos que levam ao consumo, observou-se nesse estudo que: o uso recreativo 123 (14,6%), alívio de tensões 108 (12,8%), ansiedade 85 (10,0%) e o cansaço mental 79 (9,4%). As situações em que os profissionais mais fazem uso foram: após o

trabalho 121 (15,4%), para relaxar/descansar 108 (13,8%), desinibição 95 (12,1%) e em momentos de interação social 76 (9,60%). A via de administração e consumo mais utilizada foi a oral, 180 (68,2%).

Segundo Schneider e Azambuja (2014), os profissionais que lidam com pessoas doentes, especialmente no ambiente hospitalar, são propensos a se envolverem em situações de estresse devido à complexidade das relações humanas e das tarefas, alta responsabilidade, estilo de vida irregular, além do desgaste físico e psíquico, inclusive, por falta de apoio dos colegas e gestores. A jornada de trabalho excessiva afeta a qualidade de vida dos profissionais, o que leva ao cansaço, redução da capacidade de trabalho e do raciocínio e desenvolvimento de distúrbios do sono e humor, além de apontarem alta prevalência de transtornos de ansiedade e depressão entre diversos profissionais relacionados às atividades laborais.

Em concordância com esse estudo, a pesquisa de Rocha e David (2015) apontou que, dentre os 120 participantes da pesquisa que faziam uso regular de drogas, mencionaram justificativas como relaxar quando está tenso (12%), celebrar situações especiais (12%), tirar ansiedade (10%) e alegrar-se quando está triste (8%). Os participantes que usavam bebidas alcoólicas de forma regular ou não, geralmente, consomem maiores quantidades em festas (22,5%), bar/balada (20,8%), em casa (13,3%) e em casa de amigos (12,5%). Quando indagados se o consumo de álcool e outras drogas afetavam o desenvolvimento no trabalho, 33,3% dos usuários discordaram fortemente, enquanto 10,6% concordaram.

Nessa perspectiva, a utilização de psicotrópicos pode ser influenciada por vários motivos, dentre eles a ansiedade, o nervosismo e o estresse ocupacional diário. Isso pode ser observado quando relacionado ao espaço de trabalho e certa influência da carga horária trabalhada. Com isso, o fator de desgaste físico e psíquico pode direcionar a pessoa para o envolvimento com substâncias psicoativas. Há de se apontar ainda, outros determinantes como as condições precárias e o ambiente inadequado de trabalho que desmotiva o profissional (FERNANDES *et al.*, 2017; SCHOLZE *et al.*, 2017).

De acordo com os autores Zeferino *et al.* (2006), os sintomas psicossomáticos gerados pelos fatores estressantes no ambiente hospitalar como: cansaço, tensão muscular, nervosismo, irritabilidade, dor lombar, ansiedade, tensão pré-menstrual, cefaléias, problemas de memória, depressão, entre outros, estão relacionados com os motivos que levam esses profissionais na busca de estratégias que reduzam esses fatores no trabalho promovendo a saúde e qualidade de vida do trabalhador. Entre essas estratégias, alguns profissionais têm

buscado o uso de psicofármacos, ou seja, drogas lícitas, como forma de aliviar essas situações.

Em relação às substâncias mais consumidas pelos trabalhadores, identificadas e classificadas com a aplicação do ASSIST, os seus envolvimento de riscos foram: álcool com a maior prevalência de consumo de 212 (73,4%), com classificação de risco moderado para 14 (15, 6%) e alto risco para 2 (0,7%) dos participantes, os hipnóticos/sedativos 67 (23,2 %) com risco moderado para 17 (5,9%) dos participantes, tabaco 66 (22,8%), apresentando risco moderado em 10 (3,5%) e alto risco para 4 (1,4%) dos participantes e opiáceos 37 (12,8%), sem envolvimento de risco.

O comportamento do uso de álcool entre os trabalhadores de saúde não se difere da população geral, embora as prevalências sejam menores, o que pode ser inerente à história cultural presente na sociedade. Por outro lado, muitas vezes é visto como complemento dos momentos de alegria, tristeza e de festa, onde ,culturalmente, tudo acaba no consumo dessa bebida quando as pessoas se reúnem para comemorar e celebrar a vida. De longa data, o álcool tem sido muito utilizado por seus efeitos desinibidores das emoções, antidepressivo para os momentos de tristezas, tem fácil acesso, disponibilidade e preço, tornando-se um dos problemas de saúde que afetam homens e mulheres em qualquer idade e em todas as classes sociais (CARLOS; HERVAL; GONTIJO, 2018).

Quando aplicado o AUDIT entre esses trabalhadores, o padrão do consumo de álcool verificado foi: 232 (80,3%) dos participantes eram abstinentes ou de baixo risco (zona I), 50 (17,3%) uso de risco (zona II), 5 (1,7%) uso nocivo (zona III) e apenas 2 (0,7%) casos na zona IV (com provável dependência).

O padrão de consumo de álcool, ao longo do tempo associado à quantidade consumida, está diretamente relacionado ao risco para prejuízos. O uso pesado episódico, representado por cerca de cinco doses ou mais (cerca de 60 gramas de álcool puro) em uma única ocasião ao menos uma vez no último mês, está ligado a problemas agudos como acidentes automobilísticos, brigas de rua e violência doméstica. Esse padrão foi constatado em 16% da população mundial consumidora de álcool, enquanto esse percentual chegou a 22% entre os brasileiros em 2010 (MACHADO; MONTEIRO; GUILHEM, 2016).

Estudo realizado em hospital do Rio de Janeiro em 2014, que teve como objetivo descrever padrões de consumo de álcool com repercussão na saúde da equipe de enfermagem, mostrou que 67,7% dos participantes afirmaram ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses. Além disso, 21,1% dos entrevistados haviam bebido, pelo menos uma vez por semana no último ano. Destes, 6,6% afirmaram consumir álcool de duas a três vezes por

semana. Foi identificado, ainda, que 2,2% da população do estudo consumia álcool acima de três vezes por semana. Resultado importante desse estudo indicou que 26,6% dos entrevistados associaram o consumo de bebidas alcoólicas com insatisfação no trabalho, estresse, problemas financeiros e conflitos com chefias e colegas (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Os padrões de consumo entre trabalhadores atendidos em um Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade pública na cidade do Rio de Janeiro, Região Sudeste do Brasil, divergem aos encontrados entre os trabalhadores de saúde do Piauí. Uma pesquisa, que utilizou o instrumento AUDIT, composta por uma amostra de 362 servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador, identificou como consumidores de risco nocivo e provável dependência de álcool em 12,7% dos servidores, enquanto 87,3% informaram consumo de baixo risco (BRITE; ABREU, 2014).

Pesquisa realizada com 153 enfermeiros, no Hospital Universitário de Brasília (HUB), apresentou resultados semelhantes a esta pesquisa. Foi verificado que a maioria dos participantes não apresentou problemas relacionados ao álcool, o que significa que obtiveram menos de oito pontos, permanecendo, portanto, na zona 1 (n=143, 91,1%). Entretanto, 13 (8,3%) pontuaram entre oito e quinze pontos perfazendo a pontuação da zona 2 considerada uma zona de risco para o consumo de álcool. Um indivíduo (0,6%) somou mais de 20 pontos, ocupando a zona 4, indicando alto nível para 20 problemas relacionados com o álcool (MACHADO, 2016).

Por vez, outro estudo nacional investigou o consumo de drogas por estudantes de pós-graduação em cursos das ciências da saúde, sendo que grande parte da população de estudo era constituída por enfermeiros. Quando questionados sobre a experimentação ou uso de drogas alguma vez na vida, 83% dos participantes responderam positivamente, sendo a maior proporção relacionada à bebida alcoólica (51,4%). Na utilização do AUDIT foi evidenciado que 30,6% dos consumidores dessa substância estavam na faixa de consumo considerada de risco e observaram que 6,3% apresentaram escores totais entre oito e 15 pontos (Zona 2) e 1,8% apresentaram escores acima de 16 pontos (Zona 3 ou 4). (ROCHA; DAVID, 2015).

Segundo Cajazeiro *et al.*(2012), estudos mostram que de 10 a 15% dos profissionais de saúde farão uso indevido de drogas durante sua carreira e, na especialidade médica, 6 a 8% dos médicos têm transtorno por uso de substâncias, quando se trata de álcool atinge aproximadamente 14%. Pesquisa realizada no Reino Unido observou que 22% dos enfermeiros do estudo nunca haviam consumido álcool e que 25% dos que consumiam estavam em risco ou com problemas relacionados ao consumo desta substância (BAKHSHI *et al.*, 2015).

Quanto ao consumo de hipnótico-sedativos, Scholze *et al.* (2017) relata que, entre os profissionais da saúde, a enfermagem possui os trabalhadores de saúde mais propensos a desenvolver transtornos mentais, devido às peculiaridades do seu processo de trabalho e a falta de reconhecimento profissional, que levam como estratégia, o uso de sedativos para aliviar as tensões.

Os achados desse estudo diferem da pesquisa realizada por Kaminski (2010) com 730 profissionais nos Hospitais Universitários São Francisco de Paula (HUSFP) e Hospital Escola da Fundação de Apoio Universitário (HEFAU) em Pelotas/RS, instituições ligadas a Universidade Católica e Federal de Pelotas, em que pouco mais de um quinto (21,4%) dos entrevistados referiram o uso atual (6,9%) ou passado (14,5%) de algum medicamento psicofármacos, sendo os mais frequentes antidepressivos e os benzodiazepínicos como: cloridrato de fluoxetina (50,6%), diazepam (16,1%) e bromazepam (3,4%).

Em relação à atividade profissional, nas categorias de opiáceos e tranquilizantes, 9,76% alegaram que o uso de medicamentos psicoativos tinha relação com o trabalho e, quando perguntados sobre o porquê, todos referiram estresse, carga horária, más condições de trabalho e noites em claro como motivo para o uso desses medicamentos (MACIEL *et al.*, 2017).

Ainda o mesmo autor em seu estudo, quanto aos opiáceos, 28 (22,8%) dos 123 entrevistados relataram já haver experimentado em algum momento da vida. O uso de analgésicos está ligado à dor sofrida pelo trabalhador da saúde. Ela pode estar relacionada ao perfil das unidades de trabalho, caracterizado pelo desgaste físico, pelo alto ritmo e cargas de trabalho exaustivas para os profissionais, podendo levar ao surgimento da ansiedade e do estresse. Alterações no padrão do sono também podem ocorrer devido à dor quando tratada de maneira inadequada (MACIEL *et al.*, 2017).

No que se refere ao consumo do tabaco, observou-se que a proporção de fumantes na população de estudo é bem maior (22,8%) à proporção nacional, que segundo a PNS era de 15,0% em 2013 (BRASIL, 2014). Resultado que diverge dos estudos realizados por Machado (2016), no qual 154 (98,1%) trabalhadores afirmaram que não usam derivados do tabaco e Junqueira *et al.* (2018), 6,6% dos participantes eram fumantes ativos. .

Concomitante a isso, tem se observado que o número de fumantes vem apresentando uma queda significativa ao longo dos anos. A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, realizada em 1989, apontava que 34,8% da população acima de 18 anos era fumante. Em 2003, a Pesquisa Mundial de Saúde mostrou que este mesmo percentual caiu para 22,4%. Em 2008, o percentual chegou a 18,5%, segundo a Pesquisa Especial sobre Tabagismo (OMS,

2008).

Outros estudos desenvolvidos na Suleimânia no Iraque e na região sul do Brasil com profissionais da saúde que atuam em hospitais de ensino apresentaram resultados semelhantes a esse estudo com o consumo de tabaco presente em 26,5% dos pesquisados com predominância entre aqueles com maior tempo de trabalho na instituição, correspondendo aos indivíduos com idade mais avançada (ABDULATEEF *et al.*, 2016; SCHOLZE *et al.*, 2017). Na pesquisa de Maciel *et al.* (2017), o tabaco foi referido como consumo por 35,4% da amostra.

Na observância das principais substâncias consumidas por categorias profissionais, em concordância com os dados apresentados na Tabela 11, Fernandes *et al.* (2017) e Silva e Botti (2011) em suas revisões integrativas da literatura revelaram que as substâncias como o álcool, tabaco, cocaína, benzodiazepínicos, maconha, opiáceos, anfetaminas e solventes são as drogas mais consumidas pelos trabalhadores de saúde.

Estudo realizado com 1.475 trabalhadores de uma instituição de saúde de diferentes categorias profissionais em um hospital universitário do sul do Brasil de atenção múltipla voltada à assistência, ensino e pesquisa apresentou uma prevalência de 49,8% de fumantes ativos entre os funcionários da área assistencial (ECHER *et al.*, 2011). Félix-Júnior, Schlindwein, Calheiros (2016) ressaltam em seu estudo, que os tipos de substâncias psicoativas mais usadas entre as categorias profissionais foram: com 29% estão os profissionais da saúde (estudantes de enfermagem, enfermeiros e médicos) fazendo uso de álcool, cigarros e ansiolíticos.

Segundo estudo de Junqueira *et al.* (2017) os técnicos de enfermagem apresentaram maiores porcentagens no consumo de bebidas alcólicas (acima de duas doses) (52,4%) e evitaram o uso de tranquilizantes (63,6%) e estimulantes, como as anfetaminas, (69,0%), medicamentos não prescritos (54,1%) e tabaco (51,8%) quando comparados aos demais profissionais. A prevalência de uso de outras substâncias entre a equipe de enfermagem foram 16,8% para tabaco, 2,2% para anfetaminas e 4,4% para sedativos.

Nesse mesmo segmento, Oliveira *et al.* (2014) em seu estudo, cuja amostra foi composta de 91 trabalhadores de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) lotados em setores de internação clínica de um hospital universitário situado no município do Rio de Janeiro revelou a prevalência do consumo de ansiolíticos pela categoria. O consumo de ansiolíticos na vida (uso experimental) foi relatado por 39(42,9%) trabalhadores. Desses, 18(19,8%) afirmaram o uso nos últimos 12 meses que antecederam a coleta de dados e 9(9,9%) fizeram uso no mês da coleta (consumo regular).

Outra pesquisa realizada com profissionais da ESF do Alto Uruguai no estado de Santa Catarina, sul do Brasil, demonstrou que dos 516 participantes, 6,2% faziam uso de álcool em nível problemático, 8,5% faziam uso de tabaco, 3,1% relataram diagnóstico médico de transtorno mental e do comportamento no último ano e 17,8% foram classificados como sugestivo de TMC (REISDORFER *et al.*, 2016). De acordo com Lara, Vargas e Salcedo (2012), em seu estudo realizado com 58 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) em Bogotá, Colômbia, as principais substâncias mais consumidas nos dois grupos foram álcool, cigarro e bebidas energéticas, seguidas em médicos por maconha e em enfermeiros por barbitúricos, antidepressivos, anfetaminas e opiáceos. A prevalência de alcoolismo foi superior a 8% em ambos os grupos.

Pesquisa de Junqueira *et al.* (2018) com 416 profissionais de enfermagem mostrou que as drogas mais consumidas pela categoria, em nível de risco médio/alto, foram o álcool no padrão *binge* com 35,8%, álcool 21,2% e tabaco com 6,6% dos participantes. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Rocha e David (2015) em que a dependência em relação ao álcool foi de 21,7%, do tabaco 17,4% e de benzodiazepínicos 10,4%.

Quanto ao uso de ansiolíticos e tranquilizantes foi evidenciado no estudo de Maciel *et al.* (2017) entre os 123 profissionais (dentistas, fonoaudiólogos, psicólogos, equipe de enfermagem, médicos assistentes sociais e nutricionistas) pesquisados, a prevalência de consumo de 37,4% (46). Dentre a amostra, 54 eram enfermeiros, estes apresentaram maior frequência de uso com 34,4%.

Outro estudo de Schneider e Azambuja (2014), que investigou o consumo de psicofármacos entre 106 profissionais do serviço hospitalar e de diversificadas categorias (enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, médicos, nutricionistas, psicólogos e técnicos em enfermagem) apontou a prevalência de consumo entre 21,7% dos participantes, evidenciando maior frequência de uso entre os profissionais nutricionistas para 100% (3) da amostra e técnicos em enfermagem com 22,8% (79).

Em relação ao uso de medicação psicoativa, pesquisa de Vieira *et al.* (2013) apontou que o consumo foi mencionado por 14 trabalhadores de enfermagem (28,5%), sendo que a medicação mencionada com maior frequência foram os antidepressivos citados por seis trabalhadores (12,2%). Os benzodiazepínicos foram mencionados por três sujeitos (6,1%) e o uso de analgésicos teve duas menções (4%).

Já Alves *et al.* (2012) observou uma alta prevalência 59,6% de uso de opióides, benzodiazepínicos 35,1% e álcool 35,1%, entre médicos anesthesiologistas. Dos 198 médicos entrevistados, usaram pelo menos uma vez: tabaco 44,4%, álcool 65,7%, maconha 14,5%,

cocaína 4,1%, estimulantes 14,3%, ansiolíticos 24%, analgésicos 10,7%, psicodélicos (2,5%), heroína 0,2% e inalados 1,8%. A prevalência da dependência física de opióides (principalmente fentanil e sufentanil) é mais alta entre os anestesiológicos, os médicos socorristas e os psiquiatras (CAJAZEIRO *et al.*, 2012).

Nessa mesma perspectiva, estudo internacional realizado nos Estados Unidos da América (EUA), em 113 programas de ensino para enfermeiros anestesistas, buscou investigar o número de casos de incidentes de consumo de SPAs, dos 16 casos relatados, apresentaram maior frequência de uso para os opióides 9 participantes, seguido do álcool (4); cannabis (3); benzodiazepinas (1), cocaína (1) e uso de múltiplas drogas (1). Não houve relato de incidentes de abuso com propofol, cetamina, agentes inalados, ou quaisquer outras substâncias (BOZIMOWSKI *et al.*, 2014).

Jungerman *et al.* (2012) em seu levantamento bibliográfico, apontou que as drogas mais consumidas entre médicos anestesistas são o álcool, seguido de opióides, estimulantes e ou outras substâncias.. Entre os agentes anestésicos mais utilizados entre os anestesiológicos estão os opióides, observando-se aumento da preocupação com o propofol e anestésicos inalatórios.

Os ritmos e as complexidades que o trabalho alcançou neste mundo moderno por si só constituem um alto risco quanto ao uso de substâncias psicoativas. Tanto a falha no trabalho, como as demandas que isto impõe, quando o trabalhador é comprometido, criam condições favorecedoras para o suposto mundo irreal de bem-estar, de tranquilidade ou de poder que oferecem as drogas socialmente aceitas, como álcool, os tranquilizantes e o tabaco, o que torna o fator mais nocivo e perigoso para a saúde, que a sociedade moderna deve enfrentar (MARTINS; ZEITOUNE, 2009).

Estudos que englobassem as demais categorias investigadas nessa pesquisa não foram localizados para melhor discussão e apresentação dos resultados, o que reforça a necessidade de maiores pesquisas, visto que também foram observadas frequências de uso entre elas. Nesse sentido Maciel *et al.* (2017) chama atenção para a identificação do perfil dos profissionais de saúde em uso de psicoativos, pois a obtenção do conhecimento de dados concretos servirão para o estabelecimento de ações preventivas voltadas a este grupo de pessoas, uma vez que é muito claro que o bem-estar e a saúde ocupacional do trabalhador na área hospitalar englobam também os aspectos sociodemográficos e psicológicos.

No tocante as variáveis que apresentaram associação significativa (sexo, escala de trabalho, estado de saúde antes do trabalho, grau de satisfação laboral e turno de trabalho) com o consumo de SPAs, quando aplicado o modelo de regressão logística bivariada,

observou-se que profissionais classificados com grau de satisfação moderado apresentaram quase o dobro de chances (OR = 1,98, IC95% 1,020-3,85) para o consumo de SPAs em relação aos classificados com alto grau de satisfação. Já aqueles classificados com baixo grau de satisfação apresentam riscos ainda maiores (OR = 4,05 IC95% 1,15-14,26) de quatro vezes mais chances de consumirem SPAs do que as classificadas com alto grau de satisfação (Tabela 14).

Pesquisa de Bittar e Gontijo (2015) realizada com 142 profissionais de enfermagem em um hospital de Uberaba – Minas Gerais, Brasil, revelou que a grande maioria dos participantes considerava-se satisfeitos com a vida profissional, o que reforça a hipótese de que a automedicação entre estas trabalhadora não está relacionada com o grau de satisfação ou a presença de patologias, como esperado, mas sim ao fácil acesso às substâncias por parte dos profissionais da área da saúde e ao consumismo que é estimulado em nossa sociedade.

Estudo qualitativo conduzido por Martins e Zeitouné (2007) traz que, dentre os relatos de profissionais da equipe de enfermagem de um hospital universitário situado no Município do Rio de Janeiro, o desgaste emocional e físico, que tem relação direta com as condições precárias de trabalho, levam esses indivíduos ao sofrimento e insatisfação laboral. A insatisfação no trabalho está relacionada às exigências inerentes às tarefas desenvolvidas pelos trabalhadores, muitas vezes o atendimento/cumprimento dessas exigências terminam numa auto-repressão. Tais aspectos acabam cominando no consumo de SPAs para aliviar ou minimizar essas perturbações.

Aspectos de insatisfação laboral e envolvimento com o consumo de psicotrópicos também foram evidenciados na pesquisa qualitativa realizada por Dias *et al.*(2011), que teve como participantes, 15 enfermeiros da unidade de terapia intensiva de um hospital universitário situado no município do Rio de Janeiro, no qual os resultados mostraram que o uso ocorre por elevado estresse e carga horária ocupacional, cobranças e insatisfação no ambiente de trabalho.

Consoante a isso, Oliveira *et al.* (2014), ao avaliar os níveis de concordância dos 35(38,5%) trabalhadores que consumiram ansiolíticos nos últimos 12 meses acerca dos fatores de risco psicossocial que contribuíram para o consumo, houve associação com o estresse ocupacional decorrente da dupla jornada de trabalho, o trabalho noturno, a carga pesada de trabalho, a insatisfação com as condições de trabalho e o relacionamento interpessoal conflituoso com chefias e colegas.

Outro estudo realizado por Oliveira *et al.* (2013), para descrever os padrões de uso de álcool por trabalhadores de enfermagem e a associação com o trabalho, constatou que 26,6%

dos trabalhadores associaram o consumo de bebidas alcoólicas com o trabalho e 18,8% dos entrevistados referiram insatisfações e estresse decorrentes do trabalho. Associação semelhante identificada por Scholze *et al.* (2017) em que o consumo do álcool, sedativos e outras drogas, por profissionais enfermeiros, esteve relacionado com a insatisfação laboral.

Em relação à percepção do estado de saúde antes do trabalho, constatou-se que os profissionais que se declararam como “bom”, apresentaram 54% a menos de chances de consumirem SPAs quando comparados aos profissionais que se declararam com estado de saúde “muito bom”(Tabela 14).

Estudos têm mostrado que os profissionais de saúde, mesmo relatando que seu estado de saúde é bom ou muito bom, se consideram como pessoas estressadas e com sintomas ansioso-depressivos. De acordo com Maciel *et al.* (2017), 18 (14,6%) dos profissionais que participarem do seu estudo consideraram-se pessoas estressadas. Os profissionais da saúde em sua atividade laboral encontram-se expostos a psicopatologias como transtorno psicológico, em decorrência da relação entre o trabalho hospitalar e a saúde e, mais especificamente, o trabalho hospitalar e a saúde mental do profissional.

Por outro lado, Vieira *et al.* (2016) ressalta que os trabalhadores da saúde podem enxergar situações que ocorrem no ambiente laboral como sendo comum à profissão, ou seja, como fatores inerentes à profissão, mas que os levam a criar estratégias de defesa para o enfrentamento dos riscos para manter a saúde mental, mesmo tornando-se como parte do trabalho do enfermeiro, esses riscos geram adoecimento.

Nesse sentido, pesquisa de Barros *et al.* (2015) que buscou avaliar alguns aspectos da qualidade de vida de profissionais de enfermagem, que trabalhavam em serviços de urgência e emergência no município de Cajazeiras – Paraíba, Brasil, observou que sintomas psicológicos foram referidos por alguns trabalhadores, tais como: problemas com a memória, insônia e pensamento recorrente. Além disso, 21,9% faziam uso de risco quanto ao álcool e 15,6% dos sujeitos apresentaram nível de estresse na fase II (exaustão) pelo Teste de Lipp.

Estudo de Pereira *et al.* (2017) que buscou identificar os níveis de depressão e uso de medicamentos em 86 profissionais da enfermagem, em um hospital da cidade de Montes Claros, MG, utilizando o Inventário de Depressão de Beck – BDI, evidenciou que 17,4% dos participantes apresentaram sinais sugestivos para depressão leve, 10,5% moderada e 12,8% grave, sendo que 70,9 % desses profissionais não faziam uso de quaisquer medicação, ao tempo que os outros 20,1%, citaram o consumo de psicoativos como ansiolíticos e antidepressivos.

Pesquisa de Bittar e Gontijo (2015) mostrou que 96% dos trabalhadores apontaram ter algum problema de saúde. Dentre os principais problemas de saúde observados citaram-se: problemas osteomusculares, transtornos de origem psicoemocional, hipertensão/diabetes, transtorno psíquico (depressão e ansiedade), hipertensão, diabetes e outros problemas (hipotireoidismo, problemas metabólicos, alergias, infecções). Verificando-se que 54% das auxiliares e técnicas de enfermagem e 66% das enfermeiras utilizavam de modo frequente ou esporádico medicamentos sem recomendação médica.

Diante de tais discussões, percebe-se que existem fatores laborais que suscitam os profissionais de saúde ao consumo de SPAs. Oliveira *et al.* (2014) reiteram que as motivações tradicionais que levam o ser humano ao uso de substâncias psicoativas deve-se a necessidade de compensação, em face de uma realidade adversa de desequilíbrios nas várias dimensões da vida como família, trabalho, estudos e lazer. Profissionais de saúde, mais especificamente, os da enfermagem que consomem algum tipo de substância psicoativa desenvolvem uma segunda jornada de trabalho no lar, não praticam lazer e apesar de apresentarem sentimentos positivos em relação ao trabalho, o consideravam uma atividade estressante.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A amostra representativa desse estudo, inicialmente, era de atingir uma investigação entre 311 trabalhadores de saúde, porém houve algumas limitações que dificultaram esse alcance e que merecem ser mencionadas no intuito de serem traçados melhores planos e estratégias de abordagens para futuras pesquisas nesse segmento.

Dentre as limitações vivenciadas, podemos destacar: a própria temática, que por si só traz um impacto para o setor da saúde e seus envolvidos, demonstrando ser a maior limitação dessa pesquisa, visto que tratava-se do consumo de substâncias psicoativas por profissionais de saúde, o que, por conseguinte, mesmo com toda a explanação dos objetivos e dos aspectos éticos da pesquisa, gerou um grande número de recusas entre algumas categorias, sendo mais prevalente entre a categoria médica; o delineamento do estudo transversal, visto que impossibilita que os fatores investigados, bem como a composição amostral, estejam igualmente distribuídos; necessidade de uma demanda maior de tempo, por parte do pesquisador, para completar o número da amostra devido o número de recusas e perdas, prolongando dessa forma, o período da coleta de dados; a coleta de dados ter ocorrido exatamente no ambiente laboral em momento de expediente num serviço hospitalar de urgência.

Dessa forma, apesar das limitações aqui apresentadas, considera-se que essa pesquisa trouxe grandes contribuições para à saúde do trabalhador, apresentando resultados importantes, bem como abrindo novos conhecimentos a serem investigados no sentido de elucidarem a forte influência que aspectos laborais têm sobre a vida dos profissionais e os serviços de saúde, na perspectiva de elaborarem medidas de intervenções para diminuir os impactos dessa problemática.

7 CONCLUSÃO

Nesse estudo constatou-se que o consumo de SPAs é uma realidade presente entre os trabalhadores de saúde. Embora tenha-se evidenciado a prevalência de consumo de substâncias lícitas (álcool e tabaco), observou-se que as substâncias de uso hospitalar (opioides e hipnóticos/ sedativos), de prescrição médica (antidepressivos e ansiolíticos) e substâncias ilícitas (maconha e cocaína) também foram citadas mesmo que em menor proporção como consumidas pelos participantes da pesquisa. Ambas as substâncias apresentadas como motivo de consumo associado a momentos de uso recreativo, alívio de tensões, ansiedade, cansaço mental e para relaxar/descansar com relação ao trabalho, desinibição e uso recreativo como os momentos de uso.

Aspectos referentes à satisfação laboral e de estado de saúde mostraram-se significativamente relacionadas ao consumo de SPAs, demonstrando que aspectos correlacionados ao trabalho e a saúde desses trabalhadores influenciam para o uso de substâncias psicoativas.

Verificou-se assim como em outros estudos, que as categorias profissionais com maior prevalência de consumo foram a medicina e a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem), porém revelando que o envolvimento e consumo de SPAs se encontram também nas demais categorias do serviço hospitalar, o que denota um achado importante e ressalta a importância do desenvolvimento de maiores estudos sobre a temática de forma mais abrangente, considerando o ambiente laboral passível de perturbações físicas e mentais, entre todos os trabalhadores que ali se encontram.

Portanto, a presente pesquisa traz contribuições valiosas para os campos da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e para Política de Saúde do Trabalhador, visto que estas não tratam especificamente de ações e estratégias de enfrentamento de consumo de SPAs, entre trabalhadores de saúde, em seus labores, em especial no âmbito hospitalar. Chama-se também atenção para a importância e necessidade da implementação de ações e políticas de prevenção, detecção precoce, direcionamento, tratamento e reabilitação desses profissionais, evitando ou minimizando as situações de envolvimento e consumo nocivo de substâncias psicoativas que trazem comprometimentos para a saúde, vida e trabalho destes.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, G.A. *et al.* A religiosidade/espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. **Rev Estudos da Religião**, p.77-98, 2010.
- ABDULATEEF, D. S. *et al.* Smoking knowledge, attitude, and practices among healthcare professionals from Sulaymaniyah City/Iraq. **Tob Use Insights**. v.9, p.1-6, 2016.
- ALMEIDA, C.S; LUIS, M.A.V. Sociodemographic characteristics and pattern of use of crack and other drugs in a CAPS AD. **Rev Enferm UFPE On Line**, v.11, p.1716-23, 2017.
- ALMEIDA, R. A. de *et al.* Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 102, p. 526-538, Sept. 2014.
- ALVES, H. N. P. *et al.* Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n.3, p. 139-43, 2005.
- ALVES, H.N. P. *et al.* Perfil Clínico e Demográfico de Anestesiologistas Usuários de Álcool e Outras Drogas Atendidos em um Serviço Pioneiro no Brasil. **Rev Bras Anesthesiol**, v.62, n.3, p.56-364, 2012.
- ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D. **A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira**. In: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 1, p. 11-26.
- BABOR, T. F. *et al.* **The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care**. Genebra: World Health Organization, 2001.
- BOZIMOWSKI, G. *et al.* The prevalence and patterns of substance abuse among nurse anesthesia students. **AANA J**, v. 82, p. 277-83, 2014.
- BABOR, T. F. *et al.* **AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool- roteiro para uso em atenção primária**. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.
- BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 6 ed. Florianópolis, UFSC, 2006.
- BAKHSI S. *et al.* A. Nurses' health behaviours and physical activityrelated health-promotion practices. **Br J Community Nurs**. v. 20, n. 6, 2015.
- BECK, L. M; DAVID, H, M, S. L. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 706 – 11, 2007.

BITTAR, C. M. L.; GONTIJO, I. L. Automedicação entre as trabalhadoras de enfermagem de um hospital de Uberaba. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.6, n.2, p.1229-38, 2015.

BRANCO, F. M. F. C. **Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre drogas: uma contribuição para a formação profissional**. 2013. 816f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro UNINOVAFAPI, Teresina, 2013.

BRANCO, J. C. *et al.* Qualidade de vida de colaboradores de hospital universitário do Sul do Brasil. **J Health Sci Inst**, v.28, n.2, p. 199-203, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. **Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

CAJAZEIRO, J. M. D *et al.* Toxicologia e profissionais de saúde: uso abusivo e dependência. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, n. 2, p. 153-157, 2012.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa inédita traça o perfil da enfermagem brasileira** [Internet]. Brasília: COFEN, 2015.

CARLOS, M. A.; HERVAL, Á. M. ; GONTIJO, L. Consumo de álcool entre os trabalhadores da saúde da família. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 23, n. 2, 2018.

CARRILLO-GARCIA, C. *et al.* Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, 2013.

CARREIRO, G. S. P. **O impacto do trabalho na saúde mental dos profissionais da estratégia saúde da família**. [Dissertação]. João Pessoa – Paraíba: Universidade Federal da Paraíba; 2010.

DIAS, J. R. *et al.* Factors favoring the use of psychotropics by nursing professional. **Rev Enferm UERJ**. v. 19, n. 3, p. 445-51, 2011.

DIEHL *et al.* **Dependência química-prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2011.

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

ECHER, I. C. *et al.* Prevalence of Smoking Among Employees of a University Hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.1, p.179-86, jan-fev. 2011.

FAYERS, P. M. *et al.* **EORTC QLQ-C30 Scoring Manual** (3rd edition). Brussels: EORTC, 2011.

FELIPE, A. O. B.; CARVALHO, A. M. P.; ANDRADE, C. U. B. Espiritualidade e religião como protetores ao uso de drogas em adolescente. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 49-58, mar. 2015.

FÉLIX JÚNIOR, I.J; SCHLINDWEIN, V. de L. D. C; CALHEIROS, P. R. V. A relação entre o uso de drogas e o trabalho: uma revisão de literatura PSI. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, 2016.

FERNANDES, M. A. *et al.* Uso de substâncias psicoativas por profissionais de saúde: revisão integrativa. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v.13, n. 4, p. 221-231, out-dez. 2017.

GIURGIU, D. I. *et al.* Psychosocial and occupational risk perception among health care workers: a Moroccan multicenter study. **BMC Res Notes**, 8:408, 2015.

GLÓRIA, M. E.; XAVIER, V. O abuso de substâncias psicoativas e seu impacto intrafamiliar: uma análise bibliográfica. **Revista Amazônia Science & Health**, out-dez. 2016.

GOMES, M. B. *et a.* Adolescência, drogas e religiosidade no município de São Paulo. **Boletim de Psicologia**, v. LXV, n. 142, p. 001-013, 2015.

GOMES, P. C. **O Consumo de bebida alcoólica e tabaco entre trabalhadores de enfermagem de uma Universidade Pública da zona da Mata Mineira**. 2015. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, 2015.

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

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, v. 20, supl. 2, p.2-9, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. 2010.

JINEZ, L. J. ; SOUZA, J. R. M. de; PILLON, S. C. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 246-252, Apr. 2009.

JORGE, J. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Consultório de Rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 39-48, 2012.

JUNQUEIRA, M. B. A. *et al.* Sintomas depressivos e uso de drogas entre profissionais da equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v.22, n.4, 2018.

JUGERMAN, F. S. *et al.* Abuso de Fármacos Anestésicos pelos Anestesiologistas. **Rev Bras Anestesiol**, v. 62, n.3, p. 375-386, 2012.

KAMINSKI, M. L. **Use of psychotropics in workers at university hospitals of Pelotas / RS: prevalence and associated factors**. 2013. 50 f. Dissertação (Mestrado em saúde) -

Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2013.

LARANJEIRAS, R. *et al.* Abuso e dependência de álcool e drogas: In: **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

LARA, H. C.; VARGAS, C. G. M.; SALCEDO, M. A. Consumo de sustancias psicoactivas en profesionales de la salud (médicos y enfermeros) de dos IPS de primer nivel de atención en consulta externa de Bogotá. **Rev. Cienc. Salud** , v.10, n. Suppl 1, p. 87-100, 2012.

LIMA, C. T. *et al.* Concurrent and constructo validity of the audit in an urban brazilian sample. **Alcohol Alcohol**, v. 40, n. 6, p. 584-9, 2005.

MACIEL, M. P. G. S. *et al.* Uso de medicamentos psicoativos entre profissionais de saúde. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, supl. 7, p. 2881-7, jul., 2017.

MACIEL, R. H. M. O.; SANTOS, J. B. F.; RODRIGUES, R. L. Healthcare workers' work conditions: a perspective on technicians and midlevel workers. **Rev. bras. saúde ocup**, v. 40, n. 131, 2015.

MACHADO, A. S. M. M. **Prevalência do uso do álcool e tabaco por enfermeiros de um Hospital Universitário. – Brasília**. 2016. 149p. Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) -- Universidade de Brasília, Brasília – DF. 2016.

MACRAE, E. **A história e os contextos socioculturais do uso de drogas**. Curso de Prevenção aos Problemas relacionados ao Uso de Drogas. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 6ª ed. Brasília DF. p. 29,30. 2014.

MARTINS, E. R. C.; CORRÊA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 12, n. especial, p. 398-405, mar/abr.,2004.

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

MARTINS, E. R. C. *et al.* Concepções do trabalhador de enfermagem sobre drogas: a visibilidade dos riscos. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 368-72, 2009.

MATTARA, F. P. *et al.* Confiabilidade do teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT) em adolescentes. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto , v. 6, n. 2, p. 296-314, 2010.

MENDÉZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**. 1999. 128f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MELO, C. de F. *et al.* Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 447-464, jul. 2015 .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2015). **Relatório anual: A situação do país em matéria de drogas de toxicodependência**. Lisboa, Portugal: SICAD.

MONTEIRO, C. F. S. *et al.* Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 497-509, 2011.

MUNIZ, J. A.; REICHEL, G. G.; NEVES, E. B. Atendimento ao dependente químico na Estratégia Saúde da Família. **Revista UNIANDRADE**, v. 11, n. 2, p. 55-68, 2013.

NASCIMENTO, M. O. do; AVALLONE, D. M. Prevalência do uso de drogas entre adolescentes nos diferentes turnos escolares. **Adolesc Saude**. v.10, n.4, p.41-49, 2013

NICASTRI, S. **Drogas: classificação e efeitos no organismo**. In: Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Educação. – 6. ed., atual. – Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

OLIVEIRA, J. B.; KERR-CORRÊA, F. Os aspectos socioculturais do uso de crack, álcool e outras drogas. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS DE ANTIDROGAS. **Capacitação para comunidades terapêuticas – conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**. 1 ed. Brasília, DF, 2013. 319p.

OLIVEIRA, A. L. C. B. *et al.* Espiritualidade e religiosidade no contexto do uso abusivo de drogas. **Rev Rene**, v.18, n.2, p. 283-90, 2017.

OLIVEIRA, E. B. *et al.* Padrões de uso de álcool por trabalhadores de enfermagem e a associação com o trabalho. **Rev Enferm UERJ**, v. 21, n. 6, p. 729-35, 2013.

OLIVEIRA, E. B. de *et al.* Estresse ocupacional e consumo de ansiolíticos por trabalhadores de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 22, n. 5, p. 615-621, mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10** Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Organização Pan-Americana de Saúde. **Who report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package**. Geneva: OMS; 2008.

PEREIRA, A. B. *et al.* Perfil de trabalhadores readaptados em um hospital público do Sul do Brasil. **Rev Bras Med Trab.**, v.15, n. 4, p. 317-323, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRETTO, A. D. B.; PASTORE, C. A.; ASSUNCAO, M. C. F. Comportamentos relacionados à saúde entre profissionais de ambulatórios do Sistema Único de Saúde no município de Pelotas-RS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 635-644, dez. 2014.

REGO, M. P. C. M. A. Trabalho hospitalar e saúde mental - **O caso de um hospital público no município do Rio de Janeiro**. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1992.

REISDORFER, E. *et al.* . Uso problemático de álcool e de tabaco por profissionais de saúde. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 214-221, dez. 2016.

RIBEIRO, Í. A. P. *et al.* Reflections about the consumption of psychoactive substances by nursing workers. **Internacional Journal of Development Research**, v.8, n. 8, p.22212-22215, ago. 2018.

ROCHA, P. R. da. **Questionário sobre o consumo de álcool e drogas entre profissionais de saúde: um estudo exploratório**. 2010. 169f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Faculdade de Enfermagem), Rio de Janeiro, 2010.

ROSSETTI, A. C.; GAIDZINSKI, R. R. Estimativa do quadro de pessoal de enfermagem em um novo hospital. **Rev Latino-Am Enfermagem**. V. 19, n. 4, p. 1011-7, 2011.

ROCHA, P. R. da; DAVID, H.M.S.L. Padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde: retrato de alunos de cursos lato sensu de uma instituição pública. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental, Álcool, Drogas**. v.11, n.1, p. 41-8, jan-mar, 2015.

RODRIGUES, E. P. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 67, p. 296-301, 2014.

SANTOS, J. A. T; OLIVEIRA, M. L. F. de. Implantação de ações para enfrentamento do consumo de drogas na Atenção Primária à Saúde. **Cogitare Enferm**. v. 18, n. 1, p-21-8, jan-mar., 2013.

SALES, A. *et al.* O cuidador cuidado: a experiência de cuidar de quem cuida. **Neurobiol.**,v.73, n. 1, p. 61-73, 2010

SILVA, N. A., *et al.* Automedicação: o descuido de si entre dos profissionais do serviço móvel de urgência e emergência. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 8, n. 2, p. 125-140, 2015.

SILVA, V. L; BOTTI, N. L. O Consumo de drogas lícitas e ilícitas pelos profissionais da área da saúde. **Rev. enferm. UFPE online. Recife**, v. 5, n. 5, p. 1286-294, jul., 2011.

SCHNEIDER, A. P. H.; AZAMBUJA, P. G. Uso de fármacos psicotrópicos por profissionais da saúde atuantes da área hospitalar. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 14-21, mar. 2015.

SCHOLZE, A. R; MARTINS, J. T. A Influência do Ambiente Ocupacional para o uso de Substâncias Psicoativas entre Enfermeiros. **Rev. enferm. UFPE online**. Recife, v. 10, supl.1, p.375-8, jan., 2016.

SCHOLZE, A. R. *et al.* Ambiente ocupacional e o consumo de substâncias psicoativas entre enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.**, v. 30, n. 4, p. 404-11, 2017.

TISOTT, Z. L. *et al.* Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil: Revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 13, n. 43, 2015.

United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. Vienna, Austria: UNODC., 2016.

VIEIRA, G. C. G. *et al.* Uso de psicotrópicos pelo enfermeiro: sua relação com o trabalho. **Cinergis**. Santa Cruz do Sul, v.17, n. 3, p.191-195, jul.-set., 2016.

VIEIRA, T. G. *et al.* Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Rev Enferm UFSM.**, v.3, n. 2, p. 205-14, 2016.

ZEFERINO, M. T *et al.* Enfermeiros e uso abusivo de drogas: comprometendo o cuidado de si e do outro. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p.599-06, out/dez., 2006.



APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS REFERENTE ÀS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS, OCUPACIONAIS, SAÚDE AUTORREFERIDAS E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR TRABALHADORES DE SAÚDE

LEIA ATENTAMENTE ANTES DE PREENCHER

- A princípio, esclarecemos que todos os dados e informações colhidos por este questionário serão garantidos à **CONFIDENCIALIDADE E O ANONIMATO**, ou seja, não serão correlacionados com o nome ou características que o identifique;
- Este questionário é composto de 38 perguntas dividido em 4 momentos (I – Condições sociodemográficas; II – Condições Laborais; III – Condições de Saúde Autorreferidas; e IV – Consumo de Substâncias Psicoativas (SPAs);
- O termo **SUBSTÂNCIA PSICOATIVA (SPA)** é utilizado para determinar qualquer tipo de substância/droga que altere temporariamente funções cerebrais como o humor, comportamento, percepção e consciência. São exemplos de SPAs:
 - ✓ Drogas lícitas (álcool e tabaco);
 - ✓ Drogas ilícitas (maconha, cocaína, LSD, entre outras);
 - ✓ Drogas medicamentosas de uso hospitalar (opiáceos, morfina, dormonid, dolantina);
 - ✓ Drogas medicamentosas de prescrição médica (ansiolíticos, antidepressivos, benzodiazepínicos).
- Sua **sinceridade** em cada resposta é imprescindível para esse estudo;
- É importante o preenchimento correto e total desse questionário, para tanto, é necessário que **leia com atenção** todas as perguntas e marque uma ou mais alternativas que se adeque melhor a sua resposta;
- Sua participação nesse estudo é de **extrema importância**, pois garantirá a fidelidade dos resultados, desvelando informações importantes que poderão implicar em futuras e novas pesquisas sobre a temática;
- As respostas serão **confidenciais**, preservando o total **anonimato dos participantes**.

Desde já, agradecemos pela sua colaboração.

U

I - NESSE PRIMEIRO MOMENTO, GOSTARÍAMOS DE SABER INFORMAÇÕES A RESPEITO DE SUAS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Qual o seu sexo?

- (1) Masculino []
 (2) Feminino []

2. Qual a sua idade? _____ anos.

3. Qual o seu estado civil?

- (1) Casado (a) [] (4) União estável []
 (2) Solteiro (a) [] (5) Viúvo (a) []
 (3) Divorciado (a) []

<p>4. Qual sua religião?</p> <p>(1) Católica [] (2) Espírita [] (3) Evangélica [] (4) Outra [] Qual? _____.</p>
<p>5. Qual o seu grau de escolaridade?</p> <p>(1) Nível Técnico [] (2) Nível Superior [] (3) Pós-Graduado [] Qual? _____. (4) Nenhuma []</p>
<p>6. Qual a sua categoria profissional?</p> <p>(1) Enfermagem [] (2) Medicina [] Qual especialidade? _____. (3) Técnico em Radiologia [] (4) Técnico em Enfermagem [] (5) Fisioterapia [] (6) Técnico em Patologia [] (7) Atendente de Enfermagem [] (8) Odontólogo [] (9) Farmacêutico [] (10) Fonoaudiólogo [] (11) Nutricionista [] (12) Psicólogo [] (13) Aux. de Enfermagem [] (14) Técnico em Imobilização Ortopédica [] (15) Técnico em Laboratório de Farmácia []</p>
<p>7. Aproximadamente, qual sua renda individual em reais? _____.</p>
<p>8. Aproximadamente, qual a sua renda familiar em reais? _____.</p>
<p>II – NESSE SEGUNDO MOMENTO, GOSTARÍAMOS DE SABER MAIS SOBRE SUAS CONDIÇÕES LABORAIS.</p>
<p>Há quanto tempo você trabalha nessa instituição?</p> <p>(1) De 1 a 2 anos [] (2) De 2 a 4 anos [] (3) De 4 a 6 anos [] (4) De 6 a 8 anos [] (5) Mais de 8 anos [] Quantos? _____ anos.</p>
<p>10. Em qual setor você trabalha?</p> <p>(1) Pronto Socorro [] (2) Enfermaria de Clínica Médica []</p>

(3) Baixo []

18. Como você considera sua carga de trabalho?

- (1) Alto []
 (2) Moderado []
 (3) Baixo []

19. Que tipos de exigências e qual grau que a sua rotina laboral exige de você?

Sugestão: Que tipo de esforço é exigido durante suas atividades de trabalho (físico, mental ou emocional) e como você considera esse esforço (alto, moderado ou baixo)?

[] **Físico** (exigência de esforço físico, movimentos repetitivos, manter-se parado em uma determinada posição por muito tempo):

- (1) Alto []
 (2) Moderado []
 (3) Baixo []

[] **Mental/Intelectual** (exigência de memorizar dados, informações, de compreender e de conhecimento para realizar suas atividades):

- (1) Alto []
 (2) Moderado []
 (3) Baixo []

[] **Emocional** (por exemplo: necessidade de manter-se equilibrado em situações de emergência, de controlar conflitos interpessoais, de vivenciar tensões relativas ao trabalho):

- (1) Alto []
 (2) Moderado []
 (3) Baixo []

20. Qual o grau de satisfação com o seu trabalho?

- (1) Alto []
 (2) Moderado []
 (3) Baixo []

21. Quanto ao valor da sua remuneração, como você classifica?

- (1) Muito bom []
 (2) Bom []
 (3) Regular []
 (4) Ruim []

22. Como é o relacionamento entre você e seus colegas de trabalho?

- (1) Muito bom []
 (2) Bom []
 (3) Regular []
 (4) Ruim []

23. Como é o relacionamento entre você e seu chefe/supervisor?

- (1) Muito bom []

- (2) Bom []
 (2) Regular []
 (3) Ruim []

24. Como você classifica as condições físicas/estruturais de trabalho dessa instituição?

- (1) Adequada []
 (2) Regular []
 (3) Inadequada []

III – INFORMAÇÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE AUTORREFERIDAS

25. Você possui alguma doença ?

(1) Sim []

(2) Não []

Se sua resposta for Sim, marque a alternativa correspondente à sua patologia.

- (1.1) Hipertensão Arterial []
 (1.2) Diabetes Mellitus []
 (1.3) Depressão []
 (1.4) Doença cardíaca []
 (1.5) Doença nefrológica []
 (1.6) Cirrose hepática []
 (1.7) Ansiedade []
 (1.8) Trombose []
 (1.9) Gastrite []
 (1.10) Anorexia []
 (1.11) Dependência Química []
 (1.12) Câncer []
 (1.13) Impotência []
 (1.14) Outra [] Qual? _____.

26. Como você classifica seu atual estado de saúde?

- (1) Muito bom []
 (2) Bom []
 (3) Regular []
 (4) Ruim []

27. Como você classifica seu estado de saúde antes de exercer sua atual função laboral?

- (1) Muito bom []
 (2) Bom []
 (3) Regular []
 (4) Ruim []

28. Você atribui seu atual estado de saúde física e mental as condições e situações vivenciadas pelo seu trabalho?

- (1) Sim []
 (2) Não []

29. Caso tenha marcado a opção Sim no quesito 28, que problemas de saúde ou sintomas você relaciona com suas atividades de trabalho/ao seu trabalho?

- (1) Cansaço mental []
- (2) Cansaço físico []
- (3) Insônia []
- (4) Ansiedade []
- (5) Estresse []
- (6) Fadiga []
- (7) Sonolência []
- (8) Irritação []
- (9) Distúrbios Gastrointestinais []
- (10) Depressão []
- (11) Distúrbios Osteomusculares []
- (12) Outros []. Qual (ais) ? _____.

IV – INFORMAÇÕES QUANTO AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPAS)

OBSERVAÇÃO:

- ✓ **Pode ser marcada mais de uma alternativa;**
- ✓ Vale lembrar que Substâncias Psicoativas (SPAs) é o termo utilizado para designar todos os tipos de drogas.

Drogas lícitas: álcool (bebidas), tabaco (fumo/cigarro);

Drogas de uso hospitalar: morfina, dolantina, tylex, dormonid, fentanil, entre outros;

Drogas de prescrição médica: ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, ritalina, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, valium, tonopan, lexotan, entre outras;

Drogas ilícitas: maconha, cocaína, LSD, ecstasy, lança perfume, “loló”, crack, entre outras.

30. Você já fez/faz consumo ou experimentou alguma dessas substâncias?

- (1) Sim, já experimentei, mas não uso/consumo atualmente []
- (2) Sim, já experimentei e faço uso/consumo atual []
- (3) Não, não uso/consumo e nunca experimentei []

31. Se você já fez/faz consumo ou experimentou alguma(s) dessas substâncias, em que categoria a (s) classificaria?

- (1) Drogas lícitas (bebidas, fumo, cigarro...) []
- (2) Drogas ilícitas (maconha, cocaína, ecstasy, loló, lança perfume...) []
- (3) Drogas de uso hospitalar (morfina, dolantina, dormonid, fentanil) []
- (4) Drogas de prescrição médica (ansiolíticos, tranquilizantes, antidepressivos, ritalina, diazepam...) []

32. Você já fez/faz consumo ou experimentou alguma(s) dessas substâncias?

Tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda) []

Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, rum, tequila, gim) []

Maconha (baseado, erva) []

Cocaína, crack, óxi(coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo) []

Anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, ritalina, pervetin, MDMA, ecstasy) []

Inalantes (éter, lança perfume, loló, benzina) []

Hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, optalidon, gardenal, tonopan, nembupal, dienpax, valium, lorax, rohypnol, somalium, lexotan, dormonid, fentanil, bupivacaína, propofol) []

Antidepressivos (fluoxetina, sertralina, sibutramina, paroxetina, citalopram, amitriptilina) []

Opíáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, Dolantina, Meperidona, Demerol, Alfgan, Tylex, Codein) []

Alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, mescalina, peiote, cacto, chá de ayahuasca, benflogin) []

(11) Outras substâncias [] Especifique _____.

33. Se for uma substância medicamentosa, sobre quais orientações **você fez/faz uso dela?**

(1) Prescrição/orientação médica []

(2) Automedicação/orientação própria []

(3) Não faço uso []

34. Quais fatores influenciaram você a usar estas substâncias?

(1) Ansiedade [] (11) Dificuldades em lidar com o estado de saúde dos pacientes []

(2) Depressão [] (12) Relações afetivas []

(3) Estresse [] (13) Insatisfação com o trabalho []

(4) Insônia [] (14) Pressão da função que exerce []

(5) Acesso facilitado pela função que exerce [] (15) Condições de trabalho []

(6) Alívio de tensões e estresse/relaxamento [] (16) Alta carga horária de trabalho []

(7) Uso recreativo/festivo [] (17) Dificuldades no relacionamento com a equipe de trabalho []

(8) Cansaço físico [] (18) Outro (s) [] Especifique _____.

(9) Cansaço mental []

(10) Fadiga []

35. Quando você costuma usar essas substâncias?

(1) Para aliviar alguma sintomatologia (ex: dor) [] (9) Para ir ao trabalho []

(2) Para relaxar/descansar [] (10) Durante o trabalho []

(3) Diminuir o apetite [] (11) Após o trabalho []

(4) Para controle do humor [] (12) Em outra situação [] Qual? _____

(5) Para diminuir a ansiedade e/ou medo []

(6) Para dormir []

(7) Desinibição []

(8) Interação social e afetiva []

36. Qual a via/forma de administração e consumo dessa(s) substância(s)?

(1) via injetável []

(2) inalatória []

(3) via oral [] (4) Outra [] Especifique_____.

37. Você tem conhecimento dos efeitos e danos que o uso abusivo de substâncias psicoativas traz para a saúde, para sua vida social e para seu trabalho?(1) **Sim**, tenho ciência dos riscos e danos que essa substância pode trazer []**Quais seriam estes riscos e danos?**

(1.1) Ansiedade []

(1.2) Depressão []

(1.3) Transtornos Mentais []

(1.4) Alterações no padrão do sono []

(1.5) Vulnerabilidade ao consumo de outras substâncias []

(1.6) Dificuldades no processo de execução do trabalho []

(1.7) Perturbações no contexto familiar []

(1.8) Dificuldades em relações pessoais e interpessoais []

(1.9) Prejuízos financeiro []

(1.8) Alteração de ânimo, entendimento e comportamento []

(1.9) Dependência Química []

(1.10) Overdose []

(1.11) Morte []

(2) **Não**, desconheço quaisquer riscos e danos que essa substância possa trazer []**38. Você atribui seu(s) problema(s) de saúde ao uso dessa(s) substância(s) ?**

(1) Sim []

(2) Não []

Se for Sim, qual (is) problema(s) ?

(1.1) Ansiedade []

(1.2) Depressão []

(1.3) Insônia []

(1.4) Hipertensão []

(1.5) AVC []

(1.6) Câncer []

(1.7) Distúrbios osteomusculares []

(1.8) Doenças cardíacas []

(1.9) Asma brônquica []

(1.10) Enfisema pulmonar []

(1.11) Diabetes Mellitus []

(1.12) Bronquite crônica []

(1.13) Doenças nefrológica []

(1.14) Rinite alérgica []

(1.15) Dependência química []

(1.9) Outra [] Especifique_____.

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do projeto: Consumo de Substâncias Psicoativas por Trabalhadores de Saúde

Pesquisador responsável: Dr^a Márcia Astrês Fernandes

Co-pesquisador: Mestrando Ítalo Arão Pereira Ribeiro

Instituição: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Departamento: Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: (86) 9908-5658/ (89) 98125-7220

Local de coleta de dados: Hospital de Urgências de Teresina – HUT

Prezado (a) Senhor (a)

O Sr.(a) está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada “CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR TRABALHADORES DE SAÚDE”. O Sr.(a) precisa decidir se quer participar ou não. Depois de esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o Sr. (a) tem direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo em sua etapa final, sem ônus ou prejuízos.

Objetivo do estudo: Essa pesquisa tem a intenção de avaliar o uso de substâncias psicoativas por trabalhadores de saúde do serviço hospitalar, caracterizar; o perfil sociodemográfico, ocupacional e condições de saúde autorreferidas dos trabalhadores de saúde; verificar o consumo de SPAs entre os trabalhadores de saúde do serviço hospitalar e os fatores relacionados; identificar os aspectos relativos ao consumo de SPAs, como: tipo, período e frequência de uso, dosagem, ambiente de consumo e via de administração; levantar os principais riscos e consequências do uso de SPAs para a saúde, a vida laboral e social dos trabalhadores; e correlacionar às características sociodemográficas, ocupacionais e de condições de saúde autorreferidas dos trabalhadores com os aspectos e fatores relacionados ao consumo de SPAs.

Procedimento: Preenchimento dos questionários a respeito das condições sociodemográficas, ocupacionais e de saúde, e em seguida, os instrumentos (ASSIST e AUDIT) com questões referentes ao consumo de Substâncias Psicoativas.

Riscos: Riscos mínimos, como constrangimento, desconforto emocional, tensão e medo perante a abordagem do tema da pesquisa. Nesse sentido, e no intuito de oferecer assistência e minimização destes riscos, serão esclarecidos os objetivos, a importância da pesquisa, garantido aos participantes o sigilo e anonimato, bem como sua retirada da pesquisa a qualquer momento durante a coleta de dados.

Benefícios: Proporcionará uma maior compreensão das ações que aborda o tema aos pesquisadores e profissionais que trabalham com questões, envolvendo tanto substâncias psicoativas, quanto ao seu uso e consumo por profissionais de saúde, dependência química, aspectos que abrangem a relação trabalho e drogas, oferecendo subsídios para o desenvolvimento de novos estudos e abrindo espaço para novas discussões acerca dos princípios envolvendo a temática.

Sigilo: As informações fornecidas pelo(a) senhor(a) terão privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. O(a) senhor(a) não será identificado(a) em nenhum momento. Os resultados obtidos no estudo têm fins científicos (divulgação em revistas, congressos e eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e o anonimato da

sua identidade, como estabelece a Resolução 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Consentimento da participação:

Eu, _____, RG nº _____ e CPF nº _____, li o texto acima e compreendi o estudo no qual fui convidado(a) a participar. Entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento independente de justificativa e sem penalidades. 2-2 Concordo voluntariamente em participar deste estudo. Desta forma, assino este consentimento em duas vias ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do Participante Pesquisado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante da pesquisa.

Teresina, _____ de _____ de _____.

Dr.^a Márcia Astrês Fernandes
(pesquisadora responsável)

Mestrando Ítalo Arão Pereira Ribeiro
(co-pesquisador)

Considerações ou dúvidas sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI/Campus Universitário Ministro Petrônio Portella. Pró-Reitoria de Pesquisa - PROPESQ - Bairro Ininga - CEP: 64.049-550 – Teresina – PI, tel.: (86) 3237-2332, E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br, web: www.ufpi.br

ANEXOS

ANEXO A

Autopreenchimento OMS - ASSIST V3.0

Nº de registro
Não preencha

--

Instruções de preenchimento. Leia atentamente antes de preencher:

1. Este questionário avalia o seu envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias, identificando seu nível de uso ou problemas associados.
2. Todas as respostas são **confidenciais** e o preenchimento é **individual**. Não coloque seu nome no questionário.
3. A sua **sinceridade** nas respostas é muito importante.
4. Só responda depois de ler com bastante atenção as perguntas e as alternativas dadas. Se não souber responder uma questão ou se não se sentir a vontade em respondê-la, deixe-a em branco.
5. Todas as questões trazem instruções de preenchimento.
6. **Algumas** das perguntas serão sobre suas experiências **nos últimos 3 meses** e **outras** serão sobre a **vida toda**.
7. As substâncias podem ter sido fumadas, aspiradas, cheiradas, injetadas, ingeridas ou tomadas em pílulas ou comprimidos.
8. Algumas das substâncias podem ter sido prescritas pelo seu médico (como sedativos ou ansiolíticos, medicamentos para emagrecer, medicamentos para dor, etc.). Por favor, quando a medicação tiver **sido prescrita** pelo seu médico **não** registre nada. Entretanto, se você tomou essas medicações por **outros motivos** diferentes daquele pelo qual foi prescritado, ou estiver usando **mais freqüentemente** ou **em doses maiores** do que as prescritadas, aí então, registre o uso destas substâncias.
9. Existem algumas perguntas sobre o uso de drogas ilícitas. Entretanto, qualquer informação que você nos forneça será tratada como **confidencial**.
10. Ao finalizar o preenchimento deposite o questionário no envelope e o entregue ao instrutor.
11. Sua contribuição é muito importante para essa pesquisa. Agradecemos a sua colaboração!

Por favor, marque uma resposta para **cada substância** usada

Questão 1		
Em sua vida, quais das seguintes substâncias você já usou? <i>(APENAS USO NÃO MÉDICO incluindo o uso recreacional, ocasional e até mesmo uso experimental, mesmo sendo experiência única)</i>		
• Marcar todas as substâncias que você já usou, mesmo que tenha sido há muito tempo.	Não	Sim
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	3
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gim)	0	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	3
d. cocaína, crack, óxi (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho, oxidado, Hulck)	0	3
e. Holoten (medavane, carpinol, buclina, vibrazina, adreprin, relevin)	0	3
f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, Moderine®, Ritalina®, Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, MDMA, ecstasy)	0	3
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló, benzina)	0	3
h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, Optalidon®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	0	3
i. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto, chá de Ayahuasca, Santo Daime, Benflogin®)	0	3
j. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfagan®, Tylex®, Codein®)	0	3
k. Outras – especificar: (Exemplos: Kava, triexafenidila, Artane®, datura, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho, Khat, GHB, gama-hidroxiturato, êxtase líquido, superêxtase, chá de fita)	0	3

Autopreenchimento OMS - ASSIST V3.0

Se você respondeu “Não” para todas as substâncias da Questão 1 (i.e. NUNCA experimentou qualquer uma destas substâncias) não precisa continuar respondendo, mas por favor devolva esse questionário.

Para responder as questões 2 a 5, considere:

NUNCA: Não usou nos últimos 3 meses

UMA OU DUAS VEZES: usou 1 ou 2 vezes nos últimos 3 meses

MENSALMENTE: usou entre 1 e 3 vezes em 1 mês

SEMANALMENTE: usou entre 1 e 4 vezes na semana

DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE: usou entre 5 e 7 dias por semana.

Questão 2 Nos <u>últimos três meses</u> , com que frequência você usou as substâncias que você marcou na questão 1 (responda essa questão para todas as drogas assinaladas na questão 1)?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum, tequila, gim)	0	2	3	4	6
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack, óxi (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho, oxidado, Hulck)	0	2	3	4	6
e. Holoten (medavane, carpinol, buclina, vibrazina, adreprin, relevin)	0	2	3	4	6
f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, Moderine®, Ritalina®, Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, MDMA, ecstasy)	0	2	3	4	6
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô, benzina)	0	2	3	4	6
h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, Optalidon®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	0	2	3	4	6
i. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto, chá de Ayahuasca, Santo Daime, Benflogin®)	0	2	3	4	6
j. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Tylex®, Codein®)	0	2	3	4	6
k. Outras – especificar: (Exemplos: Kava, triexafenidila, Artane®, datura, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho, Khat, GHB, gama-hidroxitubirato, êxtase líquido, superêxtase, chá de fita)	0	2	3	4	6

Se respondeu "Nunca" para todos os itens da Questão 2, pule para a Questão 6.

Se qualquer uma das substâncias marcadas na Questão 2 foi usada nos três meses anteriores, continue respondendo as Questões 3, 4 e 5 para cada substância usada.

Por favor, marque uma resposta para **cada substância** usada nos últimos **3 meses**

Questão 3 Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência ou uma vontade incontrolável em consumir? DESEJO = craving ou fissura (responda essa questão para todas as drogas assinaladas na questão 2)	Nunca	1 ou 2 vezes	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum, tequila, gim)	0	2	3	4	6
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack, óxi (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho, oxidado, Hulck)	0	2	3	4	6
e. Holoten (medavane, carpinol, buclina, vibrazina, adreprin, relevin)	0	2	3	4	6

Autopreenchimento OMS - ASSIST V3.0

f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, Moderine® , Ritalina® , Hipofagin® , Moderex® , Dualid S® , Pervetin® , MDMA , ecstasy)	0	2	3	4	6
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló, benzina)	0	2	3	4	6
h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital , pentobarbital , benzodiazepínicos , diazepam , Optalidon® , Gardenal® , Tonopan® , Nembutal® , Dienpax® , Valium® , Lorax® , Rohypnol® , Somalium® , Lexotan® , Librium® , Rohydorm®)	0	2	3	4	6
i. alucinógenos (LSD , chá-de-lírio , ácido , passaporte , mescalina , peiete , cacto , chá de Ayahuasca , Santo Daime , Benflogin®)	0	2	3	4	6
j. opiáceos (morfina , codeína , ópio , heroína , elixir , metadona , meperidina , Dolantina® , Meperidona® , Demerol® , Alfgan® , Tylex® , Codein®)	0	2	3	4	6
k. Outras – especificar: (Exemplos: Kava, triexafenidila. Artane® , datura , vêu-de-noiva , trombeteira , zabumba , cartucho , Khat , GHB , gama-hidroxibutirato , êxtase líquido , superêxtase , chá de fita)	0	2	3	4	6

Autopreenchimento OMS - ASSIST V3.0

Por favor, marque uma resposta para **cada substância** usada nos últimos **3 meses**

Questão 4 <i>Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo das substâncias assinaladas na questão 2 resultou em problema de saúde¹, social², legal³ ou financeiro⁴?</i> Entenda como: 1. Problemas de saúde: qualquer perturbação ou desequilíbrio no organismo. Veja alguns exemplos: vômitos, queimação, azia, perda de memória, pigarro, tosse, entre outros. 2. Problemas sociais: brigas, discussões, problemas com colegas e familiares, queda no rendimento escolar, entre outros. 3. Problemas legais: multas de trânsito, envolvimento com a polícia, acidentes, entre outros. 4. Problemas financeiros: gasto excessivo com a compra de substâncias e conseqüente redução do orçamento, entre outros.	Nunca	1 ou 2 vezes	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gim)	0	4	5	6	7
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack, óxi (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho, oxidado, Hulck)	0	4	5	6	7
e. Holoten (medavane, carpinol, buclina, vibrazina, adreprin, relevin)	0	4	5	6	7
f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, Modérine®, Ritalina®, Hipofagin®, Modérex®, Dualid S®, Pervetin®, MDMA, ecstasy)	0	4	5	6	7
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló, benzina)	0	4	5	6	7
h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, Optalidon®, Gardenal®, Tonopam®, Nembutal®, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	0	4	5	6	7
i. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto, chá de Ayahuasca, Santo Daime, Benflogin®)	0	4	5	6	7
j. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Tylex®, Codein®)	0	4	5	6	7
k. Outras – especificar: (Exemplos: Kava, triexafenidila, Artane®, datura, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho, Khat, GHB, gama-hidroxitbutirato, êxtase líquido, superêxtase, chá de fita)	0	4	5	6	7

Por favor, marque uma resposta para **cada substância** usada nos últimos **3 meses**

Questão 5 <i>Durante os três últimos meses, com que frequência você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você devido ao consumo das substâncias assinaladas na questão 2 ?</i> Exemplos: Falta às aulas, deixou de realizar trabalhos, esquecimento de compromissos importantes, entre outros.	Nunca	1 ou 2 vezes	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gim)	0	5	6	7	8
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack, óxi (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho, oxidado, Hulck)	0	5	6	7	8
e. Holoten (medavane, carpinol, buclina, vibrazina, adreprin, relevin)	0	5	6	7	8

Autopreenchimento OMS - ASSIST V3.0

f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, Moderine®, Ritalina®, Hipofagin®, ModereX®, Dualid S®, Pervetin®, MDMA, ecstasy)	0	5	6	7	8
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló, benzina)	0	5	6	7	8
h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, Optalidon®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	0	5	6	7	8
i. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto, chá de Ayahuasca, Santo Daime, Benflogin®)	0	5	6	7	8
j. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Tylex®, Codein®)	0	5	6	7	8
k. Outras: especificar (Exemplos: Kava, triexafenidila. Artane®, datura, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho, Khat, GHB, gama-hidroxibutirato, êxtase líquido, superêxtase, chá de fita)	0	5	6	7	8

Questões 6 e 7 – Por favor marque uma resposta para **cada substância** usada na sua vida (aquelas assinaladas na questão 1)

Questão 6 Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com o seu consumo das substâncias assinaladas na questão 1? <small>Exemplo: alguém próximo, como algum parente, médico, professor ou chefe já pediu para você parar de usar a substância ou reduzir o seu uso?</small>	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	6	3
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gim)	0	6	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	6	3
d. cocaína, crack, óxi (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho, oxidado, Hulck)	0	6	3
e. Holoten (medavane, carpinol, buclina, vibrazina, adreprin, relevin)	0	6	3
f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, Moderine®, Ritalina®, Hipofagin®, ModereX®, Dualid S®, Pervetin®, MDMA, ecstasy)	0	6	3
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló, benzina)	0	6	3
h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, Optalidon®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	0	6	3
i. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto, chá de Ayahuasca, Santo Daime, Benflogin®)	0	6	3
j. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Tylex®, Codein®)	0	6	3
k. Outras: especificar : (Exemplos: Kava, triexafenidila. Artane®, datura, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho, Khat, GHB, gama-hidroxibutirato, êxtase líquido, superêxtase, chá de fita)	0	6	3

Autopreenchimento OMS - ASSIST V3.0

Opióides		0-3	4-26	27 ou mais
----------	--	-----	------	------------

SIGNIFICADO DAS DIFERENTES FAIXAS DE RISCO

BAIXO RISCO – Se você atingiu esse escore você apresenta baixo risco de estar atualmente experimentando algum dos problemas relacionados ao uso de substâncias (problemas de saúde, problemas sociais, financeiros e legais). Você também possui um baixo risco de desenvolver problemas futuros **SE ESSE PADRÃO DE USO FOR MANTIDO**.

RISCO MODERADO – indivíduo que atinge esse escore já pode estar apresentando alguns problemas, inclusive problemas de saúde. Caso ainda não apresente, se continuar com esse padrão de uso, provavelmente terá problemas futuros de saúde e outros problemas, incluindo a possibilidade de desenvolver dependência. Para evitar problemas futuros e amenizar problemas atuais é recomendado reduzir o consumo da substância ou até mesmo parar o seu uso.

ALTO RISCO – indivíduo que atinge esse escore provavelmente já está apresentando problemas relacionados ao uso de substância, podendo ser problemas de saúde, social, financeiro, legal ou de relacionamento. Como essa faixa de risco é uma faixa sugestiva de dependência recomenda-se procurar atendimento especializado para auxiliar na resolução dos problemas. Você pode procurar um médico de sua confiança ou então procurar a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência onde você será avaliado pelo médico que fará os encaminhamentos necessários.

ANEXO B

**AUDIT – TESTE DE IDENTIFICAÇÃO DE
DESORDENS DEVIDO AO USO DE ÁLCOOL**



Instruções para preenchimento: a) escolha uma opção para cada pergunta e passe o número dela para a “caixinha” do lado direito; b) veja na figura o que é uma dose; c) após a última questão some os números que colocou nas “caixinhas”.

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todas os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

TOTAL:

ANEXO C



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa "CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR TRABALHADORES DE SAÚDE" e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores **MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES E ÍTALO ARÃO PEREIRA RIBEIRO** acesso aos seguintes serviços: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU, Rede de Atenção Psicossocial- RAPS, Rede de Atenção Primária-APS e Rede Hospitalar Municipal para entrevistar profissionais.

Teresina, 02 de outubro de 2017.

Ayla Maria Calixto de Carvalho

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Gerente de Ações Estratégicas
GAE/FMS



Rua Governador Artur de Vasconcelos, Nº 3015
Bairro Aeroporto, Teresina - PI | CEP: 64002-530



86 3215 7700 | 86 3215 7701

ANEXO D



AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Teresina, 13 de agosto de 2017

Conforme Carta de Anuência emitida pela Gerência de Avaliação e Monitoramento da Fundação Municipal de Saúde (FMS), a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgência de Teresina – CEP/HUT autoriza os autores/responsáveis pelo projeto intitulado: “**CONSUMO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVAS POR TRABALHADORES DE SAÚDE**” a iniciar a pesquisa para coleta de dados neste hospital, pois o trabalho atende aos pré-requisitos estabelecidos no check list, sendo assim, aprovado.

Atenciosamente,

Comissão de Ética em Pesquisa
Hospital de Urgência de Teresina – Dr. Zenon Rocha
CEP – HUT

Sílvia Alcântara Vasconcelos
Coordenadora do CEP
Hospital de Urgência de Teresina
Professor Zenon Rocha - HUT



Rua Desembargador Freitas, 1599 - Centro/Norte
Edifício Paulo VI - Teresina-PI - CEP: 64.000-240
CNPJ: 17.577.205/001-37

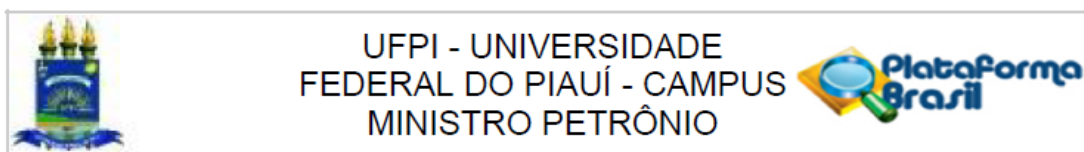


00 9999 4444



fht.hut@teresina.pi.gov.br

ANEXO E


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR TRABALHADORES DE SAÚDE

Pesquisador: MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79650117.2.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

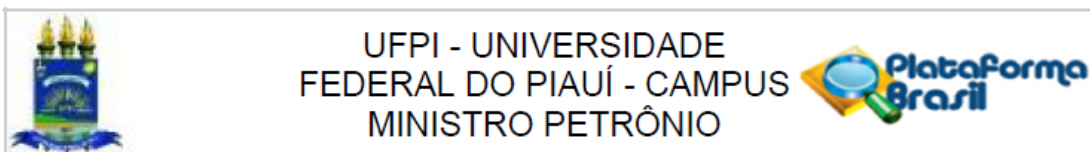
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.379.798

Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo analítica observacional transversal, que busca avaliar o consumo de substâncias psicoativas por trabalhadores do serviço hospitalar. Contará com uma população de 1.397 profissionais e uma amostra estratificada de 320. Será realizado em um hospital público de grande porte, referência em urgência e emergência do estado do Piauí. Serão incluídos na pesquisa, os profissionais efetivos, com tempo de serviço igual ou superior a um ano e que possuam carga horária igual ou superior a 24 horas semanais de trabalho. Para critérios de exclusão, serão desconsiderados os profissionais que estejam afastados de suas funções laborais por férias ou licença de qualquer natureza durante o período da coleta dos dados. Para cálculo do tamanho da amostra será utilizado a fórmula para população finita proposta por Barbetta (2006). Por se tratar de uma amostra heterogênea (diferentes categorias profissionais), será utilizado os princípios da amostragem probabilística estratificada, para garantir um número representativo de cada categoria no estudo. Para a seleção dos participantes, dentro de cada representatividade profissional, será usado à técnica de seleção aleatória simples (sorteio). A coleta de dados está prevista para ocorrer no período de janeiro a março de 2018, e será realizada pelos pesquisadores, mediante a aplicação de um formulário próprio, com perguntas fechadas relacionadas às variáveis sociodemográficas, ocupacionais, condições de saúde autorreferidas e consumo de substâncias psicoativas. No que tange a avaliação do consumo das SPAs, será utilizado, também, o questionário denominado Teste de Triagem do Envolvimento com

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.379.798

Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST), validado no Brasil em 2004, por Henrique I. F. S., et al. (2004). Trata-se de um questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Avaliar o uso e consumo de substâncias psicoativas por trabalhadores de saúde do serviço hospitalar.

Objetivo Secundário:

-Caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e condições de saúde autorreferidas dos trabalhadores de saúde; -Verificar o consumo de SPAs entre os trabalhadores de saúde do serviço hospitalar e os fatores relacionados;-

Identificar os aspectos relativos ao consumo de SPAs, como: tipo, período e frequência de uso, dosagem, ambiente de consumo e via de administração;

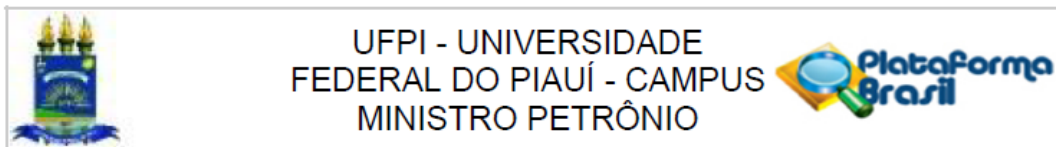
-Levantar os principais riscos e consequências do uso de SPAs para a saúde, a vida laboral e social dos trabalhadores; -Correlacionar às características sociodemográficas, ocupacionais e de condições de saúde autorreferidas dos trabalhadores com os aspectos e fatores relacionados ao consumo de SPAs;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa poderá oferecer riscos mínimos, como constrangimento, desconforto emocional, tensão e medo perante a abordagem do tema da pesquisa. Nesse sentido, e no intuito de oferecer assistência e minimização destes riscos, serão esclarecidos os objetivos, a importância da pesquisa, garantido aos mesmos o sigilo e anonimato, bem como sua retirada da pesquisa a qualquer momento durante a coleta de dados.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.379.798

Benefícios:

Quanto aos benefícios irá proporcionar uma maior compreensão das ações que aborda o tema aos pesquisadores e profissionais que trabalham com questões envolvendo tanto substâncias psicoativas, quanto ao seu uso e consumo por profissionais de saúde, dependência química e aspectos que abrangem a relação trabalho e drogas, oferecendo subsídios para o desenvolvimento de novos estudos e abrindo espaço para novas discussões acerca dos princípios envolvendo a temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram anexados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

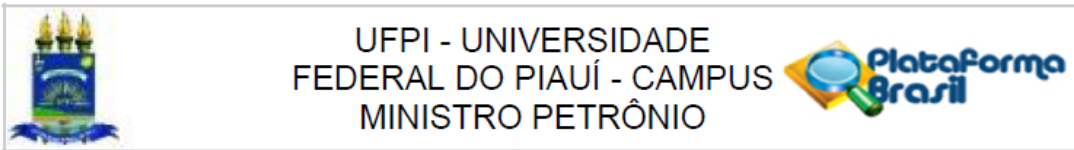
Projeto de pesquisa está apto a ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_974297.pdf	07/11/2017 09:42:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.pdf	07/11/2017 09:33:44	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/11/2017 09:32:49	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	01/11/2017 13:20:11	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	Instrumento2ASSIST.pdf	01/11/2017 12:09:55	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	Instrumento1.pdf	01/11/2017 12:09:19	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	Encaminhamentodoprojetodepesquisa.pdf	01/11/2017 12:08:20	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.379.798

Outros	AutorizacaodepesquisaHUT.pdf	01/11/2017 12:07:39	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	AutorizacaodepesquisaFMS.pdf	01/11/2017 12:05:31	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	CartaparaosJuizes.pdf	01/11/2017 12:04:12	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	LattesdoCoPesquisador.pdf	01/11/2017 12:02:00	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	LattesdoPesquisadorResponsavel.pdf	01/11/2017 12:00:45	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Outros	TermodeConfidencialidade.pdf	01/11/2017 11:59:19	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	01/11/2017 11:56:37	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodospesquisadores.pdf	01/11/2017 11:55:54	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/11/2017 11:54:36	MÁRCIA ASTRÉS FERNANDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 13 de Novembro de 2017

Assinado por:
Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br