



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Patrícia Rodrigues da Rocha

**Questionário sobre o consumo de álcool e drogas entre profissionais de  
saúde: um estudo exploratório**

Rio de Janeiro

2010

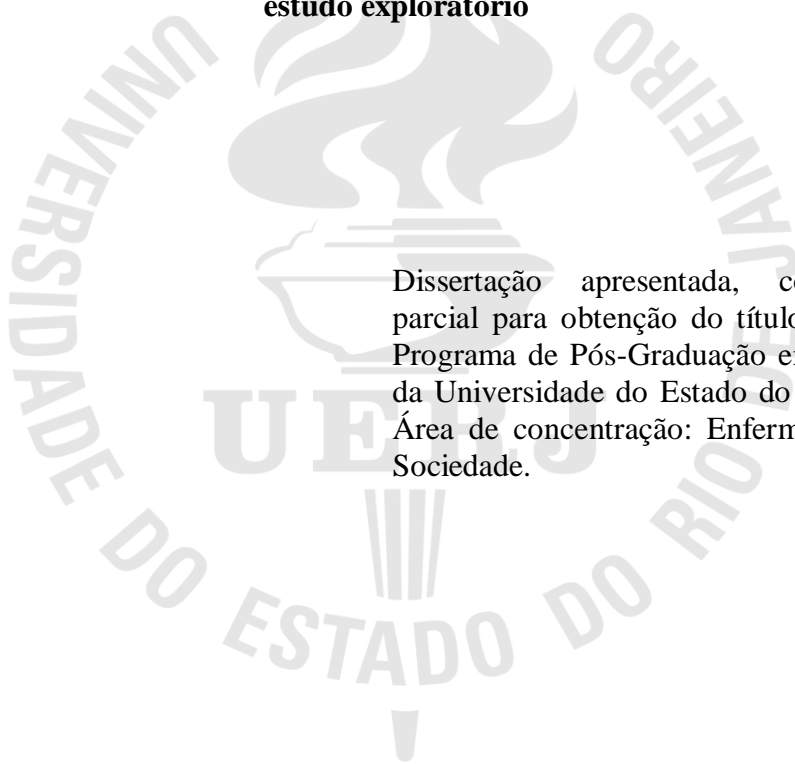
# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Patrícia Rodrigues da Rocha

**Questionário sobre o consumo de álcool e drogas entre profissionais de saúde: um estudo exploratório**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| R672 | <p>Rocha, Patrícia Rodrigues da.<br/>Questionário sobre o consumo de álcool e drogas entre profissionais de saúde: um estudo exploratório / Patrícia Rodrigues da Rocha. - 2010.<br/>169 f.</p> <p>Orientador: Helena Maria Scherlowski Leal David.<br/>Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Alcoolismo. 2. Drogas – Abuso. 3. Saúde e trabalho. 4. Questionários (Enfermagem). I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU<br/>614.253.5</p> |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

---

Assinatura

---

Data

Patrícia Rodrigues da Rocha

**Questionário sobre o consumo de álcool e drogas entre profissionais de saúde: um estudo exploratório**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 04 de março de 2010.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

---

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani  
Instituto de Ciências Humanas da UFJF

---

Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2010

## DEDICATÓRIA

À minha mãe Elisa, pelo amor incondicional e dedicação.

Ao meu marido Carlucio, pela paciência e apoio neste caminho que escolhi trilhar.

À minha família, pelo exemplo de fé e carinho.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela sabedoria, fé e força para trilhar novos caminhos.

À minha mãe Elisa pelo exemplo de amor, dedicação e carinho. Por acreditar em mim.

Ao meu marido Carlucio pela paciência, honestidade, apoio e companheirismo.

Aos meus avós, Vanda e Elias, pelo exemplo de vida, empenho e conquistas.

Ao meu tio Edson, pelo exemplo de determinação, fé e solidariedade.

Ao meu priminho Hugo, pela garra e determinação em viver, contagiando a todos com este sentimento, demonstrando como a vida é única e essencial.

Aos meus tios Eliane e Euclides, pelo carinho e apoio amigo.

Ao meu pai, que mesmo distante sempre acreditou em mim.

Aos meus sogros, Ana e Paulo, pelo carinho e compreensão.

À minha família, que sempre foi o pilar das minhas conquistas.

À todos amigos e colegas de trabalho, pela força.

À minha chefia, pelo apoio e disponibilidade.

Aos alunos e professores da faculdade pesquisada, pela disponibilidade.

À minha orientadora Helena, pela paciência e exemplo. Por ter me dado a oportunidade de crescimento profissional ao seu lado.

Aos professores pelo apoio e contribuição.

Ao Programa de Estatística Aplicada (Prestap) da UERJ, pelo apoio estatístico.

Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, por sua origem ou ainda por sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender e, se podem aprender a odiar, podem ser ensinadas a amar.

*Nelson Mandela*



## RESUMO

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

A droga na atualidade é considerada uma ameaça para a humanidade. Nos países em desenvolvimento, o álcool é o principal fator de risco, dentre as demais substâncias psicoativas. Existem poucos estudos sobre a prevalência do uso de drogas nos locais de trabalho no Brasil, e sobre os meios de enfrentamento das instituições empregadoras frente ao consumo de drogas por seus trabalhadores e as condições que levam a tal uso. O estudo foi estruturado em duas etapas: 1ª) revisão bibliográfica de instrumentos auto-aplicáveis sobre drogas entre trabalhadores e 2ª) elaboração e aplicação de um questionário auto-aplicável sobre o consumo de drogas entre trabalhadores. Foi traçado os seguintes objetivos: 1ª etapa - Levantar os estudos publicados, que apresentam como objeto o uso de álcool e drogas por trabalhadores, entre os anos de 1998 e 2008; Identificar e analisar os instrumentos auto-aplicáveis, que mensuram a prevalência e o padrão de consumo de drogas em trabalhadores, utilizados pelos estudos; e Subsidiar o desenvolvimento de um questionário auto-aplicável sobre o padrão de consumo de álcool e drogas entre trabalhadores; 2ª etapa - Desenvolver um questionário auto-aplicável que permite identificar a prevalência e padrão de consumo de álcool e drogas entre profissionais de saúde, assim como, as formas de enfrentamento por parte do trabalhador e das instituições empregadoras; Realizar análise descritiva do questionário desenvolvido e de seus principais resultados; e Avaliar a compreensão das perguntas do questionário desenvolvido, a partir das sugestões e respostas marcadas pelos sujeitos do estudo. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória realizada com 111 alunos de pós-graduação *latu sensu* de uma Faculdade Pública de Enfermagem situada na Cidade do Rio de Janeiro. Através da revisão bibliográfica verificamos que existem poucos instrumentos auto-aplicáveis sobre o padrão de consumo de álcool e drogas entre trabalhadores. Foi construído um questionário visando identificar informações sócio-demográficas, a história profissional, informações sobre o consumo de álcool e outras drogas, informações sobre o estresse laboral, e informações sobre as formas de enfrentamento por parte do trabalhador e das instituições empregadoras sobre o consumo de drogas. Pela análise do questionário aplicado, observou-se que algumas questões foram de difícil compreensão e precisam ser reformuladas, a fim de melhorar a compreensão dos respondentes, já que um questionário auto-aplicável deve ser auto-explicativo. As escalas AUDIT e Job Stress Scale se mostraram importantes para identificar problemas relacionados ao álcool e o estresse laboral. O álcool foi a droga mais utilizada pelos profissionais de saúde, seguido pelas substâncias psicoativas. Portanto, deve-se dar um enfoque sobressalente para a questão do fenômeno das drogas no ambiente de trabalho, promovendo programas de prevenção e de qualidade de vida ao trabalhador. Ressalta-se, também, a importância de abordar as questões sobre drogas nas graduações da área da saúde, promovendo o conhecimento do futuro profissional quanto aos riscos e danos decorrentes do uso e abuso de drogas.

Palavras-chave: Alcoolismo. Drogas ilícitas. Questionários. Saúde do trabalhador.

## ABSTRACT

Nowadays drugs are considered a threat to humanity. In developing countries such as Brazil, alcohol is the main risk factor among other psychoactive substances. There are few studies on the prevalence of drug use in workplaces in Brazil, and on the means of employing institutions confront against drugs use by their workers and the conditions that lead to such use. The study was structured in two steps: 1<sup>a</sup>) bibliographic review of auto-applying instruments on drugs between workers and 2<sup>a</sup>) development and implementation of an auto-applying questionnaire on drug consumption among workers. The objectives of studies were: 1st step - Raise published studies that have as an object the use of alcohol and drugs by employees, between 1998 and 2008; identify and analyze the auto-applying instruments used by the studies, that measure prevalence and pattern of drug consumption between workers; and subsidize the development of an auto-applying questionnaire on the pattern of consumption of alcohol and drug use among workers; 2nd step - develop an auto-applying questionnaire that allows the identification of the prevalence and pattern of consumption of alcohol and drug use among health professionals, as well as the forms of confrontation by the worker and employer institutions; perform descriptive analysis of the questionnaire developed and of its main results; and to evaluate the understanding of the questions in the developed questionnaire from suggestions and answers marked by the subjects of study. We found some difficulties for the application of instruments related to drug use on the working environment, so we focus only on a professional category, the nurses. This is a quantitative, descriptive and exploratory survey carried out with 111 health workers from a public nursing college situated in the city of Rio de Janeiro. Through bibliographic revision it was verified that there are few auto-applying instruments on the pattern of consumption of alcohol and drug use among workers. It was constructed a questionnaire to identify socio-demographic information, professional history, information on the consumption of alcohol and other drugs, occupational stress information, and information about the forms of confrontation by the worker and employer institutions on the consumption of drugs. The questionnaire was applied to post-graduate students from a public nursing faculty. It was noted that some questions were difficult to understand and need to be reformulated, in order to improve the understanding of the respondents, since an auto-applying questionnaire should be self-explanatory. The AUDIT scales and Job Stress Scale were important to identify problems related to alcohol and the work stress. Alcohol is the drug most widely used by health professionals, followed by psychoactive drugs. Therefore, emphasis must be given to the question of the phenomenon of drugs in the work environment, promoting prevention and quality of life programmes to the worker. Also should be emphasized the importance of addressing the questions about drugs in graduates of healthcare, promoting the knowledge of the future professional about the risks and damage arising from the use and abuse of drugs.

Keywords: Alcoholism. Street drugs. Questionnaires. Occupational Health.

## LISTA DE QUADROS

|            |                                                                                                     |     |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1 – | A influência do álcool sobre o indivíduo ao dirigir, segundo a porcentagem de álcool no sangue..... | 46  |
| Quadro 2 – | Características dos estudos selecionados.....                                                       | 69  |
| Quadro 3 – | Dimensões do questionário, variáveis utilizadas e respectivas fontes bibliográficas.....            | 76  |
| Quadro 4 – | Escore total e interpretação do AUDIT para cada participante.....                                   | 121 |
| Quadro 5 – | Escore e interpretação dos conjuntos de perguntas do AUDIT para cada participante.....              | 125 |
| Quadro 6 – | Escore totais e razões entre duas dimensões para cada participante.....                             | 129 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|              |                                                                                                                                                                             |     |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 1 –  | Distribuição da população segundo o sexo.....                                                                                                                               | 56  |
| Gráfico 2 –  | Distribuição da população segundo o estado civil.....                                                                                                                       | 57  |
| Gráfico 3 –  | Distribuição das respostas dos participantes segundo o tipo de<br>instituição de saúde de inserção.....                                                                     | 81  |
| Gráfico 4 –  | Distribuição da população quanto ao uso/experimentação de drogas<br>alguma vez na vida.....                                                                                 | 84  |
| Gráfico 5 –  | Proporção de respostas dos participantes quanto ao uso regular de<br>drogas.....                                                                                            | 89  |
| Gráfico 6 –  | Caracterização dos usuários quanto ao sucesso de interromper o uso de<br>drogas por pelo menos um ano.....                                                                  | 99  |
| Gráfico 7 –  | Descrição dos usuários de álcool quanto ao aparecimento de problemas<br>relacionados ao beber, nos últimos 30 dias.....                                                     | 105 |
| Gráfico 8 –  | Opinião dos usuários se o consumo de álcool e outras drogas afetam o<br>desenvolvimento do seu trabalho.....                                                                | 107 |
| Gráfico 9 –  | Distribuição da população quanto ao desenvolvimento de programas de<br>prevenção ao uso de álcool e outras drogas pela instituição de saúde em<br>que trabalha.....         | 108 |
| Gráfico 10 – | Distribuição da população quanto ao uso de drogas por ter locais<br>próximos ao trabalho que vendem bebidas alcoólicas.....                                                 | 110 |
| Gráfico 11 – | Distribuição da população segundo a opinião sobre o desenvolvimento<br>de programa de prevenção ao uso de álcool e drogas pela instituição de<br>saúde em que trabalha..... | 115 |

## LISTA DE TABELAS

|             |                                                                                                                                                                              |    |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 –  | Distribuição da população quanto ao curso de pós-graduação <i>latu sensu</i> .....                                                                                           | 55 |
| Tabela 2 –  | Distribuição da população segundo o município de residência.....                                                                                                             | 56 |
| Tabela 3 –  | Distribuição da população de acordo com a etnia.....                                                                                                                         | 56 |
| Tabela 4 –  | Distribuição da população segundo o tempo de atividade laboral em instituição de saúde.....                                                                                  | 78 |
| Tabela 5 –  | Distribuição das respostas dos participantes de acordo com o setor de trabalho.....                                                                                          | 78 |
| Tabela 6 –  | Distribuição da população segundo a quantidade de horas semanal trabalhada.....                                                                                              | 80 |
| Tabela 7 –  | Distribuição das respostas dos participantes de acordo com o tipo de vínculo empregatício.....                                                                               | 82 |
| Tabela 8 –  | Distribuição das respostas dos participantes quanto ao tipo de drogas que já experimentou ou usou alguma vez na vida.....                                                    | 85 |
| Tabela 9 –  | Distribuição dos participantes que já fizeram uso na vida de drogas quanto a idade que usou/experimentou drogas pela primeira vez.....                                       | 87 |
| Tabela 10 – | Caracterização do tempo, em anos, que o usuário regular usa drogas.....                                                                                                      | 90 |
| Tabela 11 – | Descrição do tipo de drogas que o usuário regular faz uso.....                                                                                                               | 91 |
| Tabela 12 – | Proporção de respostas dos participantes quanto a idade que iniciou o uso regular de drogas.....                                                                             | 93 |
| Tabela 13 – | Tipos de situação que o usuário regular de drogas costuma utilizá-las.....                                                                                                   | 94 |
| Tabela 14 – | Caracterização do usuário regular de drogas quanto a frequência de uso nos últimos 30 dias.....                                                                              | 95 |
| Tabela 15 – | Caracterização do usuário regular de drogas quanto o aparecimento de problemas de saúde, social, legal ou financeiro, nos últimos 30 dias, decorrentes do uso de drogas..... | 96 |
| Tabela 16 – | Caracterização do usuário regular quanto a não realização de atividades que normalmente fazia, nos últimos 30 dias, devido ao uso de drogas.....                             | 97 |

|                                                                                                                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 17 – Preocupação de amigos, parentes ou outra pessoa em relação ao consumo de drogas ou a sugestão que os usuários regulares interrompesse tal uso.....                       | 98  |
| Tabela 18 – Caracterização dos usuários regulares quanto a tentativa de controlar, reduzir ou interromper o uso de drogas sem sucesso.....                                           | 98  |
| Tabela 19 – Descrição dos usuários regulares segundo a importância em realizar tratamento para interromper o uso de drogas.....                                                      | 99  |
| Tabela 20 – Distribuição da população segundo a razão para nunca ter bebido na vida.....                                                                                             | 101 |
| Tabela 21 – Distribuição das respostas dos participantes quanto as razões que levaram os usuários de bebida alcoólica a parar de beber.....                                          | 102 |
| Tabela 22 – Distribuição das respostas dos participantes segundo os locais em que costumam consumir maiores quantidades de bebidas alcoólicas.....                                   | 104 |
| Tabela 23 – Distribuição das respostas dos participantes quanto ao principal problema decorrente do uso de bebida alcoólica.....                                                     | 105 |
| Tabela 24 – Proporção de respostas dos participantes quanto as atividades de prevenção ao uso de álcool e outras drogas realizadas pelas instituições de saúde em que trabalham..... | 109 |
| Tabela 25 – Distribuição da população quanto a existência de bares/restaurantes que vendem bebidas alcoólicas próximos ao local de trabalho.....                                     | 110 |
| Tabela 26 – Opinião dos participantes quanto ao uso de álcool e outras drogas por funcionários devido ao estresse e/ou condições de trabalho.....                                    | 111 |
| Tabela 27 – Opinião dos participantes sobre a quem ou aonde os funcionários que têm problemas relacionados ao uso de álcool e drogas buscam apoio.....                               | 112 |
| Tabela 28 – Opinião dos participantes sobre o tipo de melhorias que poderia reduzir o uso de álcool e outras drogas pelos trabalhadores.....                                         | 114 |
| Tabela 29 – Opinião dos participantes sobre quais atividades de prevenção ao uso de álcool e outras drogas gostariam que a instituição empregadora realizasse.....                   | 116 |
| Tabela 30 – Proporção de respostas dos participantes sobre as sugestões para facilitar/melhorar a atividade laboral.....                                                             | 117 |
| Tabela 31 – Distribuição proporcional das dificuldades e sugestões descritas pelos participantes sobre algumas questões do questionário.....                                         | 118 |

|                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 32 – Distribuição das respostas dos participantes referente a escala Job Stress Scale.....             | 128 |
| Tabela 33 – Distribuição dos escores dos participantes segundo os níveis das dimensões.....                   | 131 |
| Tabela 34 – Frequencia dos quadrantes a partir da combinação dos níveis das dimensões demanda e controle..... | 132 |

## LISTA DE SIGLAS

|                |                                                                                                                     |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASI-versão 6 – | Escala de Gravidade de Dependência                                                                                  |
| ASSIST –       | Teste de Triagem para Álcool, Tabaco e Substâncias                                                                  |
| AUDIT –        | Teste de Identificação de Transtorno por uso de Álcool                                                              |
| BDEnf –        | Base de Dados em Enfermagem                                                                                         |
| BDI –          | Beck Depression Inventory                                                                                           |
| BVS –          | Biblioteca Virtual em Saúde                                                                                         |
| CAGE –         | Abreviação das palavras: C = cut down = cortar; A = annoy = inconveniente; G = guilty = arrependido; E = eye opener |
| CAPES –        | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior                                                         |
| CARCA –        | Questionário de Afeto Relacionado ao Consumo de Álcool                                                              |
| CEBRAP –       | Centro Brasileiro de Análise e Planejamento                                                                         |
| CEBRID –       | Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas                                                         |
| CEP            | Comitê de Ética em Pesquisa                                                                                         |
| CID-9-CM –     | Classificação Internacional de Doenças - 9ª revisão -<br>Modificação Clínica                                        |
| CID-10 –       | Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão                                                                |
| COPEL –        | Companhia Paranaense de Energia                                                                                     |
| DeCS –         | Descritores em Ciências da Saúde                                                                                    |
| DMT –          | Dimetiltryptamina                                                                                                   |
| DSM-III –      | Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais<br>3ª edição                                           |
| DSM-IV –       | Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais<br>4ª edição                                           |
| EAP –          | Programa de Assistência ao Empregado                                                                                |
| EMBRATEL –     | Empresa Brasileira de Telecomunicações                                                                              |
| ESSE –         | Escala de Sonolência de Epworth                                                                                     |
| ETA –          | Estimulantes Tipo Anfetamina                                                                                        |
| EUA –          | Estados Unidos                                                                                                      |
| FGTS –         | Fundo de Garantia do Tempo de Serviço                                                                               |
| GABA –         | Ácido gama-amino-burtílico                                                                                          |
| GHQ-12 –       | General Health Questionnaire – 12                                                                                   |
| HBQ –          | Health Behavior Questionnaire                                                                                       |
| HDL –          | High-density lipoprotein                                                                                            |
| HMO –          | História Migratória e Ocupacional                                                                                   |



|            |                                                              |
|------------|--------------------------------------------------------------|
| HUPE –     | Hospital Universitário Pedro Ernesto                         |
| IBGE –     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística              |
| IQSP –     | Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh                    |
| JCQ –      | Job Content Questionnaire                                    |
| JSS –      | Job Stress Scale                                             |
| LILACS –   | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| LSD-25 –   | Dietilamina do ácido lisérgico                               |
| M.I.N.I. – | Mini International Neuropsychiatric Interview                |
| MBI –      | Maslach Burnout Inventory                                    |
| MDMA –     | Metilenedioximetanfetamina                                   |
| MEDLINE –  | Literatura Internacional em Ciências da Saúde                |
| MS –       | Ministério da Saúde                                          |
| OIT –      | Organização Internacional do Trabalho                        |
| OMS –      | Organização Mundial da Saúde                                 |
| PRA –      | Problemas Relacionados ao uso do Álcool                      |
| QMPA –     | Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos            |
| QRCAP –    | Questionário: Relação do Consumo de Álcool com a Profissão   |
| SCID 2.0 – | Entrevista Clínica Estruturada                               |
| SciELO –   | Scientific Electronic Library Online                         |
| SENAD –    | Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas                |
| SESI –     | Serviço Social da Indústria                                  |
| SIG –      | Escala Geral de Stress                                       |
| SNC –      | Sistema Nervoso Central                                      |
| SNP –      | Sistema Nervoso Periférico                                   |
| SPSS –     | Statistical Package for the Social Sciences                  |
| THC –      | Tetrahydrocannabinol                                         |
| UNIAD –    | Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas                       |
| UNIDOC –   | Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime           |
| USP –      | Universidade de São Paulo                                    |

## SUMÁRIO

|       |                                                           |    |
|-------|-----------------------------------------------------------|----|
|       | <b>INTRODUÇÃO</b> .....                                   | 18 |
| 1     | <b>DROGAS PSICOTRÓPICAS</b> .....                         | 26 |
| 1.1   | <b>Drogas depressoras da atividade do SNC</b> .....       | 26 |
| 1.1.1 | <u>Álcool</u> .....                                       | 27 |
| 1.1.2 | <u>Barbitúricos</u> .....                                 | 28 |
| 1.1.3 | <u>Benzodiazepínicos</u> .....                            | 29 |
| 1.1.4 | <u>Opióides</u> .....                                     | 29 |
| 1.1.5 | <u>Solventes ou inalantes</u> .....                       | 30 |
| 1.2   | <b>Drogas estimulantes da atividade do SNC</b> .....      | 31 |
| 1.2.1 | <u>Anfetaminas</u> .....                                  | 32 |
| 1.2.2 | <u>Cocaína</u> .....                                      | 33 |
| 1.3   | <b>Drogas perturbadoras da atividade do SNC</b> .....     | 35 |
| 1.3.1 | <u>Maconha</u> .....                                      | 35 |
| 1.3.2 | <u>Alucinógenos</u> .....                                 | 37 |
| 1.3.3 | <u>Ecstasy (MDMA)</u> .....                               | 38 |
| 1.3.4 | <u>Anticolinérgicos</u> .....                             | 39 |
| 1.4   | <b>Outras drogas</b> .....                                | 40 |
| 1.4.1 | <u>Tabaco</u> .....                                       | 40 |
| 1.4.2 | <u>Cafeína</u> .....                                      | 41 |
| 1.4.3 | <u>Esteróides anabolizantes</u> .....                     | 41 |
| 2     | <b>DROGAS E TRABALHO</b> .....                            | 43 |
| 3     | <b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....                           | 51 |
| 3.1   | <b>Descrição</b> .....                                    | 51 |
| 3.2   | <b>Revisão bibliográfica dos instrumentos</b> .....       | 52 |
| 3.3   | <b>Construção do instrumento de coleta de dados</b> ..... | 53 |
| 3.4   | <b>Aplicação e Análise do questionário</b> .....          | 54 |
| 3.5   | <b>Coleta de dados</b> .....                              | 54 |
| 3.6   | <b>Campo de estudo</b> .....                              | 54 |
| 3.7   | <b>População e amostra</b> .....                          | 55 |
| 3.8   | <b>Aspectos Éticos</b> .....                              | 58 |

|     |                                                                                                       |     |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4   | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....                                                                   | 59  |
| 4.1 | <b>Revisão bibliográfica dos instrumentos</b> .....                                                   | 59  |
| 4.2 | <b>Elaboração do Instrumento de coleta de dados</b> .....                                             | 70  |
| 4.3 | <b>Aplicação do Instrumento de coleta de dados</b> .....                                              | 76  |
| 4.4 | <b>Aplicação do AUDIT</b> .....                                                                       | 119 |
| 4.5 | <b>Aplicação da Job Stress Scale</b> .....                                                            | 127 |
| 5   | <b>CONCLUSÃO</b> .....                                                                                | 134 |
|     | <b>REFERÊNCIAS</b> .....                                                                              | 140 |
|     | <b>APÊNDICE A</b> – Formulário de coleta de dados para a revisão de literatura.....                   | 148 |
|     | <b>APÊNDICE B</b> – Questionário sobre Consumo de Álcool e outras Drogas.....                         | 150 |
|     | <b>APÊNDICE C</b> – Características sócio-demográficas.....                                           | 161 |
|     | <b>APÊNDICE D</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....                                   | 163 |
|     | <b>ANEXO A</b> – Carta de Aprovação do Comitê de Ética.....                                           | 164 |
|     | <b>ANEXO B</b> – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de<br>Álcool (AUDIT).....  | 165 |
|     | <b>ANEXO C</b> – Teste para triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras<br>drogas (ASSIST)..... | 166 |
|     | <b>ANEXO D</b> – Job Stress Scale.....                                                                | 168 |

## INTRODUÇÃO

A droga na atualidade é uma ameaça para a humanidade. É considerada um dano para as diversas nações, pois não respeita fronteiras, espaços geográficos, homens e mulheres, grupos sociais, independe da classe social, econômica, cultural, étnica e política (VÁSQUEZ MENDOZA; PILLON, 2005). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que as drogas lícitas como álcool e tabaco, pelo seu impacto, em termos de mortalidade e incapacidade junto às populações, seja de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, continuarão como importantes fatores de risco nas projeções para as próximas décadas (LUIS; LUNETTA, 2005).

Estima-se que mais de 200 milhões de pessoas no mundo consumiram alguma droga ilícita entre 2000 e 2001. O álcool é considerado o terceiro fator de risco para morbimortalidade em países desenvolvidos, e as drogas ilícitas, o oitavo. Enquanto, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o álcool é o principal fator de risco, dentre as demais substâncias psicoativas (LUIS; LUNETTA, 2005).

O uso de bebidas alcoólicas é um comportamento aceito pela maioria das culturas. Seu uso é associado com celebrações, situações de negócio e sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais. No Brasil, a cerveja é considerada a bebida nacional. Ela é ingerida preferencialmente por ambos os sexos e em todas as idades, regiões e classes sociais. Alguns dados de pesquisas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) verificaram que “52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem pelo menos 1 vez ao ano. Entre os homens são 65% e entre as mulheres 41%. Em contrapartida, 48% de brasileiros são abstinentes, nunca bebem ou bebem menos de 1 vez por ano” (LARANJEIRA et al., 2007, p. 32).

Em relação ao grupo dos adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram 5 doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana – são os que bebem “muito frequentemente” e “frequentemente” (LARANJEIRA et al., 2007, p. 32).

As conseqüências do uso abusivo de álcool e outras drogas não são bem dimensionadas porque a população apresenta atitudes ambivalentes e pelo estigma associado ao uso e ao usuário, presentes nas culturas dos diversos povos variando de acordo com múltiplos fatores (tipo de droga, sexo e idade do usuário, classe social) e com o período

histórico. Em relação às drogas ilícitas, o caráter de ilegalidade do uso e o envolvimento no tráfico de drogas é um fator determinante (LUIS; LUNETTA, 2005).

A pesquisa realizada em 2006 pela SENAD descreve que o consumo *per capita* das Américas do Norte, Central e Sul é, em média, 50% maior do que a média mundial. O álcool é o fator de risco mais importante na América Latina de acordo com a OMS à frente até mesmo do tabaco, em relação à morbidade e à mortalidade (LARANJEIRA et al., 2007, p. 66).

Segundo estudos realizados pela SENAD, de uma população adulta de 120 milhões, 27,6 milhões têm ou já podem ter tido algum problema relacionado ao uso do álcool. Os homens apresentam maiores taxas de problemas do que as mulheres; a população mais jovem também apresenta mais problemas do que os mais velhos (LARANJEIRA et al., 2007).

De acordo com o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, financiado pela SENAD (LARANJEIRA et al., 2007, p. 32).

[...] o consumo nocivo de álcool é responsável por cerca de 3% de todas as mortes que ocorrem no planeta, incluindo desde cirrose e câncer hepáticos até acidentes, quedas, intoxicações e homicídios. Nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, as bebidas alcoólicas são um dos principais fatores de doença e mortalidade, com seu impacto deletério sendo considerado entre 8% e 14,9% do total de problemas de saúde dessas nações.

Uma pesquisa realizada por Soldera et al. (2004), abrangendo 10 capitais brasileiras, nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, revelou que as primeiras experiências com drogas ocorrem frequentemente na adolescência e que o uso pesado de drogas esteve relacionado com fatores sócio-demográficos, culturais e psicopatológicos, que podem ser “protetores” ou “facilitadores”. Como fator protetor foi identificado a educação marcadamente religiosa na infância, já os fatores facilitadores foram identificados como sendo a maior disponibilidade financeira (estudantes que trabalham e nível socioeconômico), padrões de socialização (trabalho e ensino noturno) e sentir-se menos apoiado e compreendido pela família.

A pesquisa supracitada também revelou que o uso pesado de maconha aumentou nas 10 capitais pesquisadas assim como o uso de álcool em oito destas. A droga mais utilizada foi o álcool (11,9%), seguido pelo tabaco (11,7%). “As altas prevalências encontradas, em torno de 12%, indicam que tal uso é relevante e preocupante e deve ser tomado em conta em relação a possíveis ações educativas, preventivas e terapêuticas para jovens estudantes” (SOLDERA et al., 2004).

O uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, principalmente, o álcool, pelos trabalhadores tem revelado uma preocupação por parte das empresas. Foi observado que tal uso acarreta

prejuízo na produção (CAMPA MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005). Segundo o Ministério da Saúde (MS), o alcoolismo é o terceiro motivo de absenteísmo no trabalho e a oitava causa para a concessão de auxílio-doença do Ministério de Previdência Social (MABUCHI et al., 2007).

Em meados da década de 80, algumas iniciativas relacionadas a prevenção e tratamento do uso abusivo de drogas em empresas surgiram isoladamente e pouco freqüente. E ainda hoje, essas atividades são pouco desenvolvidas por parte do empregador. Por isso, faz-se necessário que programas de prevenção e educação em saúde sejam oficializados e apoiados coletivamente, ou seja, formalizado e adotado pelas empresas e pelos trabalhadores, considerando os aspectos que predispõem ao uso/abuso de drogas, advindos das relações de trabalho e também como uma opção pessoal (ROBERTO et al., 2002).

Uma das maiores pesquisas realizada para medir o uso de álcool e de drogas no local de trabalho foi organizada pelo Serviço Social da Indústria (SESI) em 23 empresas gaúchas, públicas e privadas, envolvendo 51.600 funcionários. Através da aplicação de um teste de triagem auto-informativo, que identifica os indivíduos alcoolistas, chamado CAGE (é abreviação das seguintes palavras: C = cut down = cortar; A = annoy = inconveniente; G = guilty = arrependido; E = eye opener), verificou-se que 35% do total dos funcionários apresentavam problemas decorrentes do uso de álcool e 54,7% dos trabalhadores das empresas tinham menos de 34 anos. Assim, concluiu-se que a prevenção é necessária e deve ser investida nas empresas, pois o índice de recuperação gerou em torno de 80% (ROBERTO et al., 2002).

É preciso considerar que o trabalho, apesar de se constituir na principal forma de inclusão social e de legitimação social na nossa sociedade, se dá, com freqüência, em condições inadequadas e desfavoráveis à saúde do trabalhador, em todos os níveis de determinação. Neste sentido, o uso abusivo de álcool por algumas pessoas se dá como uma forma de enfrentamento, mas capaz de gerar dependência alcoólica (MABUCHI et al., 2007).

Lancheros Carrillo e Mauro (2003) realizaram um estudo no Município do Rio de Janeiro, em 2002, revelando que os possíveis riscos para o uso e abuso de drogas pelos trabalhadores foram o estresse gerado pelo trabalho, a rivalidade com colegas, problemas pessoais e insatisfação com o trabalho e função que desempenham.

Dessa forma, as situações de trabalho que representam maior risco para o consumo do álcool são: atividades socialmente desprestigiadas (trabalhadores de serviço de limpeza urbano ou trabalhadores que tem contato com cadáver); condições inseguras de trabalho; carga horária de trabalho extensa; empregados de fábricas de construção civil; tensão

resultante de trabalhos de alta exigência cognitiva (responsabilidade com a vida humana, com dinheiro ou manejo de equipamentos caros), um trabalho monótono (em que o indivíduo não tem oportunidade de desenvolver sua criatividade) ou as atividades onde o indivíduo permanece isolado e afastado durante sua jornada de trabalho (CAMPA MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005, p. 820).

Alves apud Mendes (2005, p. 765) relata que:

[...] fazer ciência pela ciência é mero exercício, sem levar em conta o seu uso para fins, cuja finalidade seja resolver questões humanas de importância, tais como a miséria. O fenômeno da droga é uma destas questões relevantes e que merece estudos aprofundados que estimulem processos criativos de transformação social.

- **Relevância e justificativa do estudo**

O estudo está estruturado em duas etapas. A primeira traz uma revisão bibliográfica, em bases dados *on line*, sobre os instrumentos auto-aplicáveis de avaliação do consumo de álcool e outras drogas entre trabalhadores. A segunda refere-se ao desenvolvimento e aplicação de um questionário auto-aplicável sobre o padrão de consumo de álcool e drogas entre profissionais de saúde. Tal questionário foi construído com auxílio da revisão realizada na primeira etapa e através de instrumentos utilizados em pesquisas sobre prevalência e padrão de consumo de álcool e outras drogas.

A realização de um estudo que abarca o uso de drogas lícitas e ilícitas por trabalhadores e a relação entre as condições de trabalho e o consumo de drogas é de extrema importância para a saúde do trabalhador, uma vez que “a compreensão sobre as relações entre trabalho e uso de drogas ainda é insuficiente no Brasil” (DAVID; CAUFIELD, 2005, p. 1153).

Também existem poucas investigações acerca da temática álcool e outras drogas, além de carências de publicações pelo enfermeiro (LUIS; LUNETTA, 2005). Assim como, um número reduzido de pesquisas acerca do uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas entre os profissionais de saúde no Brasil, e sobre os meios de enfrentamento por parte dos trabalhadores e das instituições de saúde frente ao consumo de drogas por seus funcionários e as condições que levam a tal uso.

Martins e Zeitoune (2007) descrevem que as condições e a sobrecarga de trabalho, assim como, o acesso facilitado às drogas, são possíveis motivos que favorecem o início do uso de drogas pelo enfermeiro. O estudo de Lancheros Carrillo e Mauro (2004) vem reforçar tais motivos ao expor que a sobrecarga de trabalho associada a baixa estima e escassa

motivação; carga de trabalho pouco estimulante e repetitiva; e organização de trabalho ineficaz, são fatores presentes no ambiente de trabalho que podem influenciar o uso de substâncias psicoativas pelos enfermeiros.

Zeferino et al. (2006) apontam que diversos estudos descrevem os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, como os mais suscetíveis a usar e a desenvolver dependência em relação a alguma substância psicotrópica, devido a maior possibilidade de auto-administração, já que têm livre acesso a essas substâncias em seu ambiente de trabalho, pois também são responsáveis pelo seu armazenamento e controle.

Vale ressaltar que a categoria de enfermagem é caracterizada por um grande quantitativo de trabalhadores do sexo feminino. Algumas pesquisas indicam que a participação da mulher no mercado de trabalho vem crescendo no Brasil e isso também é um fator que contribui para o uso e abuso de álcool e drogas, pois a mulher que trabalha e contribui para o sustento da família sente-se independente e livre, isto é, não precisa prestar contas de seu comportamento. Rompeu o estereótipo cultural da “mulher comportada” através do uso do álcool. Por isso, temos que atentar para esta situação, uma vez que o consumo de drogas por mulheres triplicou entre 1993 e 1998 (DAVID; CAUFIELD, 2005).

O enfermeiro pode desempenhar um importante papel na promoção da saúde dando um enfoque sobressalente para a questão do fenômeno das drogas, mediante a proposta de projetos e programas que ajudem a diminuir a demanda de drogas e a melhorar a qualidade de vida dos usuários (VÁSQUEZ MENDOZA; PILLON, 2005). Entretanto, faz-se necessário a responsabilização dos governantes e empregadores em formalizar e adotar medidas educativas na área de saúde do trabalhador, visando um estilo de vida saudável através do estímulo a qualidade de vida.

Baseando-se no referencial teórico, novos estudos sobre o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas pelos trabalhadores no Brasil devem ser desenvolvidos e publicados, a fim de proporcionar melhorias em todos os setores de trabalho, seja pela busca de novas formas de enfrentamento pela empresa/empregador, pela melhoria das condições de trabalho ou pela realização de atividades educativas. Principalmente, estudos focados nos programas de prevenção do uso de álcool e outras drogas em saúde do trabalhador, que são escassos.

- **Perguntas de pesquisa**

No desenvolvimento da pesquisa, as dificuldades para aplicação de instrumentos relacionados ao uso e abuso de álcool e drogas entre trabalhadores foram diversas,



demandando a necessidade de focalizar em apenas uma categoria profissional, a de enfermeiros. Abaixo estão apresentadas as perguntas de pesquisas para cada etapa do estudo. Os objetivos também são apresentados separadamente.

*1ª etapa:*

a) Quais instrumentos auto-aplicáveis permitem estabelecer a prevalência e o padrão de consumo de álcool e drogas entre trabalhadores?

b) Como uma revisão bibliográfica pode subsidiar a elaboração de um questionário auto-aplicável sobre o padrão de consumo de álcool e drogas entre trabalhadores?

*2ª etapa:*

a) É possível se pensar em um questionário auto-aplicável capaz de estabelecer a prevalência e o padrão de consumo, e identificar variáveis relacionadas às condições de trabalho e aos fatores de riscos laborais entre os profissionais de saúde?

b) Dentre estudos realizados na mesma temática, quais conteúdos e perguntas se apresentam como relevantes para serem adaptados em estudos sobre prevalência e padrão de consumo de álcool e drogas entre trabalhadores de saúde?

- **Objetivos do estudo**

*1ª etapa:*

a) Levantar os estudos publicados, que apresentam como objeto o uso de álcool e drogas por trabalhadores, entre os anos de 1998 e 2008;

b) Identificar e analisar os instrumentos auto-aplicáveis, que mensuram a prevalência e o padrão de consumo de drogas em trabalhadores, utilizados pelos estudos;

c) Subsidiar o desenvolvimento de um questionário auto-aplicável sobre o padrão de consumo de álcool e drogas entre trabalhadores.

## *2ª etapa:*

- a) Desenvolver um questionário auto-aplicável que permite identificar a prevalência e padrão de consumo de álcool e drogas entre profissionais de saúde, assim como, as formas de enfrentamento por parte do trabalhador e das instituições empregadoras;
- b) Realizar análise descritiva do questionário desenvolvido e de seus principais resultados;
- c) Avaliar a compreensão das perguntas do questionário desenvolvido, a partir das sugestões e respostas marcadas pelos sujeitos do estudo.

- **Apresentação dos capítulos**

Os capítulos do presente estudo descrevem o marco teórico, o método utilizado no estudo e seus materiais, a elaboração do questionário, a análise da aplicação do questionário e da referência bibliográfica sobre instrumentos de coleta de dados, discussão e conclusão.

No capítulo 1, Drogas Psicotrópicas, está descrito os tipos de drogas lícitas e ilícitas mais comumente utilizados, assim como, seus efeitos e malefícios sobre o corpo humano. Está dividido, didaticamente, em drogas depressoras da atividade do Sistema Nervoso Central (SNC), estimulantes da atividade do SNC e perturbadores do SNC.

O capítulo 2, Drogas e Trabalho, refere-se à descrição de estudos realizados no ambiente de trabalho, além de apresentar pesquisas sobre a relação do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores e os fatores que podem levar a tal uso.

No capítulo 3, Material e Métodos, se encontra descrito os materiais e métodos utilizados para desenvolver este estudo, assim como, a caracterização da população e do campo estudado; os instrumentos de coleta de dados aplicados, além dos aspectos éticos.

O capítulo 4, Resultados e Discussão, refere-se à apresentação dos resultados e da discussão simultaneamente, visando embasar os achados deste estudo através da descrição ou comparações com dados de diversas pesquisas, inclusive com os estudos de âmbito nacional realizados por órgãos públicos, como a SENAD e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Também, está demonstrada a revisão bibliográfica dos instrumentos de coleta de dados, a elaboração do questionário, assim como, as referências baseadas para a construção deste, a aplicação do questionário e outras análises.

Enfim, o capítulo 5, Conclusão, corresponde a conclusão do estudo, no qual está descrito, resumidamente, os principais achados e sua relação com a saúde do trabalhador e o

uso de álcool e drogas, assim como, as principais dificuldades encontradas pelos participantes ao responder o questionário. Destaca-se ainda o papel do enfermeiro no contexto da promoção da saúde e prevenção de riscos relacionados às drogas entre trabalhadores.

## 1 DROGAS PSICOTRÓPICAS

Considera-se como droga qualquer substância não produzida pelo organismo capaz de produzir efeito sobre um ou mais de seus sistemas, alterando seu funcionamento (NICASTRI, 2008).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (2003) também define droga como qualquer substância que tem capacidade de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento.

Legalmente, as drogas são classificadas em lícitas e ilícitas. As drogas lícitas são reguladas por legislação, podendo ser comercializadas com algum tipo de restrição, como, por exemplo, a proibição de vender álcool para menores de 18 anos. Enquanto, as drogas ilícitas são aquelas proibidas por lei, como maconha, cocaína, entre outras (NICASTRI, 2008).

As drogas são usadas para tratamento de doenças, produzindo efeitos benéficos; mas, algumas podem prejudicar a saúde, como os venenos ou tóxicos. Neste capítulo, discutiremos as principais drogas que agem em nível de cérebro, alterando sua funcionalidade, as chamadas drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas (NICASTRI, 2008).

A palavra psicotrópico é composta de duas outras: *psico* e *trópico*. *Psico* é uma palavra grega que relaciona-se ao nosso psiquismo (o que sentimos, fazemos e pensamos). Enquanto, a palavra *trópico* se refere ao termo tropismo, que significa ter atração por. Dessa forma, psicotrópico significa atração pelo psiquismo (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

As drogas psicotrópicas podem ser classificadas em três grupos, didaticamente, de acordo com a atividade que exercem sobre o Sistema Nervoso Central: depressores da atividade mental, estimulantes da atividade mental e perturbadores da atividade mental (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

### 1.1 Drogas depressoras da atividade do SNC

As drogas depressoras da atividade mental acarretam uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor, sendo comum no início apresentar um efeito euforizante e,

posteriormente, aumento da sonolência. As substâncias incluídas neste grupo são: álcool, soníferos (barbitúricos, alguns benzodiazepínicos), ansiolíticos (benzodiazepínicos), opiáceos ou narcóticos (morfina, heroína, codeína, meperidina etc.), e inalantes ou solventes (colas, tintas, removedores etc.). (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

### 1.1.1 Álcool

O álcool etílico é proveniente da fermentação de carboidratos presentes em vegetais, como a cana-de-açúcar, a uva e a cevada. O seu consumo é admitido e incentivado em diversos países. É caracterizado pela atuação no sistema nervoso central, provocando mudança no comportamento de quem o consome, além de ter potencial para desenvolver dependência. Seus efeitos euforizantes e intoxicantes são conhecidos por, praticamente, todas as culturas (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

A ingestão de álcool provoca o aparecimento de duas fases distintas: uma estimulante e outra depressora. Os efeitos estimulantes, como euforia, desinibição e loquacidade (maior facilidade para falar) podem aparecer nos primeiros momentos após a ingestão de álcool. Após algum tempo, surgem os efeitos depressores, como falta de coordenação motora, descontrole e sono. Quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo provocar o estado de coma (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

O consumo de álcool em longo prazo, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo. Alguns sinais da dependência são: desenvolvimento da tolerância (necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para obter os mesmos efeitos); falta de controle em relação a quando se deve parar de beber; síndrome de abstinência (sintomas desagradáveis que aparecem após a redução ou interrupção da ingestão da substância); e aumento da ingestão de álcool para aliviar a síndrome (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

A síndrome de abstinência é um quadro que aparece pela redução ou interrupção do consumo de bebidas alcoólicas, após um período de consumo crônico. É caracterizada por

tremor, sudorese, náusea, vômito, diarreia, distúrbios do sono e estado de inquietação geral, o que se constitui na abstinência leve. A síndrome de abstinência grave ou *delirium tremens* apresenta a acentuação dos sinais e sintomas anteriormente descritos, além do aparecimento de tremores generalizados, agitação intensa e desorientação no tempo e no espaço (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; HUMENIUK; POZNYAK, 2008).

### 1.1.2 Barbitúricos

Essas substâncias foram descobertas no início do século XX. São sintetizadas artificialmente e tem a capacidade de deprimir algumas áreas do cérebro. Os principais efeitos farmacológicos são: diminuição da capacidade de raciocínio e concentração; sensação de calma, relaxamento, e sonolência; e reflexos mais lentos. Inicialmente, era utilizada para o tratamento de insônia, porém a dose para se obter os efeitos terapêuticos desejáveis se aproxima da dose tóxica ou letal (NICASTRI, 2008).

Com doses maiores surgem sintomas semelhantes à embriaguez, como lentidão nos movimentos e dificuldade na marcha. As doses consideradas como tóxicas podem provocar sinais de incoordenação motora, acentuação da sonolência (podendo ocasionar o coma), ou até mesmo parada respiratória. Por isso, se torna perigoso operar máquinas ou dirigir veículos durante a utilização dos barbitúricos (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Os barbitúricos podem causar tolerância e dependência após um certo período de uso, principalmente, quando o indivíduo utiliza doses altas desde o início do tratamento. Quando ocorre a interrupção aparecem os sintomas de abstinência, que inclui insônia, irritação, agressividade, ansiedade, cefaléia, sudorese, náusea, vômito e convulsões (raras) (HUMENIUK; POZNYAK, 2008; NICASTRI, 2008).

A utilização dessas substâncias com drogas depressoras tais como opiáceos ou álcool, podem aumentar seus efeitos, além do risco de overdose e morte (HUMENIUK; POZNYAK, 2008).

### 1.1.3 Benzodiazepínicos

Esse tipo de substância começou a ser utilizada na década de 60. São capazes de estimular os mecanismos cerebrais para combater os estados de tensão e ansiedade. Diferentemente dos barbitúricos, os benzodiazepínicos têm a vantagem de oferecer uma margem de segurança em relação a dose terapêutica, uma vez que a dose tóxica é significativamente maior que a dose prescrita (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Os principais efeitos advindos da ação dessas substâncias são: diminuição de ansiedade; indução do sono; relaxamento muscular; e redução do estado de alerta. Atuam potencializando as ações do ácido gama-amino-burtírico (GABA), que é o principal neurotransmissor inibitório do SNC. Além disso, dificultam os processos de aprendizagem e memória, alteram as funções motoras, e o uso de álcool concomitantemente pode levar ao estado de coma (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

São consideradas doses tóxicas dessas drogas, as doses que são 20 a 40 vezes mais altas que as habituais. E, o quadro de intoxicação pode ocorrer com o uso concomitante de outros depressores da atividade mental, como o álcool ou barbitúricos. Alguns efeitos tóxicos gerados são a hipotonia muscular, dificuldade para andar ou ficar em pé, diminuição da pressão arterial e desmaios (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

O uso prolongado dessas drogas pode acarretar um estado de dependência. Quando o indivíduo pára de usá-la, inicia os sintomas de irritabilidade, insônia, sudorese, dor por todo o corpo, e em alguns casos convulsões (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

### 1.1.4 Opióides

São drogas extraídas de uma planta chamada *Papaver somniferum*, popularmente denominada “Papoula do Oriente”. As drogas extraídas ao serem modificadas quimicamente formam as substâncias sintéticas e semi-sintéticas. Fazem parte desse grupo as substâncias:

morfina, heroína, codeína, metadona, meperidina, entre outras (HUMENIUK; POZNYAK, 2008; NICASTRI, 2008).

Deprimem a atividade do SNC, apresentando ações específicas como analgesia e inibição do reflexo da tosse. Provoca, também, depressão do centro respiratório, ocasionando o aparecimento de uma respiração mais lenta e superficial até uma parada respiratória, perda da consciência e morte (HUMENIUK; POZNYAK, 2008; NICASTRI, 2008).

Os efeitos decorrentes da utilização dessas substâncias são: náuseas, vômito, contração pupilar, diminuição da respiração e da motilidade do trato gastrointestinal, sonolência e torpor, efeito sedativo (prejudica a capacidade de concentração), coceira, etc. Dentre os efeitos advindos do uso crônico estão a queda de dentes, constipação severa, irregularidade dos períodos menstruais, impotência e redução da libido (HUMENIUK; POZNYAK, 2008; NICASTRI, 2008).

Usuários dessas drogas podem desenvolver tolerância e dependência, não conseguem sentir seus efeitos com a dose habitual, precisando tomar doses cada vez maiores. Quando param ou diminuem o uso sofrem da síndrome de abstinência. Os sintomas da abstinência incluem: náuseas, sudorese, lacrimejamento, corrimento nasal, vômitos, cólicas intestinais, câimbra e diarreia, e podem durar de 8 a 12 dias (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; HUMENIUK; POZNYAK, 2008; NICASTRI, 2008).

#### 1.1.5 Solventes ou inalantes

Solvente significa substância capaz de dissolver coisas. Enquanto, inalante é toda substância capaz de ser inalada. Todo solvente é altamente volátil, evapora-se facilmente possibilitando a sua inalação. Existem vários produtos comerciais, como esmaltes, colas, tintas, tñneres, propelentes, gasolina, removedores, vernizes etc., que contém esses solventes. Podem ser inalados de forma involuntária por trabalhadores de indústrias de sapatos ou de oficinas de pintura, quanto voluntariamente aspirando cola de sapateiro, acetona ou esmalte, ou o corretivo Carbex® (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Essas substâncias não são usadas para tratamento clínicos, com exceção do éter etílico e do clorofórmio, que foram amplamente utilizados como anestésicos gerais. Pertencem ao



grupo químico chamado de hidrocarbonetos, como o tolueno, xilol, n-hexano, acetato de etila, tricloroetileno etc., cuja mistura é denominada de “lança-perfume” ou “cheirinho da loló” (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

O início do efeito é bastante rápido e de curta duração, após a inalação leva cerca de segundos a minutos. Os efeitos desaparecem entre 15 a 40 minutos, predispondo o usuário a inalações repetidas. Os efeitos dos solventes vão desde uma estimulação até depressão, sendo predominante a depressão do funcionamento cerebral. Os efeitos observados após a inalação de solventes foram divididos em quatro fases (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008):

*Primeira fase:* euforia, tonturas, perturbações auditivas e visuais; podem, também, apresentar náuseas, espirros, tosse, salivação e as faces avermelhadas.

*Segunda fase:* depressão do SNC, desorientação, visão embaçada, perda do autocontrole, cefaléia, palidez, podendo, também, ocorrer alucinações auditivas e visuais.

*Terceira fase:* aprofunda a depressão, com redução acentuada do estado de alerta; incoordenação ocular (a pessoa não consegue mais fixar os olhos nos objetos) e motora (marcha vacilante, fala “engrolada”, reflexos deprimidos); as alucinações tornam-se mais evidentes.

*Quarta fase:* depressão tardia, podendo levar a inconsciência; queda da pressão; convulsões, coma ou morte.

Sabe-se que o uso crônico dessas substâncias pode levar à destruição de neurônios, causando danos irreversíveis ao cérebro, lesões no fígado, rins, nervos periféricos e medula óssea. Os usuários crônicos apresentam-se apáticos, com dificuldade de concentração e déficit de memória (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

## 1.2 Drogas estimulantes da atividade do SNC

As drogas estimulantes da atividade mental promovem o aumento da atividade de determinados sistemas neuronais, ocasionando um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos. As principais substâncias incluídas neste grupo são:

anfetaminas e cocaínas (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

### 1.2.1 Anfetaminas

São drogas estimulantes da atividade do SNC, cuja ação é aumentar a liberação e prolongar o tempo de atuação dos neurotransmissores utilizados pelo cérebro, como a dopamina e a noradrenalina. Dessa forma, as pessoas que usam essas substâncias ficam “acesas”, “ligadas”, com “menos sono”, “elétricas” etc. (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Não são produtos naturais, são drogas sintéticas, ou seja, fabricadas em laboratório. Uma substância muito consumida nos Estados Unidos e na Inglaterra é a metilenodioximetanfetamina (MDMA), também conhecida como “êxtase”. Atualmente, existem evidências de que o êxtase é neurotóxico e causa danos ao cérebro (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; HUMENIUK; POZNYAK, 2008).

Entre os motoristas, as anfetaminas são conhecidas como “rebite”. Esses profissionais fazem o uso dessas drogas para dirigir durante várias horas seguidas sem descanso, a fim de cumprir prazos predeterminados. Também são chamadas de “bola” por estudantes que passam noites estudando, ou por pessoas que querem emagrecer sem acompanhamento médico (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Os Estimulantes Tipo Anfetamina (ETA) afetam o comportamento do ser humano. A sua ação promove insônia, inapetência, sensação de energia, rapidez na fala, dilatação na pupila, taquicardia, elevação da pressão arterial, entre outras. Assim, a pessoa torna-se capaz de executar qualquer atividade durante um longo período, sentindo menos cansaço, o qual aparece horas mais tarde, quando a droga é eliminada do organismo (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Essas substâncias levam o organismo a reagir acima de suas capacidades, o que é prejudicial para a saúde. Quando a pessoa pára de tomar sente uma grande falta de energia (astenia), pois não consegue realizar as tarefas que normalmente fazia (CENTRO

BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

O uso crônico de algumas anfetaminas constitui um fator de risco para desnutrição e surgimento de lesões permanentes nas células cerebrais. As doses tóxicas acentuam-se os efeitos já mencionados, além de induzir o indivíduo a agressão e irritabilidade, desenvolvendo, ainda, problemas psicológicos, como paranóia, alucinações, delírios de perseguição, agitação, convulsões, etc. (HUMENIUK; POZNYAK, 2008; NICASTRI, 2008).

Sabe-se que o consumo dessas drogas induz a tolerância, porém não se tem certeza quanto a ocorrência de uma síndrome de abstinência. Contudo, é freqüente o aparecimento de sintomas depressivos, como falta de energia, desânimo, perda da motivação, entre outros (NICASTRI, 2008).

### 1.2.2 Cocaína

É uma substância natural, extraída das folhas de uma planta existente na América do Sul, a *Erythroxylon coca*, conhecida popularmente como coca. Pode ser consumida sob a forma de pó (cloridrato de cocaína), aspirado ou dissolvido em água para uso intravenoso, ou sob a forma de base, o crack, que é pouco solúvel em água, mas que se volatiliza quando aquecida sendo fumado. Existe, também, sob a forma de pasta, um produto menos purificado e muito contaminado com as substâncias utilizadas na extração, chamado merla, que também pode ser fumado (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

O crack e a merla são considerados cocaína, mas seus efeitos no organismo diferem do pó em relação a via de uso, uma vez que os primeiros são fumados e o segundo aspirado. Assim que o crack e a merla são fumados, ocorre uma absorção instantânea ao alcançar o pulmão, que é um órgão com intensa vascularização e de grande superfície. Após a absorção a substância vai para a circulação sanguínea, chegando rapidamente ao cérebro (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

Pela via pulmonar, então, a substância atinge o cérebro de forma mais rápida, logo surgindo os efeitos da cocaína quando comparado a outras vias. Os primeiros efeitos ocorrem em 10 a 15 segundos, enquanto, após a aspiração do pó, surgem entre 10 a 15 minutos, e após

a injeção, em 3 a 5 minutos (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

No entanto, a duração do efeito do crack é muito rápida. Em média, em torno de 5 minutos, enquanto após a aplicação endovenosa ou aspiração, duram de 20 a 45 minutos. Essa variação no período dos efeitos acaba induzindo o usuário a utilizar droga com maior frequência, levando-o a desenvolver uma dependência mais rápida que os usuários da cocaína por outras vias (nasal, endovenosa) e a um investimento monetário muito maior (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

O mecanismo de ação da cocaína no SNC é semelhante ao das anfetaminas. A diferença é que a primeira atua sobre outro neurotransmissor, a serotonina. Dentre seus efeitos estão: sensação de euforia e poder; estado de excitação; hiperatividade; insônia; falta de apetite, taquicardia, perda de peso; cefaléia; agressividade; estresse; ansiedade; depressão; paranóia, etc. (HUMENIUK; POZNYAK, 2008; NICASTRI, 2008).

Semelhante as anfetaminas, os usuários de cocaína têm a necessidade de aumentar a dose para sentir os mesmos efeitos iniciais de prazer, isto é, a cocaína induz tolerância. Porém, doses maiores acarretam um comportamento violento, irritabilidade, tremores, paranóia. Eventualmente, podem ter alucinações e delírios, caracterizando um estado psicótico, a psicose cocaínica. Também, pode ocorrer dilatação pupilar, elevação da pressão arterial e taquicardia (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Porém, paralelamente ao aumento da dose consumida, alguns usuários desenvolvem sensibilização, ou seja, para alguns os efeitos produzidos pela cocaína é o inverso da tolerância, com uma dose pequena os efeitos já surgem. Alguns efeitos produzidos com pouca quantidade de droga são exatamente aqueles considerados desagradáveis, como a paranóia. Dessa forma, o usuário aumenta a dose consumida para sentir prazer, porém como seu cérebro está sensibilizado para os efeitos desagradáveis, ocorre uma intensificação dos efeitos indesejáveis como paranóia, agressividade, desconfiança etc. (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

Não são descritas a tolerância nem a síndrome de abstinência quando o usuário pára de usar cocaína abruptamente. A pessoa não sente dores pelo corpo, cólicas ou náuseas. Porém, pode apresentar um grande desejo de usar novamente a droga para sentir seus efeitos agradáveis e não para diminuir ou abolir um sofrimento decorrente de uma síndrome de abstinência (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

O uso crônico da cocaína pode levar a degeneração irreversível dos músculos esqueléticos, chamada rabdomiólise. Tem-se, ainda, verificado alterações na circulação cerebral, pois existem evidências de que o consumo de cocaína seja um fator de risco para o desenvolvimento de infartos do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais. Outra característica está associada ao comportamento de risco decorrente do uso injetável e de práticas sexuais inseguras, propiciando o desenvolvimento de doenças sexualmente transmissíveis (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; HUMENIUK; POZNYAK, 2008; NICASTRI, 2008).

### 1.3 Drogas perturbadoras da atividade do SNC

As drogas perturbadoras da atividade mental provocam delírios e alucinações, agem alterando o funcionamento da atividade cerebral. As substâncias deste grupo podem ter origem vegetal ou sintética. Dentre as drogas de origem vegetal estão: mescalina (do cacto mexicano), maconha, psilocibina (de certos cogumelos), lírio (trombeteira, zabumba ou saia-branca). As de origem sintética são: dietilamina do ácido lisérgico (LSD-25), ecstasy, e anticolinérgicos (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

#### 1.3.1 Maconha

É a droga ilícita mais consumida mundialmente. No Brasil, a maconha é proveniente de uma planta chamada de *Cannabis sativa*. Suas folhas e inflorescências secas podem ser fumadas ou ingeridas. Existe também uma pasta semi-sólida, chamada haxixe, originada das inflorescências, apresentando grandes concentração de tetrahidrocanabitol (THC), principal substância responsável pelos efeitos da maconha (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Há uma variação na quantidade de THC presente na planta, de acordo com as condições do solo, clima, estação do ano, época da colheita, tempo decorrido entre a colheita

e o uso, bem como a sensibilidade das pessoas à sua ação. Assim, a maconha tem capacidade de produzir mais ou menos efeitos (NICASTRI, 2008).

Os efeitos decorrentes do uso da maconha podem ser físicos e psíquicos, agudos ou crônicos, dependendo do tempo de uso da droga. Os efeitos agudos surgem algumas horas após fumar e, os crônicos, decorrem do uso continuado por semanas, meses ou anos (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

Os efeitos físicos agudos são olhos avermelhados (hiperemia conjuntival), diminuição da saliva (xerostomia) e taquicardia (frequência de 120 a 140 ou mais). Com o uso continuado vários órgãos do corpo são afetados, como os pulmões, pois a fumaça da maconha é muito irritante, apresentando um alto teor de alcatrão, comparado ao tabaco. Entre os efeitos crônicos estão problemas respiratórios (bronquites) e a diminuição em até 50 a 60% na produção de testosterona nos homens, um hormônio responsável pela produção de espermatozóides, podendo levar à infertilidade. Contudo, esse é um efeito que desaparece quando a pessoa deixa de consumir a maconha (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Os efeitos psíquicos agudos são descritos como uma sensação de bem-estar, acompanhada de calma e relaxamento, menos fadiga, e hilaridade. Enquanto, para algumas pessoas, os efeitos são mais desagradáveis. Apresentam angústia, atordoamento, ansiedade, tremores, sudorese e medo de perder o autocontrole. Há, ainda, perturbação na capacidade de calcular o tempo e o espaço, além de um prejuízo de memória e de atenção (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Em relação aos efeitos psíquicos crônicos, sabe-se que o uso continuado interfere na capacidade de aprendizado e memorização, podendo levar a diminuição da motivação. Esse efeito crônico da maconha é chamado de síndrome amotivacional, isto é, a pessoa não sente vontade de fazer nada, tudo parece sem importância (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

A maconha pode levar a um estado de dependência, ou seja, as pessoas passam a organizar sua vida de maneira a facilitar seu vício. Por sua toxicidade ser menor, não existem relatos de morte somente pelo seu uso (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

### 1.3.2 Alucinógenos

São drogas que possuem a propriedade de provocar distorções no funcionamento normal do cérebro, acarretando alterações psíquicas, como alucinações e delírios, sem que haja estimulação ou depressão da atividade cerebral, uma vez que agem em doses muito pequenas e praticamente só atingem o cérebro. A maioria dessas drogas são provenientes da natureza, principalmente de plantas. Mas, existem várias substâncias sintetizadas em laboratório, os alucinógenos sintéticos, dos quais o LSD-25 é o mais representativo (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Os alucinógenos podem ser primários ou secundários. Os alucinógenos propriamente ditos ou alucinógenos primários produzem efeitos psíquicos em doses que praticamente não alteram outra função no organismo, como, por exemplo, o THC. Enquanto, os alucinógenos secundários são capazes de atuar no cérebro, produzindo efeitos em doses que afetam de maneira importante várias outras funções, como os anticolinérgicos (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Existem, também, diversas plantas com propriedades alucinógenas, como alguns cogumelos (*Psilocybe mexicana*, da qual é extraída a substância a psilocibina); jurema (*Mimosa hostilis*, da qual é sintetizada a substância dimetiltriptamina ou DMT); mescal ou peyot, um cacto que não existe no Brasil, que reproduz a substância mescalina; caapi e chacrona, são plantas que é utilizada para sintetizar algumas substâncias, como a DMT; e outras plantas alucinógenas eventualmente utilizadas na forma de chá (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Em geral os efeitos dessas substâncias podem ser: alucinações, insônia, oscilações de humor, ansiedade, pânico, paranóia, tremor ou excitação psicomotora, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, sudorese, náusea e vômito (HUMENIUK; POZNYAK, 2008).

Uma substância sintetizada artificialmente e com potente ação psicotrópica é o LSD-25. As doses de 20 a 50 milionésimos de grama produzem efeitos com duração de 4 a 12 horas. Mas, seus efeitos dependem da sensibilidade da pessoa à ação da droga e do ambiente em que foi utilizada (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Alguns efeitos decorrentes do uso de LSD-25 são: distorções perceptivas (cores, formas e contornos alterados); fusão de sentidos (por exemplo, a impressão que os sons adquirem forma ou cor); perda da noção de tempo e espaço; alucinações visuais ou auditivas; exaltação; delírios de grandiosidade (a pessoa se julga com capacidades ou forças extraordinárias para realizar alguma ação) e delírios persecutórios (a pessoa acredita haver uma conspiração contra ela, podendo agredir outras pessoas na tentativa de se defender); aceleração do pulso; dilatação da pupila; e alguns episódios de convulsão (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

A tolerância é desenvolvida de forma rápida com o uso do LSD-25, mas desaparece rapidamente com a interrupção do uso. Não há descrição de uma síndrome de abstinência (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Os efeitos tóxicos dessas substâncias levam a pessoa desenvolver sensação de ansiedade intensa, depressão e até quadro psicótico por longos períodos, após o consumo. Uma variante do efeito tóxico é o “flashback”. Após semanas ou meses da utilização dessas drogas, a pessoa volta a apresentar os efeitos causados pelos alucinógenos, sem ter voltado a consumir a droga (HUMENIUK; POZNYAK, 2008; NICASTRI, 2008).

### 1.3.3 Ecstasy (MDMA)

É uma substância alucinógena, proveniente quimicamente das anfetaminas, e por isso apresenta propriedades estimulantes. Seu uso é associado a alguns grupos, principalmente, a jovens frequentadores de boates (NICASTRI, 2008).

Há descrição de casos de mortes por hipertermia maligna, em que ocorre um aumento excessivo da temperatura corporal, porém a participação da droga não é completamente esclarecida. Pressupõe que a droga estimula a hiperatividade e aumenta a sensação de sede ou, talvez, induza um quadro tóxico específico. Entretanto, também suspeitam que o MDMA seja tóxico para um grupo específico de neurônios produtores de serotonina (NICASTRI, 2008).

A utilização do ecstasy pode acarretar alguns problemas, como: hipertermia; alterações do equilíbrio hidro-eletrolítico; problemas hepáticos; hemorragia cerebral; depressão; dificuldade para lembrar das coisas; pânico; e ilusões. Além disso, existem



evidências de que o ecstasy é neurotóxico e pode ocasionar danos ao cérebro (HUMENIUK; POZNYAK, 2008).

#### 1.3.4 Anticolinérgicos

São substâncias derivadas de plantas ou sintetizadas em laboratório. Agem bloqueando as ações da acetilcolina, um neurotransmissor presente no SNC e no Sistema Nervoso Periférico (SNP). Em doses elevadas são capazes de alterar as funções psíquicas, além de provocar diversas alterações no organismo. Portanto, são drogas pouco específicas (NICASTRI, 2008).

Atuam causando delírios e alucinações, principalmente. São comuns as descrições de perseguições ou visões de pessoas e bichos por pessoas intoxicadas. Mas, esses delírios e alucinações dependem da personalidade da pessoa e da circunstância em que ocorreu o uso dessas drogas. Os efeitos são intensos, podendo demorar de 2 a 3 dias. Apesar disso, o uso terapêutico de medicamentos contendo substâncias anticolinérgicas é muito útil no tratamento de diversas doenças, como o Parkinson, diarreia, entre outras (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Os efeitos provenientes do uso dessas drogas são: pupilas dilatadas, boca seca, aumento da frequência cardíaca, diminuição da motilidade intestinal e retenção urinária. Em doses elevadas pode ocasionar elevação da temperatura em até 40-41°C, possibilitando a ocorrência de convulsões, e a frequência cardíaca pode ultrapassar 150 batimentos por minuto (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Não há relatos do desenvolvimento de tolerância pelo usuário e nem de síndrome de abstinência (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

## 1.4 Outras drogas

### 1.4.1 Tabaco

O uso de produtos derivados do tabaco se constitui em um problema de saúde pública em diversos países. É uma das principais drogas geradoras de doenças e mortes. O uso contínuo dessa substância pode ocasionar inúmeros problemas de saúde, como: doenças cardiovasculares (infarto e acidente vascular cerebral); doenças respiratórias (enfisema, asma, bronquite crônica); doenças renais; diversas formas de câncer (boca, laringe, esôfago, pulmão, mama, bexiga, pâncreas, etc.). (HUMENIUK; POZNYAK, 2008; NICASTRI, 2008).

A substância presente no tabaco que provoca a dependência é a nicotina. O uso do cigarro propicia que a nicotina seja absorvida pelos pulmões, chegando ao cérebro em nove segundos, aproximadamente. Os principais efeitos da nicotina no organismo são: o aumento de concentração e de atenção, elevação leve no humor, redução do apetite e da ansiedade. O quadro de dependência é sinalizado pelo aparecimento da tolerância e da síndrome de abstinência (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

A tolerância é caracterizada pelo aumento progressivo do número de cigarros consumidos para sentir os mesmos efeitos quando usava doses menores. Porém, o quadro de tolerância está associado a uma síndrome de abstinência com alterações do sono, irritabilidade, agitação, prisão de ventre, dificuldade de concentração, sudorese, tontura, insônia e dor de cabeça. Os sintomas, geralmente, desaparecem dentro de uma ou duas semanas (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Alguns estudos descrevem que os não fumantes (fumantes passivos) expostos à fumaça de cigarro têm risco de desenvolver os mesmos problemas de saúde, que afetam os fumantes. Além disso, o uso de tabaco ao cheirá-lo ou mascá-lo, sem fazer uso do cigarro, também, aumenta o risco de desenvolver doenças (HUMENIUK; POZNYAK, 2008; NICASTRI, 2008).

#### 1.4.2 Cafeína

É considerada uma substância estimulante do SNC, porém menos potente que a cocaína e as anfetaminas. Os efeitos de um consumo importante de cafeína são ansiedade, alterações psicomotoras, distúrbios do sono e alterações do humor. Vem sendo discutido, nos últimos anos, seu potencial para dependência, surgindo o termo “cafeinismo” para designar a síndrome clínica associada ao uso de cafeína, caracterizada pelos efeitos supracitados (NICASTRI, 2008).

#### 1.4.3 Esteróides anabolizantes

Conhecidos popularmente como anabolizantes. São substitutos sintéticos do hormônio masculino testosterona produzido pelos testículos. Terapeuticamente, sua função principal é a reposição do testosterona quando este se encontra diminuído no organismo devido a alguma doença. Entretanto, muitas pessoas que querem melhorar o desempenho e a aparência física, principalmente, fisiculturistas e atletas, usam essas drogas para proporcionar o crescimento da musculatura e podem desenvolver um padrão de consumo que se assemelha ao de dependência (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Podem ser consumidos na forma de comprimidos ou através de injeções. Sua propriedade de aumentar a musculatura tem induzido a utilização de anabolizantes por pessoas sem necessidade médica. Contudo, o uso estético não é indicação médica e pode acarretar problemas à saúde, além de ser ilegal (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

Alguns efeitos do uso dessas substâncias são: nervosismo, irritação, agressividade, problemas hepáticos (inclusive câncer), acne, problemas sexuais e cardiovasculares, aumento do colesterol high-density lipoprotein (HDL), diminuição da imunidade; alterações musculoesqueléticas indesejáveis (ruptura de tendões ou interrupção precoce do crescimento). Além disso, há a possibilidade de contaminação com o vírus da Aids ou da hepatite naqueles usam a droga de forma injetável ao compartilhar seringas (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

Outros efeitos podem ocorrer nos homens, como: diminuição do tamanho dos testículos; redução da contagem de espermatozoides; impotência; infertilidade; calvície; ginecomastia (ou desenvolvimento de mamas, que pode necessitar de cirurgia para ser eliminada); dificuldade ou dor para urinar e aumento da próstata (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

Enquanto, nas mulheres os anabolizantes podem provocar masculinização: crescimento de pêlos faciais e pelo corpo; alterações ou ausência de ciclo menstrual; aumento do clitóris; engrossamento de voz; diminuição de seios; sendo que alguns desses efeitos são irreversíveis, ou seja, não há retorno da condição normal ao parar de usar a droga (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; NICASTRI, 2008).

No adolescente o anabolizante pode provocar: maturação esquelética prematura e puberdade acelerada, levando a um crescimento raquítico, provocando estatura baixa (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

É comum os usuários se sentirem deprimidos quando param de tomar o anabolizante, porque perdem a massa muscular que adquiriram; um sintoma que pode contribuir para a dependência (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

## 2 DROGAS E TRABALHO

Ao contextualizar as relações de trabalho que se dão atualmente no mundo, inclusive no Brasil, foi verificado que existem alguns pontos centrais, pertinentes as características das organizações e como se dá as suas formas de produção, as quais foram influenciadas ao longo dos anos pelo momento econômico-social vivenciados pelos países.

Dessa forma, o modelo de produção adotado após a desvalorização do taylorismo/fordismo, o chamado toytismo (modelo japonês), tem alterado as formas de produção e de contratação nas empresas. Segundo Assunção (2003, p. 1006), “a organização do trabalho, ao atingir o indivíduo, modifica a sua maneira de enfrentar os riscos e traz efeitos sobre a saúde ainda não perfeitamente conhecidos ou dimensionados”.

O novo modelo de produção exige do trabalhador cadência, rapidez, informação, aprendizagem, adaptação à cultura da empresa e às exigências de mercado, ou seja, um trabalhador polivalente. Contudo, esse tipo de organização pode gerar um sofrimento psíquico no trabalhador, uma vez que o despersonaliza ao provocar uma desapropriação do seu saber (MERLO et al., 2003). Isto é, um paradoxo é gerado na medida em que se exigem “trabalhadores polivalentes, instruídos, com iniciativa, mas sem margens para decidir sobre os meios e os fins” (ASSUNÇÃO, 2003, p. 1006).

Poucas são as organizações que consideram o saber do trabalhador, o qual possui uma bagagem de experiências e saberes, que poderiam melhorar o ambiente de trabalho, além de estimulá-lo a engajar no processo produtivo, por se sentir importante ao expor sua opinião e participar sobre algo que desenvolve, isto é, sua própria atividade laboral.

Outro ponto fundamental está relacionado à adaptação que cada trabalhador faz em sua atividade laboral para melhor desenvolvê-la, estamos aqui falando sobre a diferença entre tarefa e trabalho real. Na tarefa está prescrita “o que deve ser feito segundo definições precisas, sem levar em conta a *atividade* do trabalhador, que é aquilo que efetivamente é feito”. Enquanto, o trabalho real consiste nos ajustes necessários para que a tarefa seja efetivada, “cuja resolução fica a cargo do trabalhador” (MERLO et al., 2003, p. 123).

Como descreve Assunção (2003, p. 1014), “todo trabalho [...] só é possível graças à capacidade dos trabalhadores de constituir problemas, antecipá-los e tomar decisões em tempo real [...]”, denotando que para o trabalhador realizar sua tarefa, faz-se necessário que ele dribble os empecilhos surgidos durante sua atividade laboral.

Diversos fatores atualmente vêm contribuindo para o sofrimento psíquico dos trabalhadores, o que pode induzir ao consumo de drogas. Dentre os fatores destaca-se a flexibilização das relações de emprego, caracterizada pela contratação de trabalhadores negando seus direitos presentes na legislação trabalhista brasileira, como o 13º salário, férias, Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), entre outros. Esse tipo de contratação reflete-se em instabilidade e insegurança para os trabalhadores (ASSUNÇÃO, 2003).

Guimarães (2006) aponta para o aparecimento das novas formas de risco advindas do modo de produção, que aumentam a probabilidade de efeitos negativos à saúde dos trabalhadores, como o estresse ocupacional, a ansiedade, o assédio sexual, entre outros. A pressão para aumentar a produtividade em menor tempo, somando-se a precarização das relações de trabalho, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional.

Dentre os tipos de trabalho que podem levar o trabalhador à falta de motivação, ao absenteísmo, a elevar os níveis de ansiedade e depressão, dentre outros efeitos, estão: trabalhos que exigem pouco controle sobre o trabalhador e os métodos de trabalho; que não fazem pleno uso das potencialidades do trabalhador para a execução das tarefas; cujo papel não envolve tomada de decisões; que envolvem somente tarefas repetitivas e monótonas; de operação de maquinários; cujas exigências são percebidas como excessivas; sistema de pagamento vinculado à execução da tarefa com rapidez ou sem pausas; sistema de trabalho que limita as oportunidades para interação social; altos níveis de esforço que não são equilibrados com recompensas suficientes (GUIMARÃES, 2006, p.105).

Segundo Kalimo Elbatawi e Cooper apud Santos et al. (2007, p.4) algumas características do meio laboral podem estar relacionadas ao uso de álcool por trabalhadores: falta de visibilidade – empregos cujos os objetivos não estão claros e não têm observação rigorosa de supervisores e colegas; falta de estruturação do trabalho – postos de trabalho que geram estresse, que designam ao trabalhador uma função específica, que não está clara quais as atividades que o trabalhador deve fazer; falta de controle social – postos em que é necessário beber por motivos de trabalho, que geram estresse e não estão submetidos a controles sociais.

Admite-se que existe relação entre o sofrimento mental e a sobrecarga emocional, ligadas ou decorrentes, das condições de trabalho, e o uso abusivo de álcool por algumas pessoas, como forma de enfrentamento, mas capaz de gerar dependência alcoólica (MABUCHI et al., 2007).

Santos et al. (2007) descrevem que o uso de drogas por trabalhadores, como o álcool, é uma estratégia utilizada para combater o estresse. E, que o consumo de álcool, muitas vezes,

está relacionado ao tipo de atividade laboral, como atividades socialmente desprestigiadas (trabalhadores de serviço de limpeza urbano ou trabalhadores que tem contato com cadáver); as que apresentam situações de risco à saúde mental; aquelas em que a possibilidade de qualificação ou ascensão profissional é restrita; ou as que envolvem atos ou materiais considerados repugnantes.

O uso de álcool por trabalhadores está intimamente ligado aos acidentes de trabalho. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 2002, o álcool provocou 339 mil acidentes de trabalho no Brasil (MORAES; PILATTI, 2004).

A legislação trabalhista considera acidente de trabalho desde o percurso de ida ao trabalho até o seu percurso de volta. Logo, para as empresas, muitos acidentes de trânsito são, na verdade acidentes de trabalho. Neste caso específico, o estabelecimento de causa-efeito é bastante óbvio, já que o álcool é um depressor do Sistema Nervoso Central, com efeito, de sedação, redução da atenção e concentração, lentidão do pensamento e dos reflexos e dificuldade de coordenação motora, “síndrome” bastante propícia para predispor a acidentes. A depressão no SNC conduz a uma redução na eficiência e acurácia das tarefas em pessoas intoxicadas (MORAES; PILATTI, 2004, p. 2479-80).

Alguns fatores que contribuem para um maior risco do uso abusivo de drogas no trabalho: disponibilidade do álcool (acesso ao álcool enquanto se trabalha); pressão social para beber (tradição quanto a se beber muito); separação da norma social (situações de solidão ou falta de suportes familiares); ausência de supervisão (posições de comando ou sem chefia); alta ou baixa renda (pólos sociais extremos); tensão, estresse e perigo (empregos com essas características); pré-seleção de população de alto risco (algumas profissões atraem pessoas propensas a se tornarem bebedores excessivos) (SANTOS et al., 2007, p. 4).

Outro estudo realizado por Nassif apud Santos et al. (2007, p. 5) apontou algumas hipóteses de como a organização e as condições de trabalho podem contribuir para a incidência e a prevalência dos casos de dependência química entre os trabalhadores, as quais são: características específicas da personalidade do alcoolista (dificuldade de lidar com as frustrações); frustração na escolha profissional; pressão social para beber entre os trabalhadores (a bebida facilita a criação de vínculo ou possibilita o reconhecimento e a inserção no círculo social); especificidades do trabalho (atividades que colocam em risco a vida, inadequada divisão de tarefas, submissão a normas, precárias condições de trabalho, falta de perspectiva quanto ao futuro profissional); jornada de trabalho (períodos de ociosidade ou atividades em horário noturno); atividades geradoras de emoções (sentimentos que podem estimular o uso de bebidas alcoólicas, como: raiva, medo, frustração, tristeza, ansiedade, vergonha, entre outros); significado social da profissão (falta de reconhecimento e desqualificação).

O uso de drogas provoca alterações emocionais e de comportamento, sendo o álcool a droga mais utilizada no mundo, por ser legalizada e considerada liberada, e por questões culturais. Dependendo do nível de álcool no sangue, os efeitos orgânicos e comportamentais são diversos. Uma forma mais fácil de exemplificar os efeitos do álcool sobre uma pessoa, quando comparamos o nível de álcool no sangue e as suas influências no comportamento do indivíduo ao dirigir, como está demonstrado no quadro abaixo (MORAES; PILATTI, 2004, p. 2480):

| <b>Porcentagem de álcool no sangue</b> | <b>Influência do álcool</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0,2%                                   | Capacidade de avaliação reduzida em relação a distância de veículos que se aproximam em sentido contrário a noite.                                                                                                                                                                                                                              |
| 0,3%                                   | A avaliação de profundidade do espaço é prejudicada, acarretando ultrapassagens arriscadas. A possibilidade de acidentes dobra.                                                                                                                                                                                                                 |
| 0,6%                                   | Objetos parecem estar mais distante do que na realidade, por exemplo, enxerga uma curva mais distante do que sua posição real. A sensibilidade da visão diminui a percepção de semáforos ou luz de freios. A rápida adaptação de luz alta para baixa fica prejudicada.                                                                          |
| 1,0%                                   | O campo de visão torna-se estreito, dificultando a visualização de pedestres, veículos estacionados ou objetos na pista. Não percebe o que vem da direita ou da esquerda. A percepção e avaliação de profundidade do espaço assim como a atenção ficam reduzidas. O tempo de reação e o percurso de frenagem se prolongam.                      |
| 1,3%                                   | Incapacidade para dirigir. Completo estado de desinibição.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 1,7%                                   | Neste caso, nem os ciclistas são capazes de dirigir uma bicicleta.                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2,5% a 3,0%                            | Instalam-se sinais de intoxicação. O trabalhador neste estágio é incapaz de efetuar um serviço ordenado corretamente, gera uma situação de risco para si e para os outros. Sob condições normais, o corpo queima em média 0,1% de concentração de álcool no sangue por hora. Assim, é mais fácil atingir tais índices do que queimá-los depois. |

Quadro 1 – A influência do álcool sobre o indivíduo ao dirigir, segundo a porcentagem de álcool no sangue. Rio de Janeiro, 2010

A implantação de programas para usuários de drogas no ambiente de trabalho beneficia tanto o empregador quanto o próprio empregado, na medida em que prevenir e tratar problemas de saúde diminui os custos e melhora a produtividade. Entretanto, muitas vezes os trabalhadores que procuram esses tipos de programas deparam-se com os estigmas e preconceitos advindos dos locais de trabalho, prejudicando a continuidade do tratamento e até mesmo a procura por esses serviços (SANTOS et al., 2007).



Muitas empresas observaram que cada dólar investido em “[...] programas de reabilitação provoca o retorno de sete dólares sob forma de aumento da produtividade, redução do absenteísmo, queda da procura pelo departamento médico e o benefício de preservação da imagem da empresa”. Um exemplo é a Empresa Brasileira de Telecomunicações (EMBRATEL) que atingiu a marca de 82% de reabilitação dos funcionários que usavam algum tipo de drogas (MORAES; PILATTI, 2004, p. 2482).

Percebe-se que as propostas de prevenção estão expressas na lógica do lucro e da produtividade, ou seja, guiadas pelas características do capitalismo, colocando em segundo plano a saúde do trabalhador. As empresas observaram que as atividades de promoção e prevenção ao uso de drogas elevavam a auto-estima dos trabalhadores, conseqüentemente, estes produziam mais, a lucratividade aumentava, além da valorização da imagem da empresa.

Bagatolli e Giacomelli (2007, p. 4) referem que existem alguns comportamentos sinalizadores do uso de drogas por trabalhadores, que poderiam ser divulgados com a intenção de identificá-los, previamente, como medida de prevenção e segurança no trabalho, uma vez que é uma “[...] ação que antecede a inserção do trabalhador no programa [...]” de prevenção ao uso de drogas.

Dentre os comportamentos sinalizadores ou indicadores que podem estar associados ao uso e a dependência de drogas, estão (DUARTE, 2008, p. 125-126): absenteísmo; ausências durante a jornada de trabalho (atrasos excessivos após o horário de refeições); comprometimento da produtividade e qualidade do trabalho (dificuldades de concentração ou lapsos de memória); mudanças no estilo de vida (desleixo com a aparência pessoal, abandono de atividades familiares e sociais com o rompimento de “velhas” amizades, trocadas por outras que tenham em comum o uso de álcool e outras drogas); problemas de ordem emocional (dificuldades de relacionamento; mudanças bruscas de humor; isolamento; baixa auto-estima); acidentes de trabalho; problemas financeiros (endividamento, pedidos de empréstimo, de adiantamento de salário ou para fazer horas extras); problemas familiares (brigas freqüentes, separação conjugal, violência doméstica); perda de oportunidades educacionais e de treinamento; problemas policiais e judiciais (envolvimento em brigas com agressão física; cometer furtos e pequenos tráfico).

A identificação precoce de tais comportamentos sinalizadores permite prevenir transtornos futuros para o trabalhador e para a empresa. Algumas atividades de prevenção, focadas na qualidade de vida do trabalhador, são desenvolvidas na Companhia Paranaense de Energia (COPEL): ginástica laboral, campanhas de saúde diversas, comemorações de datas especiais, programas de visita dos familiares do empregado à empresa, atividades de

prevenção de acidentes, treinamentos, ou seja, ações que elevem a auto-estima e a satisfação dos trabalhadores, contribuindo para diminuir o uso/abuso de drogas (BAGATOLLI; GIACOMELLI, 2007, p. 12).

Um projeto de prevenção ao uso de álcool e drogas no ambiente do trabalho que podemos destacar é o realizado no SESI do Rio Grande do Sul. Tal projeto visa a melhoria de indicadores de saúde e segurança dos trabalhadores. Além disso, o SESI verificou através da implantação do projeto em outros países, que as atividades de prevenção são de baixo custo e contribuem, positivamente, nos hábitos e no comportamento do indivíduo, levando-o a desenvolver atitudes positivas que refletem no ambiente do trabalho e familiar (DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008).

Sabe-se que o processo e a organização do trabalho foram influenciados pelas mudanças no modo de produção capitalista, caracterizadas pela exigência de maior cadência dos trabalhadores, carga horária excessiva, controle rigoroso das atividades, necessidade de profissionais polivalentes, entre outros.

A atividade de enfermagem também não se distanciou desse modelo de organização do trabalho sob a acumulação de capital. Os trabalhadores passam a oferecer sua força de trabalho, que é comprada de acordo com a demanda da função. Considera-se, ainda, que a organização do trabalho do enfermeiro tem se apoiado fortemente na teoria da administração científica de Taylor, na qual se exige do trabalhador uma dedicação extrema, com divisão hierárquica dos processos de trabalho, sendo este monitorado constantemente por supervisores, além de outros profissionais de saúde, familiares e pacientes (CAMPOS, 2008).

Atualmente, as instituições de saúde no Brasil passam por um processo de precarização estrutural, principalmente, as públicas. Diante das dificuldades o profissional de saúde tem que desenvolver suas atividades laborais com qualidade sem que a instituição lhe dê condições para tal. As condições de trabalho, portanto, têm afligido o profissional, principalmente o enfermeiro que lida diretamente com o paciente, acarretando insatisfação ao desempenhar suas funções com reduzido e precários recursos materiais (MARTINS; ZEITOUNE, 2007).

Dessa forma, alguns profissionais de saúde na tentativa de aliviar as tensões geradas pelas precárias condições de trabalho, somadas a sobrecarga de trabalho decorrente dos inúmeros empregos que o profissional tem na busca de melhores salários e melhores condições de vida, recorrem ao uso de drogas como uma forma de negar ou minimizar a percepção da realidade que o faz sofrer (MARTINS; ZEITOUNE, 2007).

Porém, o uso de substâncias psicoativas pelo profissional de saúde acarreta uma diminuição do raciocínio e dos reflexos, altera o comportamento, a tomada de decisão e a execução de procedimentos especializados e outros que podem prejudicar a realização de suas atividades, que vão da menor complexidade até as de maior complexidade, exigindo do trabalhador um maior desempenho de suas competências e colocando em risco a vida das pessoas sob seus cuidados (MARTINS; ZEITOUNE, 2007; ZEFERINO et al., 2006). Além disso, os profissionais de saúde que fazem uso abusivo de drogas estão infringindo o código de ética da profissão. E muitas vezes os colegas de trabalho que percebem tal uso, preferem omitir-se no sentido de evitar constrangimentos para a pessoa, equipe e até para a instituição empregadora (ZEFERINO et al., 2006).

Um estudo sobre o uso de substâncias psicoativas pelo enfermeiro descreveu que a maioria dos usuários desenvolvia uma segunda jornada de trabalho no lar, não praticavam lazer e descanso em detrimento de melhores condições financeiras ou de sobrevivência, e consideravam o ambiente de trabalho estressante (ZEFERINO et al., 2006).

Num estudo realizado em um hospital universitário para identificar o nível de estresse e os transtornos psicossomáticos auto-atribuídos, constatou-se que os fatores desencadeadores de estresse foram: o controle excessivo por parte da instituição; dificuldades nas relações interpessoais; inobservância da ética pelos colegas; atividades rotineiras e repetitivas; excesso de pacientes; clima de sofrimento e morte; salários insuficientes; falta de lazer; falta de apoio e reconhecimento pela instituição entre outros. Os sintomas psicossomáticos predominantes foram: cansaço, tensão muscular, nervosismo, irritabilidade, dor lombar, ansiedade, tensão pré-menstrual, cefaléias, problemas de memória, depressão, entre outros (ZEFERINO et al., 2006, p. 602).

Diante desses resultados, alguns profissionais de saúde têm se apoiado no uso de drogas lícitas, os psicofármacos, como um meio de aliviar o estresse decorrente do trabalho. As estatísticas apontam que enfermeiros são de 30 a 100 vezes mais propensos a se tornarem quimicamente dependentes do que a população em geral, pois apresentam um elevado grau de exaustão quando comparados a outros profissionais de saúde (ZEFERINO et al., 2006).

Outros estudos descrevem que os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, são os mais vulneráveis a dependência de determinadas substâncias psicoativas devido a maior possibilidade de auto-administração, uma vez que são os responsáveis pelo armazenamento e controle dessas substâncias. Contudo, o uso de drogas por estes profissionais pode interferir no seu próprio autocuidado e, conseqüentemente, no cuidado ao outro (ZEFERINO et al., 2006).

Destaca-se, assim, uma necessidade de se buscar estratégias para reduzir o estresse no trabalho por parte das instituições empregadoras, promovendo a saúde e qualidade de vida do

trabalhador. No entanto, as instituições de saúde nem sempre valorizam a promoção da qualidade de vida de seus funcionários através de programas de prevenção ou de educação continuada que visem abordar a questão do fenômeno das drogas (ZEFERINO et al., 2006).

A abordagem sobre o fenômeno das drogas nos cursos de graduação das áreas da saúde é uma outra forma de sensibilizar os futuros profissionais de saúde, alertando-os sobre os efeitos e riscos advindos do uso das substâncias psicotrópicas e sobre a facilidade de acesso aos psicofármacos, tornando-os uma população vulnerável ao seu uso e abuso (ZEFERINO et al., 2006).

Contudo, percebe-se que o uso de drogas, sejam lícitas ou ilícitas, também está relacionado ao indivíduo, o seu comprometimento com a saúde e sua capacidade de lidar com o estresse e as tensões. Soma-se a facilidade de conseguir drogas no local de trabalho ou próximo a este, e o fato da empresa permitir o uso de drogas durante a jornada de trabalho, são fatores que corroboram para o uso e abuso de drogas pelos trabalhadores. Neste sentido, o mundo do trabalho pode estar cercado de riscos específicos da atividade laboral, capazes de aumentar a probabilidade do consumo abusivo ou dependente de álcool e drogas.

A relação saúde e trabalho não diz respeito apenas ao adoecimento, aos acidentes e ao sofrimento. Para os trabalhadores, a saúde é construída no trabalho. Em primeiro lugar, porque ao conseguir os resultados desejados pela hierarquia, sem contar com as condições ideais, e ao dar conta das demandas complexas, inusitadas e não previstas, os trabalhadores reafirmam a sua auto-estima, desenvolvem as suas habilidades, expressam as suas emoções, [...] (ASSUNÇÃO, 2003, p. 1014).

Deve-se considerar que todo programa de prevenção ao uso de drogas no ambiente de trabalho deve primar pela qualidade de vida do trabalhador, primordialmente, respeitando seus direitos como cidadão e ser humano, além de beneficiar a própria organização.

A implantação de projetos sobre a prevenção de drogas nas organizações deve ser incentivada, assim como, novos estudos sobre sua funcionalidade. Pois, constata-se que há escassos estudos sobre tal temática, ratificado pela revisão sistemática desenvolvida por Canoletti e Soares (2005) sobre programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil, entre os anos de 1991 e 2001, onde somente 23% dos textos selecionados para a revisão consistiam no desenvolvimento de projetos de prevenção.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 Descrição

Para chegar ao desenvolvimento e aplicação de um questionário de prevalência e padrão de consumo de álcool e outras drogas, e sobre as formas de enfrentamento pelos trabalhadores e pelas instituições empregadoras, estruturou-se o estudo em duas etapas.

Na primeira etapa, foi efetuada uma revisão bibliográfica sobre os instrumentos existentes acerca da prevalência e padrão de consumo de álcool e drogas entre trabalhadores. Foi observado que, dentre os instrumentos utilizados para este fim, poucos eram auto-aplicáveis. No entanto, era desejável que o instrumento apresentasse essa característica pelo fato do estudo propor uma investigação sobre uso/abuso de drogas entre trabalhadores.

O cuidado com a forma de aplicação do questionário remete ao momento vivenciado pela grande massa de trabalhadores, a flexibilização do trabalho, que vem alterando as formas de contratação. O trabalhador provavelmente sentirá maior tranquilidade e segurança para responder as questões relacionadas ao trabalho e ao consumo de drogas, sabendo que não será identificado. Neste sentido, o fato de ser um questionário auto-aplicável representa uma questão metodológica relevante, já que o sigilo e o anonimato levam, supostamente, a uma maior aderência dos respondentes ao estudo.

A segunda etapa consistiu na elaboração de um questionário auto-aplicável sobre o padrão de consumo de álcool e drogas entre trabalhadores, a partir dos instrumentos utilizados em pesquisas sobre a temática; e no processo de análise do instrumento e dos dados coletados, através de tratamento estatístico descritivo. Vale ressaltar, que os resultados e a discussão serão apresentados em um mesmo capítulo, a fim de facilitar a análise do questionário e aproveitar a essência dos resultados demonstrados no momento, promovendo uma melhor visualização destes.

Refere-se a um estudo quantitativo, transversal, descritivo, exploratório, com amostra intencional, em uma Faculdade Pública de Enfermagem situada na Cidade do Rio de Janeiro, incluindo enfermeiros em processo de qualificação em cursos de especialização.

### 3.2 Revisão bibliográfica dos instrumentos

A revisão foi realizada em bancos de dados disponíveis *on line*. Foram utilizados os descritores cadastrados no sistema Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), adotados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para a realização da pesquisa bibliográfica: *álcool, drogas, trabalho, questionário*. Também foram utilizadas palavras-chave de significado próximo ao descritor na intenção de encontrar estudos que poderiam não estar utilizando descritores padronizados (abuso de drogas, drogas lícitas, drogas ilícitas, substâncias psicoativas, substâncias psicotrópicas, trabalhador, trabalhadores, uso de drogas).

A pesquisa foi realizada utilizando o formulário básico dos bancos de dados. Num primeiro momento foram utilizados os seguintes descritores: álcool, trabalho e questionário [todas as palavras]; drogas, trabalho e questionário [todas as palavras]; no segundo momento, álcool, trabalho e questionário [descritores de assunto]; drogas, trabalho e questionário [descritores de assunto].

Os bancos de dados pesquisados foram: Portal de Periódicos e Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e Biblioteca Virtual em Saúde. A BVS é composta por diversas bases de dados, das quais foram utilizadas: Base de Dados de Enfermagem (BDenf), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE).

Após o levantamento bibliográfico, foi realizada uma leitura dos resumos, selecionando-se os artigos de acordo com os seguintes **critérios de inclusão**: ter como objeto de estudo o padrão de consumo de álcool e drogas entre trabalhadores; ter como instrumento de coleta de dados um questionário; a população ou amostra do estudo ser constituída por trabalhadores; estudos publicados entre 1998 e 2008; estudos quantitativos; e estudos publicados em português, inglês ou espanhol. Os **critérios de exclusão** foram: estudos qualitativos; estudos que não estão disponibilizados nas bases de dados *on line*; estudos publicados fora do período determinado.

Os artigos publicados dos respectivos resumos selecionados foram buscados nos bancos de dados *on line* para ter uma maior consistência na análise dos estudos. Foi criado um formulário (APÊNDICE A) abordando as características dos estudos, o qual foi preenchido para cada um. O passo seguinte à busca e leitura dos artigos foi a construção de um quadro abordando as características dos estudos analisados.

Na análise, descreve-se brevemente o escopo de cada estudo, e os instrumentos escolhidos, buscando-se identificar aspectos como tipo de aplicação, frequência de uso de alguns instrumentos, os grupos populacionais do estudo, e se havia algum foco específico quanto à relação entre trabalho e uso de drogas.

### 3.3 Construção do instrumento de coleta de dados

Foi desenvolvido um questionário auto-aplicável (APÊNDICE B), na medida em que percebemos a carência desse tipo de instrumento para avaliar o padrão de consumo de álcool e outras drogas, principalmente em relação as estratégias utilizadas pelas instituições de saúde para promoção e prevenção do fenômeno das drogas entre os trabalhadores de saúde. A proposta de um instrumento de coleta de dados auto-aplicável está, como já mencionada, intimamente relacionada ao fato de manter o sigilo e o anonimato do trabalhador, levando-os a se sentirem mais seguros para responder ao questionário, propiciando o retorno de respostas mais fidedignas.

A formulação do questionário apoiou-se no referencial teórico levantado e na revisão bibliográfica sobre os instrumentos de avaliação do uso de drogas, assim como em pesquisas realizadas na mesma temática. Através da pesquisa bibliográfica foi possível observar que existem poucos estudos voltados para a identificação e levantamento das estratégias e ações de prevenção do álcool e outras drogas no ambiente de trabalho.

Assim, apoiamos-nos em estudos realizados pela SENAD, pelo MS, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre outros. Algumas perguntas foram baseadas em instrumentos validados como o Teste de Triagem para Álcool, Tabaco e Substâncias (ASSIST), o questionário utilizado no Censo Demográfico de 2000 pelo IBGE, a Escala de Gravidade de Dependência (ASI-versão 6), o questionário utilizado por Lima (2006) em sua tese de doutorado, e os seguintes questionários utilizados pela SENAD: I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira; e Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007. Além disso, também buscamos informações nas cartilhas sobre álcool e outras drogas publicadas pela SENAD.

O questionário formulado foi dividido em cinco partes, a saber: I - informações sócio-demográficas; II - informações ocupacionais; III - informações sobre o consumo de álcool e

outras drogas; IV - informações sobre o estresse laboral; e V - informações sobre a realização de programa de prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas pela instituição de saúde.

No capítulo de resultados e discussão estão descritas as características de cada parte do questionário formulado e as referências utilizadas para a sua elaboração.

### **3.4 Aplicação e Análise do questionário**

O questionário elaborado foi aplicado aos alunos de pós-graduação *latu sensu* de uma Faculdade Pública de Enfermagem. Todos os alunos são profissionais de saúde e trabalham em diversas instituições de saúde, sendo composto em sua maior parte por enfermeiros. Após a aplicação do questionário foi criado um banco de dados no Programa Microsoft® Excel®, sendo exportado, posteriormente, para o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), neste foi realizado o tratamento estatístico.

### **3.5 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada de setembro a outubro de 2009. O questionário foi aplicado em sala de aula, após contato prévio com o professor, sendo que o mesmo não permaneceu em sala de aula durante a coleta de dados. Antes de iniciar a aplicação do instrumento, foi passado aos participantes e/ou respondentes que a participação era voluntária e que não deveriam identificar o questionário com o seu nome, a fim de manter o sigilo e o anonimato. Após responder o questionário, os alunos entregaram o instrumento e o termo de consentimento livre e esclarecido ao pesquisador.

### **3.6 Campo de estudo**

A aplicação do questionário foi realizada em uma Faculdade Pública de Enfermagem situada na Cidade do Rio de Janeiro. A referida faculdade tem 06 (seis) cursos de



especialização, os quais são: Enfermagem do Trabalho, Gestão em Saúde da Família, Enfermagem Intensivista, Enfermagem Neonatal, Enfermagem em Estomaterapia, e Enfermagem Obstétrica.

Das seis turmas de especialização, o questionário foi aplicado em cinco turmas, pois os alunos da turma de Enfermagem Obstétrica se encontravam em aula prática, em várias instituições de saúde, dificultando, assim, a coleta de dados. Como o prazo para entrega da dissertação estava se esgotando, decidimos aplicar o questionário em cinco turmas de especialização.

### 3.7 População e amostra

A população (N = 172) do estudo compreende os alunos de pós-graduação *latu sensu* de uma Faculdade Pública de Enfermagem. O tamanho amostral calculado foi de 120 sujeitos, sendo considerada uma precisão de 95%, erro amostral de 5%, e prevalência do fenômeno de 50%. A escolha dos sujeitos se deu em função de sua disponibilidade em responder ao questionário, o qual foi aplicado aos alunos que estavam presentes em sala de aula nos momentos disponibilizados pelo professor.

Vale ressaltar a presença de uma médica, no curso de especialização de Gestão em Saúde da Família. Nos demais cursos é marcante a presença de apenas uma categoria profissional, o enfermeiro. Segue algumas características sócio-demográficas da população estudada. As demais características se encontram no Apêndice C.

Tabela 1 - Distribuição da população quanto ao curso de pós-graduação *latu sensu*. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Curso de especialização</b> | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|--------------------------------|------------|--------------|
| Enfermagem intensivista        | 41         | 36,9         |
| Enfermagem do trabalho         | 25         | 22,5         |
| Enfermagem neonatal            | 19         | 17,1         |
| Enfermagem em estomaterapia    | 17         | 15,3         |
| Gestão de saúde da família     | 9          | 8,1          |
| <b>Total</b>                   | <b>111</b> | <b>100,0</b> |

Na tabela acima é possível verificar o quantitativo de alunos que participaram da pesquisa segundo cada curso de especialização.

Tabela 2 - Distribuição da população segundo o município de residência. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Município de residência</b> | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|--------------------------------|------------|--------------|
| Rio de Janeiro                 | 80         | 72,1         |
| Demais municípios              | 31         | 27,9         |
| <b>Total</b>                   | <b>111</b> | <b>100,0</b> |

A tabela 2 apresenta a proporção de alunos segundo o município de residência. Cerca de 72,1% são moradores do Município do Rio de Janeiro, o que compreende a maioria da população.

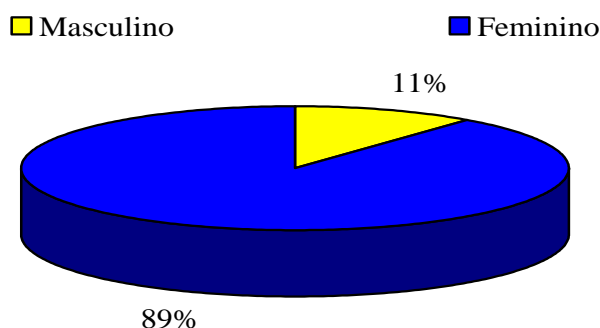


Gráfico 1 - Distribuição da população segundo o sexo. Rio de Janeiro, 2010

No gráfico 1 pode-se verificar que a maior parte da população é constituída pelo sexo feminino (89%), em relação ao sexo masculino (11%). Característica predominante da categoria de enfermagem. Quanto à faixa etária, grande parte dos participantes está entre 20 a 30 anos de idade, sendo a média igual a 29 anos de idade.

Tabela 3 - Distribuição da população de acordo com a etnia. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Etnia</b> | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|--------------|------------|--------------|
| Branca       | 53         | 47,7         |
| Parda        | 36         | 32,4         |
| Negra        | 15         | 13,5         |
| Amarela      | 4          | 3,6          |
| Indígena     | 1          | 0,9          |
| Não sei      | 2          | 1,8          |
| <b>Total</b> | <b>111</b> | <b>100,0</b> |

É importante ressaltar que as etnias parda e negra apresentaram uma proporção significativa em relação a etnia branca, que geralmente, é a que se apresenta em maior quantidade.

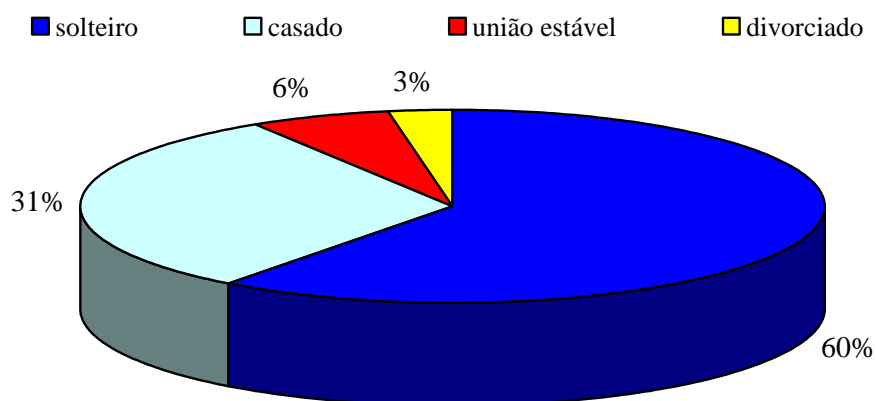


Gráfico 2 - Distribuição da população segundo o estado civil. Rio de Janeiro, 2010

Em relação ao estado civil, 60% são solteiros e, 31% casados. Os demais são divorciados (3%) ou têm união estável (6%). O nível de escolaridade é caracterizado por um grande quantitativo de pessoas com curso de especialização (64,9%) e uma minoria com mestrado (7,2%), os demais possuem apenas ensino superior completo (27,9%). A média do salário familiar mensal é de R\$ 5.529,00 e a média do salário individual mensal gira em torno de R\$2.834,00. Quanto à quantidade de horas trabalhadas por semana, a média corresponde a 50 horas semanais.

O tempo que cada participante exerce sua atividade laboral em instituição de saúde é variável. Alguns exercem sua atividade de trabalho entre 1 e 2 anos (29,7%), enquanto, 21,6% trabalham há menos de 1 ano e 18,9% de 6 a 10 anos. As instituições onde trabalham são em sua grande parte estaduais, seguidas pelas federais, privadas e municipais. Quando se trata do tipo de vínculo empregatício, constata-se que 36,8% são servidores públicos e 21,1% são empregados com carteira assinada.

### 3.8 Aspectos Éticos

O estudo de número 2520 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (CEP/HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ANEXO A). Antes da realização da coleta de dados foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) ao participante da pesquisa, conforme a Resolução nº 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). Somente após a aceitação e a assinatura do termo foi realizado o preenchimento do questionário. Também foi explicitado que a participação é voluntária e que a qualquer momento pode desistir de participar da pesquisa sem ônus.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Revisão bibliográfica dos instrumentos

O primeiro levantamento dos estudos em bases de dados *on line* resultou num total de 544 resultados. Após a leitura dos resumos foram selecionados 53 estudos, sendo os demais excluídos por não terem como objeto de pesquisa o uso de álcool e drogas por trabalhadores. Foi realizada uma nova verificação quanto à duplicidade de resultados e a necessidade de ser um artigo oriundo de pesquisa, excluindo-se mais 34 artigos. O conjunto de textos analisados compreendeu 19 trabalhos, os quais estão apresentados no quadro 2 segundo suas características.

Os resultados são apresentados segundo tipo de produção (dissertação/tese ou artigo), desenho do estudo (transversal ou longitudinal, epidemiológico ou clínico, descritivo ou inferencial), tipo de instrumento de coleta de dados (questionário, roteiro de entrevista, formulário ou outro), características da população ou amostra do estudo (trabalhadores do setor de serviço, indústria ou agricultura), e distribuição temporal (no período compreendido de 1998 a 2008). Segue os resultados da análise descritiva do conjunto de textos analisados.

No que se refere à base de dados consultada, a maior parte dos estudos analisados provém do MEDLINE (47,4%), seguindo-se a base SciELO (21,1%) e o Banco de Teses e Dissertações da CAPES (15,8%).

A maioria dos estudos propõe abordagem quantitativa de pesquisa (89%), enquanto, 11% são quanti-qualitativos. Em relação a natureza da produção, 84% (n=16) dos estudos selecionados são artigos e, 16% (n=03) são dissertações de mestrado. Não foi identificada nenhuma tese de doutorado.

A quantidade de autores varia de um a mais de três, sendo dois autores em grande parte dos artigos (31,6%), seguido de três (26,3%) e mais de três (26,3%). Os únicos estudos que apresentaram apenas um autor são as dissertações. Os autores foram identificados segundo sua inserção institucional informada: docente (57,9%), aluno de pós-graduação (15,8%), docente e aluno (10,5%) e não especificado (15,8%).

Os tipos de estudos mais freqüentes foram: transversal (31,6%), descritivo (26,3%) e exploratório (21,1%). A amostra das pesquisas refere-se em grande parte a trabalhadores do

setor de serviços (37%), seguindo-se dos não especificados (37%). Constata-se, ainda, um reduzido número de pesquisas em indústrias (26%).

Em relação aos campos de pesquisa, ou seja, aos locais de coleta de dados, quatro estudos foram realizados no setor de serviços, e dois nas indústrias. O item denominado "outro" no formulário agrupa locais como: postos de combustíveis, shows e paradas de caminhoneiros, escolas, domicílio do respondente, sindicato, centro de recuperação de toxicômanos e alcoólatras. Este item representa os locais mais estudados nos artigos analisados.

O instrumento de coleta de dados mais utilizado foi o questionário (n=11), representando 57,9% do total pesquisado, seguido pela entrevista estruturada (n=6), correspondendo a 31,6%. Em duas pesquisas, houve a utilização de duas técnicas concomitantes, a entrevista em grupo focal e a aplicação de um questionário.

Na distribuição segundo o ano de publicação, os resultados foram agrupados por biênio. Nesta distribuição, há crescente produção ao longo da década, com 31,6% dos estudos publicados na faixa 2004 a 2006 e 36,8% publicados entre 2006 e 2008.

Os resultados quanto aos tipos de questionários e instrumentos utilizados nos estudos analisados são descritos a seguir, em ordem cronológica.

*Estudo 1* – o estudo focalizou as dimensões da crença, do apoio social, e a probabilidade de um funcionário procurar o Programa de Assistência ao Empregado (EAP), devido a algum problema relacionado ao hábito de beber. A pesquisa foi realizada com sindicalizados de fábricas de máquinas pesadas na central estadual dos Estados Unidos (EUA). O formulário utilizado para a entrevista constitui uma escala que mensura: idade, nível de escolaridade, gênero, etnia, tipo de emprego (assalariado ou pagamento por hora); a probabilidade de procurar o EAP em caso de problemas com bebidas; sobre o suporte social; sobre a eficácia do EAP; sobre o incentivo ao trabalhador procurar o EAP por parte do supervisor; sobre as consequências negativas ao usar o EAP; sobre o consumo de álcool durante a jornada de trabalho; sobre o hábito de beber (no geral e pesado) (DELANEY; GRUBE; AMES, 1998).

*Estudo 2* – foi testada a hipótese de uma associação entre migração recente, trabalho na indústria petroquímica e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas em trabalhadores do setor industrial da região metropolitana de Salvador, Bahia, avaliando o papel de variáveis socioeconômicas e demográficas como confundidoras ou modificadoras do efeito. Os dados sócio-demográficos e familiares de cada indivíduo foram registrados em uma Ficha Familiar.

Os seguintes instrumentos foram utilizados: História Migratória e Ocupacional (HMO) e Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA). (SANTANA et al., 1998).

*Estudo 3* – estudou-se o papel moderador de razões evasivas para o uso de bebidas alcoólicas devido ao estresse laboral e à problemas de relacionamento. Os dados da pesquisa foram coletados aleatoriamente em uma organização de grande porte em trabalhadores de todas as posições. Os participantes responderam perguntas relativas ao estresse no trabalho, razões para beber, uso de álcool, e problemas relacionados ao álcool. O questionário utilizado foi desenvolvido após uma série de entrevistas e de grupos focais para explorar a percepção dos trabalhadores quanto a uma variedade de tópicos relacionados com o trabalho (GRUNBERG et al., 1999).

Uma versão abreviada da Escala Geral de Stress (SIG) foi utilizada para avaliar os sentimentos gerais dos trabalhadores relacionados ao estresse no trabalho. Foi medida a percepção global do trabalhador em relação ao seu emprego, utilizando uma escala de 3 pontos, ou seja, “sim”, “não”, “não pode decidir”. Os escores totais são computados pela soma dos pontos: 03 pontos para uma resposta “sim”, 0 pontos para uma resposta “não”, e 02 pontos para uma resposta “não pode decidir”. Quanto maior for o escore total, significa maiores níveis de estresse relacionados ao trabalho (GRUNBERG et al., 1999).

*Estudo 4* – avaliou-se a eficácia do treinamento para prevenção ao uso de substâncias psicoativas no trabalho. O estudo teve objetivos de curto prazo e de longo prazo. Primeiramente, foi explorado a atitude, o conhecimento, e as variáveis relacionadas ao clima de trabalho, os quais podem mudar a curto prazo e foram medidos duas semanas após o treinamento. Em segundo lugar, foram avaliados se as remessas e o comportamento em procurar ajuda mudaram a longo prazo ou 6 meses após o treinamento. Esperava-se estabelecer uma ligação entre as atitudes em curto prazo ou as variáveis climáticas e os objetivos a longo prazo. O estudo foi realizado em um município suburbano de porte médio, no sudoeste dos EUA, com aproximadamente 450 trabalhadores (excluindo a polícia e os bombeiros). Foi aplicado um questionário intitulado “Employee Health and Performance in the Workplace”, por uma equipe treinada. O questionário foi aplicado a grupos de funcionários durante a jornada de trabalho em três fases: 2 a 4 semanas antes do treinamento (pré-teste); 2 a 4 semanas após o treinamento (pós-teste); e 6 meses depois do pós-teste (BENNETT; LEHMAN, 2001).

*Estudo 5* – visou investigar o impacto de problemas relacionados ao alcoolismo sobre o emprego, analisando uma amostra aleatória de homens e mulheres que possuem maior tempo de serviço em seis estados do Sul dos EUA (Alabama, Arkansas, Geórgia, Louisiana,

Mississippi e Tennessee). Foram usadas técnicas de amostragem aleatórias para identificar os participantes da pesquisa, os quais foram entrevistados por telefone, aplicando-se uma problemática sobre alcoolismo. A entrevista também incluiu questões relacionadas ao emprego e informações demográficas, como idade, sexo, raça/etnia, estado civil, tamanho da família, educação, localização geográfica (rural ou urbana e distrito de residência), experiência em serviço militar, e estado de saúde geral (FENG et al., 2001).

*Estudo 6* – avaliaram a utilidade do Teste de Identificação de Transtorno por uso de Álcool (AUDIT) e do CAGE para a identificação do beber em binge ou beber pesado episódico (esta forma de consumo do álcool é caracterizada pelo uso de cinco doses ou mais para os homens e quatro doses ou mais para as mulheres em uma única ocasião) entre trabalhadores altamente qualificados. Tanto o AUDIT quanto o CAGE são ferramentas amplamente utilizadas na avaliação de rastreio de problemas relacionados ao álcool. O AUDIT foi desenvolvido especificamente para avaliar problemas relacionados ao hábito de beber. Enquanto, o CAGE é um instrumento padronizado de rastreio para a detecção de dependência do álcool (MATANO et al., 2003).

Para avaliar a utilidade de uma ferramenta de rastreio como o AUDIT ou o CAGE na detecção do beber em binge, dois critérios foram considerados: sensibilidade e especificidade. Sensibilidade é a percentagem de pessoas identificadas com precisão apresentando uma condição específica, é importante porque indica quão bem o instrumento atua na identificação do uso binge. Já, a especificidade é a percentagem de pessoas avaliadas rigorosamente como não tendo tal condição, e indica como o instrumento atua em identificar aqueles que devem ser excluídos por terem a referida condição (MATANO et al., 2003).

O AUDIT alcançou uma sensibilidade de 35% na identificação dos entrevistados que relataram o uso binge de álcool, e uma especificidade de 98% em identificar com precisão os respondentes que não relataram o uso binge. Portanto, nem o AUDIT e nem o CAGE alcançaram a sensibilidade adequada, bem como a especificidade, como instrumentos de rastreio de avaliação do beber em binge. Um método mais preciso para avaliar o beber em binge parece estar ligado diretamente ao questionamento do consumo de maior número de bebidas alcoólicas em uma única ocasião (MATANO et al., 2003).

*Estudo 7* – avaliou-se os indicadores de validade do CAGE – sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo etc. – entre funcionários da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP), utilizando a Entrevista Clínica Estruturada (SCID 2.0) para a 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV). Foi aplicado um questionário sócio-demográfico seguido do CAGE e da SCID 2.0. Os



indicadores de validade do CAGE foram analisados através dos resultados da SCID 2.0 para abuso e dependência do álcool (AMARAL; MALBERGIER, 2004).

O CAGE é um instrumento utilizado para a detecção de Problemas Relacionados ao uso do Álcool (PRA). Apresentou menos falsos positivos na detecção de PRA (abuso e dependência) que na detecção de dependência do álcool isoladamente. Foi considerado válido na detecção de PRA no local de trabalho. Demonstrou ser um instrumento pouco intimidativo, de aplicação fácil e rápida (AMARAL; MALBERGIER, 2004).

*Estudo 8* – refere-se a uma dissertação de mestrado que tem como objetivo caracterizar os fatores de risco advindos do trabalho, associados ao histórico de dependência ou abuso de substâncias psicoativas, em pacientes de quatro centros de recuperação e de membros da irmandade Alcoólicos Anônimos da Grande Florianópolis. Foi construída uma escala tipo Likert denominada “Inventário dos Fatores de Risco do Trabalho Associados ao Abuso de Substâncias Psicoativas”, composta de 62 afirmativas. A escala tipo Likert é composta por itens que indicam atitudes positivas e negativas sobre um fenômeno, em que cada item se classifica ao longo de um contínuo de cinco pontos que variam em intensidade. Também foi criado um questionário estruturado a fim de medir as características sócio-ocupacionais e as características do uso de substâncias psicoativas e do tratamento dos participantes da pesquisa (sexo, escolaridade, religião, ocupação profissional, turno de trabalho, exigência física, intelectual e emocional). (BAUMER, 2004).

*Estudo 9* – estudaram os resultados de um programa de prevenção ao abuso de substância no trabalho. Avaliaram os efeitos do programa de saúde no ambiente de trabalho e do EAP. Foi utilizado o questionário "Health Behavior Questionnaire" (HBQ), validado pelos pesquisadores em estudos anteriores. O HBQ mensura o uso de álcool e atitudes; prescrição e consumo de drogas ilícitas; opiniões sobre saúde, bebidas, e uso de drogas; mecanismos e estratégias para alívio do estresse; e utilização dos serviços de saúde e do EAP. O abuso de substâncias e problemas de saúde mental foram identificados através da 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças, Modificação Clínica (CID-9-CM). (DEITZ; COOK; HERSCH, 2005).

*Estudo 10* – propôs monitorar e caracterizar as mudanças na inatividade física de lazer e outros fatores de risco à saúde (percepção negativa de estresse, tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e excesso de peso corporal) em trabalhadores industriais do Estado de Santa Catarina. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados o “Questionário Estilo de Vida e Hábitos de Lazer/Industriários”, construído e validado por Barros apud Fonseca (2005, p. 48). Foi adaptado devido a mudança no sistema de digitação que passou de manual para

leitura óptica. Outras substituições, inclusões e exclusões de perguntas também foram efetuadas. O questionário não continha campos que permitissem a identificação do respondente. Realizou-se a aplicação do instrumento em pequenos grupos, exceto para os trabalhadores de baixa escolaridade, que foram entrevistados individualmente (FONSECA, 2005).

*Estudo 11* – Pinho (2005) propõe em sua dissertação investigar o uso de estimulantes, as queixas relacionadas ao sono e o estado de humor de 300 motoristas de caminhão oriundos de todo o Brasil. Foram aplicados os seguintes questionários: Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP); Escala de Sonolência de Epworth (ESE); Questionário sobre o uso de medicamentos e drogas; Questionário Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.); Inventário Beck para Depressão (Beck Depression Inventory – BDI).

O IQSP é uma escala que avalia a qualidade do sono. É composta por 18 questões auto-avaliativas que formam sete componentes de pontuação: 1) qualidade de sono subjetiva; 2) latência de sono; 3) duração de sono; 4) eficiência do sono habitual; 5) distúrbios do sono; 6) uso de medicação para dormir; e 7) disfunções no período do dia. Para cada componente atribui-se uma pontuação de zero a três, onde zero indica nenhuma dificuldade e, três, dificuldade severa. O escore global é formado pela adição dos sete componentes variando de zero a vinte e um pontos. Um escore global superior a cinco indica má qualidade do sono (PINHO, 2005).

A escala ESE avalia a sonolência excessiva. Tem como finalidade identificar a possibilidade de adormecer durante oito situações rotineiras. A probabilidade de adormecer em cada situação varia de zero a três pontos, significando nenhuma chance até grande chance de adormecer. O escore global apresenta valor mínimo de 0 e máximo de 24. Um escore global maior ou igual a dez é indicativo de sonolência diurna excessiva (PINHO, 2005).

O questionário sobre o uso de medicamentos e drogas foi elaborado pela autora. Propõe avaliar o uso de estimulantes, de tabaco, de medicamentos em geral, e de drogas de abuso; o vínculo empregatício, os aspectos sócio-demográficos, a ocorrência de acidentes e suas causas, entre outras questões (PINHO, 2005).

O questionário M.I.N.I. tem como finalidade a detecção do estado de depressão entre os profissionais. Constitui uma entrevista diagnóstica para distúrbios psiquiátricos, padronizada de acordo com os critérios da 3ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-III), DSM-IV e da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Foi utilizado apenas o módulo A (Episódio Depressivo Maior), dentre os 16 módulos que compõem o questionário.

Quando se obtém um resultado positivo para depressão, pode-se aplicar o BDI para avaliar o grau da mesma (PINHO, 2005).

O BDI é um instrumento amplamente utilizado em pesquisas e na prática clínica. Foi utilizado para avaliar o grau de estado depressivo previamente diagnosticado pelo M.I.N.I. É composto por 13 questões, cada uma com quatro alternativas variando de zero a três pontos. O entrevistado escolhe qual das alternativas mais se assemelha com seus sentimentos nos últimos sete dias. O escore global apresenta valor mínimo de 0 e máximo de 39 pontos. O grau do estado depressivo é classificado da seguinte forma: depressão mínima (zero a quatro pontos); depressão leve (cinco a sete pontos); depressão moderada (oito a quinze pontos); e depressão grave (acima de dezesseis pontos). (PINHO, 2005).

*Estudo 12* – estimaram a prevalência de consumo de álcool e do alcoolismo entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. Aplicou-se, em sala de aula, um questionário de auto-preenchimento, sem a presença do professor. O instrumento adotado foi adaptado à realidade brasileira e testado no contexto cuiabano. Foram acrescentadas questões sobre alcoolismo, trabalho e família (SOUZA; ARECO; SILVEIRA FILHO, 2005).

Para detecção do alcoolismo, utilizou-se o teste CAGE, com ponto de corte de duas ou mais respostas afirmativas, o que sugere “rastreamento positivo” para abuso ou dependência de álcool. Trata-se de escala composta de quatro perguntas sobre o uso de bebidas alcoólicas, que são: 1) *Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?* 2) *As pessoas o incomodam porque reclamam do seu modo de beber?* 3) *Você já se sentiu culpado pela maneira com que costuma beber?* 4) *Você bebe pela manhã para diminuir a ressaca ou o nervosismo?* (SOUZA; ARECO; SILVEIRA FILHO, 2005).

*Estudo 13* – foi realizado um estudo com trabalhadores do serviço de coleta de lixo na periferia da região sul do município de São Paulo, com o intuito de descrever o consumo de álcool utilizando um instrumento chamado “Questionário: Relação do Consumo de Álcool com a Profissão” (QRCAP). É baseado no AUDIT, para identificar e estratificar o alcoolismo, e foi elaborado por uma das autoras do artigo. O QRCAP além de pontuar a frequência, a quantidade, a dependência, danos e conseqüências do consumo de álcool; avalia a relação do consumo etílico com o trabalho exercido por esses profissionais, identificando os motivos de iniciação do vício, o uso ou não de álcool durante o expediente de trabalho, os sintomas relacionados à ingestão de álcool e os temores dos sujeitos diante do vício (MABUCHI et al., 2007).

*Estudo 14* – estudaram as relações existentes entre a violência no ambiente de trabalho e uso de drogas por mulheres, assim como, a percepção das mulheres trabalhadoras em relação a violência no local de trabalho e o uso de drogas. Os instrumentos utilizados foram: Questionário sobre Violência no Trabalho, desenvolvido pela International Labour Office et al. apud Musayón Oblitas e Caufield (2007) e outras organizações, o mesmo foi adaptado para o presente estudo através da autorização dos autores; e um Guia para Entrevista em Profundidade, elaborado pelos pesquisadores a fim de orientar a entrevista e obter apenas informações necessárias para a investigação. O roteiro de entrevista tinha 11 questões abertas, e permitia ao entrevistador incluir outras questões pertinentes.

*Estudo 15* – a incidência do uso de álcool e anfetaminas entre caminhoneiros de estrada foi analisada neste estudo. Os caminhoneiros foram abordados em um posto de combustíveis em Passos, Minas Gerais, quando eram atendidos em uma unidade móvel de saúde. Utilizou-se um questionário anônimo contendo 19 questões de múltipla escolha, abordando condições de trabalho (tempo de profissão, período em que costuma trafegar, horas trabalhadas por dia e horas de descanso) e uso de álcool e anfetaminas (frequência, motivação e local de uso, local de aquisição e se já teve algum acidente na estrada). (NASCIMENTO, E.C.; NASCIMENTO, E.; SILVA, 2007).

*Estudo 16* – buscaram conhecer de que maneira os fatores pessoais, biológicos, socioculturais e o afeto influenciam no consumo de álcool entre os trabalhadores de uma indústria petroquímica no sul de Veracruz, México. Utilizaram uma ficha de dados pessoais, biológicos e culturais, e dois instrumentos: o AUDIT e o Questionário de Afeto Relacionado ao Consumo de Álcool (CARCA), adaptado de uma escala de Adjetivos Múltiplos de Afeto. A escala de afeto positivo oscila entre 9 e 36 pontos, e a escala de afeto negativo oscila entre 10 e 40 pontos, onde a maior pontuação significa maior afeto (CORTAZA RAMÍREZ; ALONSO CASTILLO, 2007).

O AUDIT é um teste com validação transcultural para identificar o consumo excessivo de álcool, consta de 10 perguntas e examina o uso de álcool durante os últimos 12 meses. Suas perguntas têm a finalidade de identificar a frequência e a quantidade do consumo de álcool, a possibilidade de que haja dependência, e um consumo danoso de álcool. Apresenta um valor máximo de 40 pontos e um valor mínimo de 0, uma maior pontuação significa mais consumo de álcool, dependência e dano (CORTAZA RAMÍREZ; ALONSO CASTILLO, 2007).

*Estudo 17* – buscou-se comparar a prevalência do uso recente de substâncias psicoativas na população de adolescentes trabalhadores e não trabalhadores, matriculados na

rede estadual de educação básica da área urbana de Cuiabá, Mato Grosso. Para a coleta de dados empregou-se o questionário utilizado no “IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras”, o qual foi adaptado a realidade brasileira por Galduróz, Nodo e Carlini apud Souza e Silveira Filho (2007) e testado no contexto cuiabano por Souza e Martins apud Souza e Silveira Filho (2007). A sua aplicação se deu em sala de aula, sem a presença do professor, por acadêmicos treinados da área de saúde da Universidade Federal de Mato Grosso. O instrumento procurava identificar o uso recente (consumo realizado uma ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a aplicação do questionário) de álcool e outras drogas, a idade do primeiro uso, dados sócio-demográficos, dados escolares e dados de comportamento de saúde, como a prática de esportes.

O HMO incluía perguntas sobre o tipo e época de cada uma das ocupações e empregos anteriores. O QMPA foi utilizado para identificar os usuários de bebidas alcoólicas. É um instrumento desenvolvido por Santana, e que tem sido amplamente utilizado em pesquisas populacionais sobre distúrbios mentais. Suas principais vantagens são simplicidade e rapidez na aplicação, possibilitada pelo uso de um informante secundário e não necessariamente a pessoa índice, nem sempre encontrada durante as visitas domiciliares. Além disso, apresenta adequação à linguagem coloquial empregada pela população (SANTANA et al., 1998).

*Estudo 18* – pesquisaram acerca do abuso de drogas e álcool em caminhoneiros de longo percurso. Os participantes preencheram um questionário sobre a segurança no trabalho desenhado pela equipe de pesquisa intitulado: “Work-Related Safety and Violent Victimization Survey”. Além disso, as seguintes escalas também foram utilizadas: Escala de Conflitos Táticos (escala tipo Likert utilizada para medir o raciocínio, agressão verbal, e violência nos relacionamentos); avaliação de assédio no local de trabalho; monitoramento da tensão dos caminhoneiros (escala tipo Likert para medir fadiga relacionada ao trabalho e problemas do sono); escala de percepção do estresse (mede estresse na vida); CAGE; e as características demográficas, como idade, sexo, anos de condução, e fatores socioeconômicos (ANDERSON; RILEY, 2008).

*Estudo 19* – buscou-se determinar a extensão, o padrão e os fatores preditores da morbidade psicológica e o esgotamento (síndrome de *burnout*) entre profissionais que abusam de substâncias psicoativas. A morbidade psicológica foi definida com a pontuação no General Health Questionnaire - 12 (GHQ-12) – um instrumento composto por 12 itens, sendo que cada item respondido em termos do quanto a pessoa tem experimentado os sintomas descritos, traduz as respostas dadas em uma escala de quatro pontos. Quanto maior a pontuação total indica melhor nível de saúde mental (OYEFESO; CLANCY; FARMER, 2008).

Enquanto, a síndrome de *burnout*, constituída por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, foi medida com a aplicação do Maslach Burnout Inventory (MBI). É um instrumento utilizado exclusivamente para avaliação da síndrome, “avalia índices de *burnout* de acordo com os escores de cada dimensão, sendo que altos escores em exaustão emocional e descrença e baixos escores em eficácia profissional indicam alto nível de *burnout*” (CARLOTTO; CÂMARA, 2006, p. 168).

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), os questionários são menos custosos, exigem menos tempo e esforço para administrar, e têm como vantagem a possibilidade do anonimato, que pode ser crucial na obtenção de informações sobre comportamentos ilegais ou desviados, ou sobre características embaraçosas. Principalmente, quando se investiga o padrão de consumo de álcool e outras drogas entre trabalhadores, pois pode ser de especial interesse metodológico, já que o trabalhador tende a sentir-se julgado e intimidado pelo tema abordado, imaginando que eventuais sanções trabalhistas possam decorrer dos resultados do estudo.

Em contraposição, na entrevista face a face o índice de resposta tende a ser mais alto, pois os respondentes têm menos probabilidade de ignorar um questionário, mas corre-se o risco de parcialidade por parte do entrevistador (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Como síntese dos resultados, o questionário foi o instrumento de coleta de dados mais utilizado pelos estudos, e observou-se uma busca pela mensuração de características sócio-demográficas, ocupacionais e psicossociais para associação com os índices de prevalência de consumo e padrão de uso de álcool e drogas.

O CAGE e o AUDIT foram os instrumentos mais destacados, principalmente, por serem ferramentas utilizadas na avaliação de rastreio de problemas relacionados ao uso do álcool. Sabe-se que o hábito de beber se faz presente em todas as sociedades do mundo, constituindo-se na principal causa de absenteísmo no trabalho e de concessão de auxílio-doença pela Previdência Social. No que se refere ao uso de escalas e questionários sobre variáveis de trabalho, estas foram, na sua maioria, obtidas a partir de aspectos subjetivados pelo trabalhador, tais como as escalas de burnout e estresse.

Também chama a atenção o fato da maior parte dos estudos analisados serem recentes, o que pode estar relacionado ao aumento do consumo de álcool e outras drogas pela população mundial. Isto pode ser uma evidência que os problemas relacionados ao uso de drogas estão se apresentando mais atualmente, decorrente do modo de produção impulsionado pelo mercado, com conseqüente aumento de intensidade e ritmo sobre a atividade de trabalho. E, ainda, pressupõe-se que os estudos realizados no setor de serviço revelam-se de forma mais acessível, comparado a proporção de estudos realizados nas indústrias.

| Nº | Data de publicação | Desenho metodológico referenciado | População estudada                                                                                               | Questionário utilizado                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|--------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 1998               | Transversal                       | Sindicalizados de fábricas de máquinas pesadas na central estadual dos EUA.                                      | Escala (idade, nível de escolaridade, gênero, etnia, suporte social, eficácia do Programa de Assistência ao Empregado (EAP), incentivo ao trabalhador procurar o EAP, consumo de álcool durante a jornada de trabalho, hábito de beber                          |
| 2  | 1998               | Epidemiológico                    | Trabalhadores do setor industrial da região metropolitana de Salvador - BA.                                      | Ficha Familiar (dados sócio-demográficos e familiares); História Migratória e Ocupacional (HMO); e Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (OMPA).                                                                                                    |
| 3  | 1999               | Exploratório                      | Trabalhadores de uma organização de grande porte.                                                                | Questionário (estresse no trabalho, razões para beber, uso de álcool, e problemas relacionados ao álcool); Escala Geral de Stress (SIG).                                                                                                                        |
| 4  | 2001               | Epidemiológico                    | Trabalhadores do setor industrial e de serviço.                                                                  | Questionário "Employee Health and Performance in the Workplace".                                                                                                                                                                                                |
| 5  | 2001               | Longitudinal                      | Trabalhadores do setor industrial e de serviço.                                                                  | Entrevista (informações demográficas e sobre o emprego, educação, localização geográfica - rural ou urbana, distrito de residência, experiência em serviço militar, e estado de saúde geral)                                                                    |
| 6  | 2003               | Descritivo                        | Trabalhadores.                                                                                                   | AUDIT e o CAGE.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 7  | 2004               | Exploratório                      | Funcionários da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP).                                         | Entrevista Clínica Estruturada (SCID 2.0); Questionário sócio-demográfico; e o CAGE.                                                                                                                                                                            |
| 8  | 2004               | Descritivo                        | Pacientes de centros de recuperação e membros da irmandade Alcoólicos Anônimos da Grande Florianópolis.          | Escala "Inventário dos Fatores de Risco do Trabalho Associados ao Abuso de Substâncias Psicoativas"; e Questionário (características sócio-ocupacionais, características do uso de substâncias psicoativas e do tratamento dos participantes).                  |
| 9  | 2005               | Quase-experimental                | Trabalhadores.                                                                                                   | Questionário "Health Behavior Questionnaire" (HBQ).                                                                                                                                                                                                             |
| 10 | 2005               | Transversal                       | Trabalhadores industriais do Estado de Santa Catarina.                                                           | "Questionário Estilo de Vida e Hábitos de Lazer/Industriários".                                                                                                                                                                                                 |
| 11 | 2005               | Descritivo                        | Motoristas de caminhão do Brasil.                                                                                | Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP); Escala de Sonolência de Epworth (ESE); Questionário sobre o uso de medicamentos e drogas; Questionário M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview); Inventário Beck para Depressão (Beck Depress |
| 12 | 2005               | Descritivo                        | Estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores da rede estadual de ensino de Cuiabá - MT.             | Questionário para caracterização do consumo de substâncias psicoativas e o CAGE.                                                                                                                                                                                |
| 13 | 2007               | Descritivo                        | Trabalhadores do serviço de coleta de lixo na periferia da região sul do município de São Paulo.                 | "Questionário: Relação do Consumo de Álcool com a Profissão" (QRCAP).                                                                                                                                                                                           |
| 14 | 2007               | Exploratório e Descritivo         | Mulheres trabalhadoras.                                                                                          | Questionário sobre Violência no Trabalho e Guia para Entrevista em Profundidade.                                                                                                                                                                                |
| 15 | 2007               | Exploratório                      | Caminhoneiros de estrada.                                                                                        | Questionário (condições de trabalho - tempo de profissão, período em que costuma trafegar, horas trabalhadas por dia e horas de descanso, uso de álcool e anfetaminas).                                                                                         |
| 16 | 2007               | Descritivo e Correlacional        | Trabalhadores de uma indústria petroquímica no sul de Veracruz - México.                                         | Ficha de dados pessoais, biológicos e culturais; AUDIT; e o Questionário de Afeto Relacionado ao Consumo de Álcool (CARCA).                                                                                                                                     |
| 17 | 2007               | Transversal                       | Adolescentes trabalhadores e não trabalhadores da rede estadual de educação básica da área urbana de Cuiabá - MT | Questionário do "IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras"; HMO; e QMPA.                                                                                                                              |
| 18 | 2008               | Transversal                       | Caminhoneiros de longo percurso.                                                                                 | Questionário "Work-Related Safety and Violent Victimization Survey"; Escala de Conflitos Táticos; Avaliação de assédio no local de trabalho; Monitoramento da tensão dos caminhoneiros; Escala de percepção do estresse; CAGE; e Características demográficas   |
| 19 | 2008               | Transversal                       | Trabalhadores.                                                                                                   | General Health Questionnaire - 12 (GHQ-12); e Maslach Burnout Inventory (MBI).                                                                                                                                                                                  |

Quadro 2 - Características dos estudos selecionados. Rio de Janeiro, 2010

## 4.2 Elaboração do Instrumento de coleta de dados

O questionário formulado foi dividido em cinco partes, a saber: I - informações sócio-demográficas; II - informações ocupacionais; III - informações sobre o consumo de álcool e outras drogas; IV - informações sobre o estresse laboral; e V - informações sobre a realização de programa de prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas pela instituição de saúde.

Muitas perguntas foram adaptadas de instrumentos utilizados em pesquisas anteriores, principalmente, de estudos de âmbito nacional para facilitar a comparação dos achados. Outras foram desenvolvidas pertinentes ao que se desejava estudar. As escalas AUDIT e Job Stress Scale (JSS) foram escolhidas por serem utilizadas em diversos estudos nacionais e internacionais, propiciando verificar se existe relação entre condições de trabalho e uso de álcool.

A seguir vamos descrever como foi realizada a elaboração de cada parte do questionário, assim como, as referências e instrumentos de coleta de dados utilizados como base para a construção do questionário.

- Parte I – Informações Sócio-Demográficas

Corresponde ao levantamento sócio-demográfico do trabalhador, versa levantar informações sobre faixa etária, sexo, cor ou etnia, estado civil, religião, escolaridade, nacionalidade, naturalidade, número de filhos, renda familiar, renda individual e condições de moradia. Compreende as questões 1 a 14, sendo 6 questões abertas e 13 fechadas.

- Parte II – Informações Ocupacionais

Procura-se identificar algumas características ocupacionais relativas ao tempo que trabalha na instituição de saúde, a quantidade de horas trabalhada por semana, tipo de contratação, o setor em que trabalha, se possui outro emprego, a quantidade de horas trabalhada por semana nesse outro emprego, e o grau de satisfação no trabalho. Nesta parte, 2 questões são abertas e 5 são fechadas; compreende as questões 15 a 20.



- Parte III – Informações sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas

Propõe identificar a prevalência e o padrão de consumo de drogas entre os trabalhadores. Está dividida em três partes: a) a primeira parte procura levantar informações sobre alguns tipos de drogas sejam elas lícitas ou ilícitas; b) a segunda está relacionada apenas ao uso do álcool; e c) a terceira está relacionada a situação de beber e dirigir. É composta por 37 perguntas fechadas e 4 abertas, compreendendo as questões 21 a 60.

Nessa parte as questões versam sobre a experimentação do uso de drogas alguma vez na vida, o tipo de drogas que já experimentou ou faz uso, a idade na primeira vez que experimentou drogas, tempo de uso de drogas, o tipo de situação em que faz o uso de droga, a frequência do uso de drogas, se já tentou controlar ou parar o uso de drogas, se alguma vez conseguiu interromper o uso de drogas e qual foi o período de abstinência, o local em que costuma usar maiores quantidades de bebidas alcoólicas, se apresenta algum problema decorrente do uso do álcool e qual é o problema, frequência em que dirigiu alcoolizado, entre outros.

Todavia também utilizamos um instrumento já validado e aplicado por outros pesquisadores chamado AUDIT (ANEXO B), muito utilizado para detecção de dependência do álcool e os problemas associados ao uso. Sua aplicação pode ser auto-aplicável, e por isso, foi integrado ao instrumento de coleta de dados. A formulação e o conteúdo das perguntas não sofreram alterações, porém para dar continuidade a numeração do questionário, suas questões foram numeradas entre 51 a 60.

Para se determinar dependência ou problemas relacionados ao uso de álcool pelo AUDIT, é realizado o somatório da pontuação, referente a opção marcada pelo respondente. Seu escore total varia de 0 a 40 pontos, onde uma maior pontuação significa mais consumo de álcool, dependência e dano. Quando o escore total varia de 8 a 15 pontos, significa nível médio de problemas relacionados ao álcool, e se o totalizar 16 pontos ou acima, representa alto nível de problemas relacionados ao alcoolismo.

Outras questões foram formuladas baseadas nas referências citadas a priori. Algumas perguntas basearam-se no ASSIST (ANEXO C). É um questionário usado na atenção primária com o intuito de realizar uma triagem do uso nocivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Porém, como não é auto-aplicável, apoiamos em suas perguntas para formular as questões 22, 26, 30 a 34.

- Parte IV – Informações sobre o Estresse Laboral

Essa parte é composta por um instrumento já validado, o Job Stress Scale (ANEXO D), versão reduzida e adaptada do Job Content Questionnaire (JCQ ou Questionário do Conteúdo do Trabalho).

O JCQ foi elaborado e validado por Karasek na década de 70, o qual é composto por 49 perguntas referentes aos aspectos psicossociais do trabalho. Geralmente, as opções de respostas são apresentadas em escalas tipo Likert, variando entre “concordo fortemente” e “discordo fortemente”. É considerado um instrumento aplicável a todos os tipos de trabalho, e já foi utilizado em estudos de diversos países. Atualmente existem várias traduções, inclusive em português. (KARASEK et al., 1998)

Tal questionário foi baseado no Modelo Demanda-Controle desenhado por Karasek. É um modelo bidimensional que relaciona os níveis de controle do trabalhador sobre o próprio trabalho e de demandas psicológicas oriundas do ambiente laboral e as repercussões sobre a estrutura psíquica e orgânica dos trabalhadores (REIS et al., 2006).

Demanda psicológica corresponde a situações de trabalho em que o trabalhador é exigido psiquicamente: concentração intensa, pressão do tempo para realização de tarefas, ritmo e volume de tarefas a serem realizadas (REIS et al., 2006).

O controle envolve duas dimensões (REIS et al., 2006): a) uso de habilidades: criatividade, aprendizado de coisas novas, tarefas diferentes e desenvolvimento de habilidades especiais; e b) autoridade decisória: liberdade de decidir como fazer as tarefas, possibilidade de opinar sobre o trabalho e de influenciar a política gerencial.

O modelo prevê a avaliação simultânea de níveis de controle e de demanda, conformando situações específicas de trabalho. Ao combinar níveis de demanda e controle, diferentes situações de trabalho são constituídas (REIS et al., 2006): a) alta exigência: alta demanda e baixo controle; b) trabalho ativo: alta demanda e alto controle; c) trabalho passivo: baixa demanda e baixo controle; e d) baixa exigência: baixa demanda e alto controle.

Graficamente, o Modelo Demanda-Controle é representado por quadrantes atravessados por dois eixos diagonais: Diagonal A e Diagonal B (ARAÚJO, T.M.; GRAÇA; ARAÚJO, E., 2003).

Diagonal A – assinala o risco de distúrbios de ordem psicológica e de doença física., ou seja, as reações adversas das exigências psicológicas, tais como fadiga, ansiedade, depressão e doença física, ocorrem quando a demanda do trabalho é alta e o grau de controle

do trabalhador sobre o trabalho é baixo (quadrante 1), como acontece no processo de trabalho em linhas de montagem (ARAÚJO, T.M.; GRAÇA; ARAÚJO, E., 2003).

Diagonal B – registra-se motivação para desenvolver novos padrões de comportamento, seria o vetor mais saudável, psíquica e fisicamente. Entretanto, o modelo prediz que trabalho na condição do quarto quadrante, definido como trabalho passivo, pode conduzir ao declínio na atividade global do indivíduo e à redução da capacidade de produzir soluções para as atividades e problemas enfrentados (ARAÚJO, T.M.; GRAÇA; ARAÚJO, E., 2003).

O esquema do Modelo Demanda-Controlé está disposto a seguir:

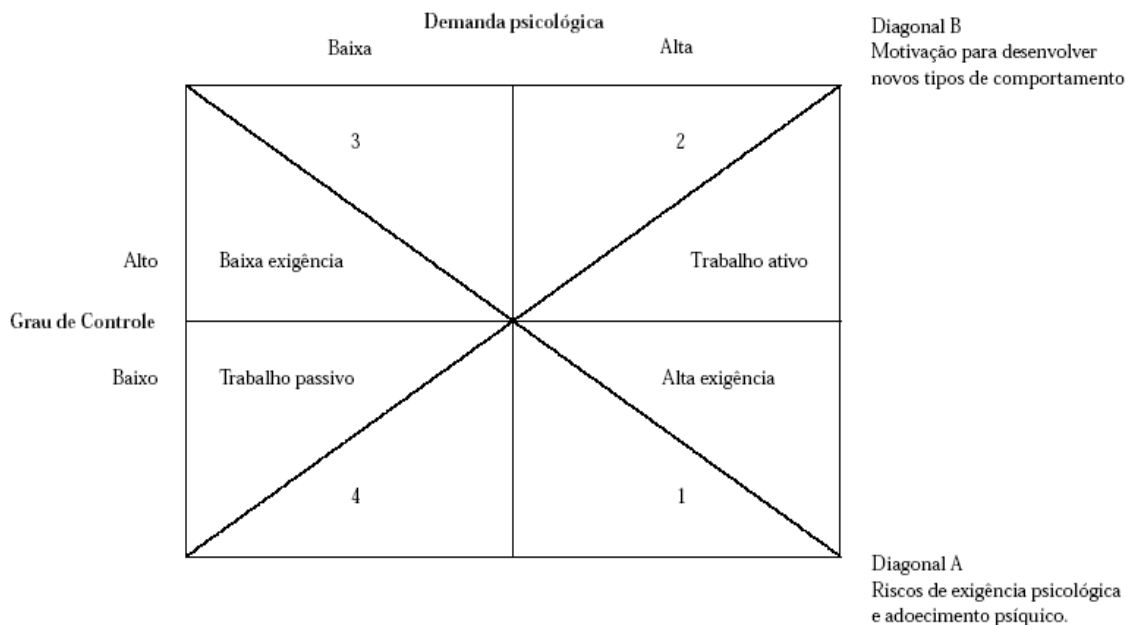


Figura 1 – Esquema do Modelo Demanda-Controlé desenhado por Karasek.

Fonte: ARAÚJO, T.M.; GRAÇA; ARAÚJO, E., 2003.

A versão reduzida do questionário JCQ originalmente elaborado por Karasek (49 perguntas), chamada “Job Stress Scale”, foi elaborada na Suécia por Töres Theorell em 1988, contendo 17 questões para avaliar demanda (5 questões), controle (6 questões) e apoio social (6 questões). A JSS foi traduzida e adaptada para o português no Brasil por Alves et al. (ALVES et al., 2004; MACEDO et al., 2007).

As questões sobre demanda referem-se a aspectos quantitativos, como tempo e velocidade para realização do trabalho; e um aspecto qualitativo do processo de trabalho, relacionado ao conflito entre diferentes demandas. Em relação à dimensão controle, algumas perguntas se referem ao uso e desenvolvimento de habilidades, e à autoridade para tomada de

decisão sobre o processo de trabalho. Para ambas as dimensões, as opções de respostas são apresentadas em escala tipo Likert (1-4), variando entre “frequentemente” e “nunca/quase nunca” (ALVES; et al., 2004; MACEDO et al., 2007).

A dimensão apoio social apresenta perguntas sobre as relações com colegas e chefes com quatro opções de resposta em escala tipo Likert (1-4), variando entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente” (ALVES et al., 2004; MACEDO et al., 2007).

O esquema do Modelo Demanda-Controle de Karasek adaptado por Theorell está disposto a seguir:

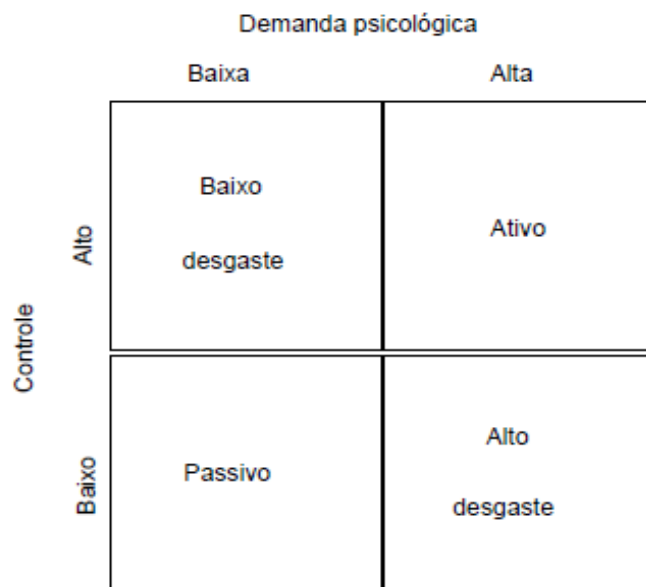


Figura 2 – Esquema do Modelo Demanda-Controle de Karasek adaptado por Theorell.

Fonte: ALVES et al., 2004.

A ampla utilização do JCQ promoveu a criação de um centro agregador de pesquisadores e de informações sobre o modelo: o JCQ Center. O JCQ Center mantém uma página na internet – <<http://www.uml.edu/Dept/WE>> – que permite a circulação de informações e a obtenção de dados atualizados sobre as pesquisas referenciadas nesse modelo (ARAÚJO, T.M.; GRAÇA; ARAÚJO, E., 2003).

Após a verificação que esse questionário já havia sido traduzido para o português e validado, pedimos autorização para a Universidade de Massachusetts, nos Estados Unidos, para utilizá-lo. Por se tratar de um estudo acadêmico (dissertação de mestrado) a Universidade não requisitou recursos financeiros para a sua aplicação.

Por motivo de continuidade na numeração do questionário desenvolvido nesse estudo, numeraram-se as 17 questões do JSS de 61 a 77. Não houve nenhuma alteração no formato e no conteúdo das questões, as quais são perguntas fechadas.

- Parte V – Informações sobre a realização de programa de prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas pela instituição de saúde

Em relação à parte V, visa mapear as formas de enfrentamento pela instituição de saúde diante do uso abusivo de drogas por seus trabalhadores, e conta com uma pergunta aberta à guisa de buscar elementos capazes de subsidiar estudos posteriores. Algumas perguntas versarão sobre: se a instituição faz uso de atividades educativas acerca do consumo de drogas; que atividades a instituição procura realizar a fim de reduzir a demanda pelo consumo de drogas; se existem bares/restaurantes que vendem bebidas alcoólicas próximo ao local de trabalho; sugestões que poderiam facilitar o desenvolvimento do trabalho; entre outras.

Essa parte também foi elaborada pelos autores do estudo, porém apoiou-se em materiais teóricos de pesquisas realizadas pela SENAD, pelo MS, e diversos outros estudos sobre a temática álcool e drogas. As perguntas compreendem 78 a 90. Apenas uma questão é aberta e as demais são fechadas.

Para uma melhor visualização das divisões do questionário elaborado e as referências utilizadas para pensar, criar ou adaptar perguntas, foi desenvolvido o quadro a seguir:

| <b>Dimensão</b>                                                                                                 | <b>Variáveis</b>                                                                                                                                                                                                                       | <b>Referências</b>                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Informações Sócio-Demográficas                                                                                  | Sexo, idade, cor ou etnia, religião, estado civil, grau de instrução, nacionalidade, naturalidade, n.º de filhos, renda familiar e individual, domicílio.                                                                              | IBGE (2007b); LIMA (2006); Laranjeira et al. (2007); Carvalho (2007)              |
| Informações Ocupacionais                                                                                        | Horas trabalhadas, tempo de trabalho na instituição, tipo de contratação, o grau de satisfação no trabalho.                                                                                                                            | IBGE (2007a); LIMA (2006); Kessler e Pechansky (2006)                             |
| Informações sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas                                                           | Uso de droga; tipo de droga; tempo que usa droga; idade de início do uso; tipo de situação que utiliza droga; frequência de uso de droga; abstinência; problema decorrente do uso do álcool e o tipo de problema; dirigir alcoolizado. | ASSIST; AUDIT; LIMA (2006); SENAD (2005a); SENAD (2006); Laranjeira et al. (2007) |
| Informações sobre o Trabalho                                                                                    | Controle sobre o trabalho; demanda para realizar o trabalho; apoio social.                                                                                                                                                             | Job Stress Scale                                                                  |
| Informações sobre a Instituição de Saúde e sobre a Realização de Medidas Educativas acerca do Consumo de Drogas | Desenvolvimento de programa de promoção/prevenção do uso do álcool pela instituição; atividades de promoção/prevenção ao uso de drogas realizadas pela instituição de saúde; e sugestões para melhoria do trabalho.                    | IBGE (2007b); Laranjeira et al. (2007); Carvalho (2007)                           |

Quadro 3 – Dimensões do questionário, variáveis utilizadas e respectivas fontes bibliográficas. Rio de Janeiro, 2010

### 4.3 Aplicação do Instrumento de coleta de dados

É importante relatar que nos deparamos com muitas dificuldades para a realização da pesquisa, principalmente, por se tratar de um estudo na área de Saúde do Trabalhador, para o qual se faz necessário a autorização da empresa ou empregador para se ter acesso aos funcionários.

Assim, várias empresas no Estado do Rio de Janeiro foram contatadas, porém não tivemos sucesso. A crise econômica mundial parece ter dificultado o acesso às empresas, pois diversas delas referiram estar em processo de reorganização interna ou em férias coletivas. Dessa forma, optamos por aplicar o questionário nas turmas de pós-graduação *latu sensu* da Faculdade de Enfermagem, pela possibilidade de acesso e pela proximidade do prazo estabelecido para qualificação e defesa da dissertação.

Os resultados serão apresentados através das respostas marcadas no questionário pelos participantes e pelas dificuldades no preenchimento descritas por estes. Aqui vamos nos deter

na análise das seguintes questões: parte II - 15 a 21; parte III - 22 a 42; e parte V - 70 a 79. A parte I (dados sócio-demográficos) já foi apresentada no sub-capítulo 4.7 para caracterização da população estudada. A parte III (questões 43 a 52 – AUDIT) e a parte IV (questões 53 a 69 – JSS) correspondem a escalas validadas previamente no contexto brasileiro. Sendo assim, os resultados e a análise das referidas escalas são apresentados nas seções posteriores.

Os resultados relativos às respostas das perguntas analisadas são trazidos como informação adicional, que, em alguns casos, permitiu a comparação com os resultados de outros estudos, ou seja, serviram como um tipo de “meta-análise”. Para fins desta pesquisa, isto possibilitou avaliar se a pergunta apresentou resultado aproximado ou, ao contrário, muito diferente do que foi obtido nos estudos de âmbito nacional. Embora se trate de uma amostra relativa a população específica, e obtida de modo intencional, consideramos importante evidenciar os resultados, também como forma de identificar possíveis questões para estudos posteriores.

Ressalta-se que o questionário elaborado dá mais destaque ao uso do álcool, por ser uma droga culturalmente difundida em nossa sociedade e, por isso, é considerada uma questão de saúde pública, devido à sua dimensão epidemiológica e por acarretar altos custos sociais e econômicos despendidos pelo governo, como, por exemplo, acidentes de trânsito, atendimento e internação hospitalar.

A questão 15 trata da quantidade de tempo, em anos, que o participante trabalha em instituição de saúde. É uma pergunta fechada que só admite uma única resposta. Não foi relatado por parte dos participantes dificuldades para responder a esta questão, embora percebe-se que seria necessário exemplificar no enunciado, que a informação questionada refere-se a instituição de saúde em que o profissional trabalha por mais tempo, delimitando, assim, a resposta e facilitando o preenchimento das questões posteriores (questões 16 a 21).

Verifica-se, então, que o enunciado da referida questão deve ser reformulado, tendo em vista reduzir as informações incompletas e a incompreensão da questão durante o preenchimento do questionário, uma vez que se propõe um instrumento auto-aplicável, este deve ser de fácil preenchimento e entendimento para o respondente, isto é, deve ser auto-explicativo.

Na tabela 4 é possível observar as respostas referente a questão 15. Uma grande parte dos alunos exercem sua atividade laboral de 1 a 2 anos (29,7%), 21,6% há menos de 1 ano e 18,9% já trabalham de 6 a 10 anos.

Tabela 4 - Distribuição da população segundo o tempo de atividade laboral em instituição de saúde. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Tempo de trabalho</b> | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|--------------------------|------------|--------------|
| menos de 1 ano           | 24         | 21,6         |
| de 1 a 2 anos            | 33         | 29,7         |
| de 3 a 5 anos            | 17         | 15,3         |
| de 6 a 10 anos           | 21         | 18,9         |
| mais de 10 anos          | 16         | 14,4         |
| <b>Total</b>             | <b>111</b> | <b>100,0</b> |

A questão 16 (tabela 5) admite mais de uma resposta e questiona o setor que o participante trabalha em instituição de saúde. A priori não era uma questão com possibilidade de marcar mais de uma opção, mas por não termos delimitado a questão anterior, os participantes acabaram marcando mais de uma resposta, uma vez que o profissional de saúde, geralmente, possui mais de um emprego.

Tabela 5 - Distribuição das respostas dos participantes de acordo com o setor de trabalho. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Setor de trabalho</b>     | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|------------------------------|------------|--------------|
| CTI geral                    | 17         | 11,2         |
| UTI neonatal                 | 13         | 8,6          |
| Pediatria                    | 12         | 7,9          |
| Enfermaria de clínica médica | 11         | 7,2          |
| Enfermaria cirúrgica         | 10         | 6,6          |
| Posto de saúde               | 7          | 4,6          |
| Obstetrícia                  | 6          | 3,9          |
| Unidade Coronariana          | 5          | 3,3          |
| Enfermaria infantil          | 4          | 2,6          |
| Supervisão                   | 4          | 2,6          |
| CTI cardíaco                 | 3          | 2,0          |
| Centro cirúrgico             | 3          | 2,0          |
| Nefrologia                   | 3          | 2,0          |
| PSF                          | 3          | 2,0          |
| Psiquiatria                  | 2          | 1,3          |
| Neurocirurgia                | 1          | 0,7          |
| Central de material          | 1          | 0,7          |
| Oftalmologia                 | 1          | 0,7          |
| Ortopedia                    | -          | -            |
| CCIH                         | -          | -            |
| Unidade de imagem            | -          | -            |
| DIP                          | -          | -            |
| Urologia                     | -          | -            |
| Pneumologia                  | -          | -            |
| Outro setor                  | 46         | 30,3         |
| <b>Total</b>                 | <b>152</b> | <b>100,0</b> |



É importante ressaltar que o total de participantes foram 111 alunos dos cursos de pós-graduação *latu sensu*. Porém, como os participantes marcaram mais de uma opção na questão 16, a tabela 5 retrata a proporção de respostas dos alunos.

No item “outro setor”, da questão 16, foi colocado uma lacuna ao lado do item para o respondente descrever o setor. Os setores mais descritos foram: emergência, docência/ensino e oncologia. Como se verifica na tabela 5, as opções mais marcadas foram: outro setor (30,3%), CTI geral (11,2%), UTI neonatal (8,6%), pediatria (7,9%) e enfermagem de clínica médica (7,2%). O total de setores identificados foi de mais de 20.

Nesta questão também há a necessidade de reformular o enunciado, para se ter uma resposta mais fidedigna. Deve ser exemplificado que a intenção da pergunta era identificar o setor de trabalho do participante, na instituição de saúde em que exerce sua atividade laboral por mais tempo. Mas, como isto talvez não estava suficientemente claro, acreditamos que houve respostas que acumulavam as informações de diversos empregos. Pode-se pensar que, em função desta confusão, os setores identificados foram tão numerosos; no entanto, somente a aplicação da questão reformulada permitirá verificar isto.

A questão 17 (tabela 6) investiga a quantidade de horas semanais que o trabalhador despende ao exercer sua atividade profissional em instituição de saúde. É uma questão aberta e também teve efeitos da não delimitação na questão 15 da instituição de saúde que o profissional trabalha por mais tempo. Dessa forma, vários participantes descreveram mais de uma carga horária de trabalho ou colocaram o somatório das horas trabalhadas por semana de mais de um emprego. Para evitar divergências entre os participantes que descreveram mais de uma carga horária de trabalho e aqueles que colocaram o somatório, optamos por apresentar o total de horas trabalhadas por semana por cada participante.

Tabela 6 - Distribuição da população segundo a quantidade de horas semanal trabalhada. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Carga horária semanal</b> | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|------------------------------|------------|--------------|
| 06   18                      | 5          | 4,5          |
| 18   30                      | 9          | 8,1          |
| 30   42                      | 30         | 27,0         |
| 42   54                      | 13         | 11,7         |
| 54   66                      | 26         | 23,4         |
| 66   78                      | 10         | 9,0          |
| 78   90                      | 7          | 6,3          |
| 90   102                     | 2          | 1,8          |
| 102   114                    | -          | -            |
| 114   126                    | -          | -            |
| 126   138                    | 1          | 0,9          |
| Não respondeu                | 8          | 7,2          |
| <b>Total</b>                 | <b>111</b> | <b>100,0</b> |

É possível visualizar na tabela 6 a quantidade de horas trabalhadas pelos profissionais de saúde semanalmente, considerando que alguns participantes tinham mais de um emprego. Verifica-se que 27% dos participantes trabalhavam de 30 a 42 horas semanais, enquanto, 23,4% trabalhavam entre 54 e 66 horas semanais, ou seja, esses dois grupos representam a metade dos respondentes (50,4%). Isto pode indicar que, no aperfeiçoamento do instrumento, poderia também caber uma pergunta dicotômica, do tipo: “Somando-se todos os seus empregos, você trabalha mais ou menos que 60 horas semanais?”, o que poderia permitir um enfoque de exposição a risco.

Novamente, esta questão foi considerada como de difícil entendimento, pela não delimitação do fato que se propunha investigar, ou seja, a carga horária de trabalho semanal exercida pelo profissional de saúde na instituição que possui maior tempo de exercício profissional.

Na questão 18 (gráfico 3), os participantes tinham que marcar a opção referente ao tipo de instituição de saúde em que trabalhavam, isto é, se a instituição era federal, estadual, municipal ou privada. Porém, a não delimitação da principal instituição de saúde em que trabalha, na questão 15, influenciou na marcação de mais de uma resposta pelos participantes, principalmente, aqueles que têm mais de um vínculo empregatício. Por conseguinte, a questão passou a admitir mais de uma opção como resposta.

Percebe-se que a não especificação no enunciado do real objetivo da questão, não apenas nesta, mas em todas as questões sobre a história ocupacional, gerou várias informações

que a priori não estava sendo investigada. Como alguns participantes preencheram o questionário de forma distinta, priorizamos cada informação fornecida para reduzir o viés de informação e para incluir os dados de todos participantes na análise.

A forma mais fácil de evitar o viés de informação está na reformulação dos enunciados de algumas questões, proporcionando um instrumento fácil de manusear e de ser preenchido por qualquer pessoa. O enunciado da questão 18 também deve ser delimitado quanto ao questionamento do tipo de instituição de saúde em que o participante é funcionário por mais tempo durante sua vida profissional.

O gráfico 3 demonstra a proporção de respostas quando ao tipo de instituição de saúde em que exercem sua atividade laboral. O total de respostas é superior ao de respondentes porque muitos sujeitos trabalham em tipos diferentes de instituição. Há um decréscimo discreto de respostas informando inserção em instituições estaduais, diminuindo até as municipais. Assim, as proporções de respostas de inserção em instituições estaduais correspondem a 28,1%, nas federais 26,7%, nas privadas 23,3% e nas municipais 21,9%.

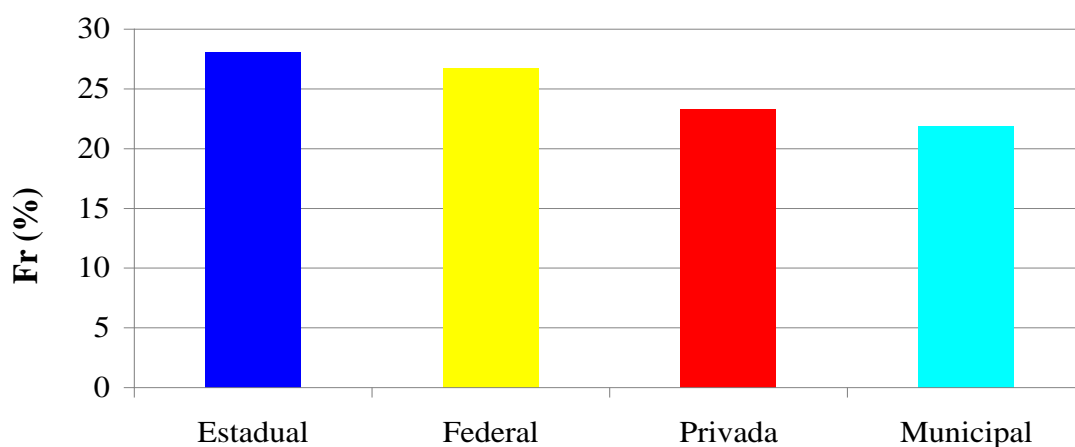


Gráfico 3 - Distribuição das respostas dos participantes segundo o tipo de instituição de saúde de inserção. Rio de Janeiro, 2010

A questão 19 (tabela 7) tinha a finalidade de conhecer o tipo de vínculo empregatício dos participantes em relação ao local em que trabalhavam. Novamente, marcaram mais de uma opção pelo fato dos profissionais de saúde terem mais de um emprego e pela não delimitação na questão 15, que as informações investigadas se referiam a apenas uma instituição de saúde.

Deve-se reformular esta questão com o intuito de identificar o tipo de vínculo empregatício do trabalhador de saúde na instituição, que por um longo período de sua vida profissional, exerce sua atividade laboral.

Pode-se observar na tabela 7 que as proporções de respostas quanto ao vínculo empregatício servidor público corresponde a 36,8%, e empregado com carteira assinada a 21,1%. No item “outro”, que corresponde a 24,1%, refere-se a residentes, autônomos e duas pessoas que se encontravam desempregadas no momento da realização da pesquisa. Em função de, atualmente, muitos trabalhadores de saúde estarem ainda em formação, o item “residente” talvez pudesse constar em separado.

Tabela 7 - Distribuição das respostas dos participantes de acordo com o tipo de vínculo empregatício. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Vínculo empregatício</b>     | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|---------------------------------|------------|--------------|
| Servidor público                | 49         | 36,8         |
| Empregado com carteira assinada | 28         | 21,1         |
| Cooperativado / terceirizado    | 15         | 11,3         |
| Empregado sem carteira assinada | 7          | 5,3          |
| Estagiário por interesse        | 2          | 1,5          |
| Outro                           | 32         | 24,1         |
| <b>Total</b>                    | <b>133</b> | <b>100,0</b> |

Em relação às questões 20 e 21, que questionavam, respectivamente, se o participante tinha outra atividade regular com rendimentos além da instituição de saúde onde já trabalhava, e a quantidade de horas por semana despendida para realizar esta outra atividade, não foram consideradas para a análise, pois notamos que muitos participantes não compreenderam as perguntas ao deixá-las em branco. Estas questões pretendiam verificar se o participante tinha mais de um emprego, fato este que foi verificado pelas respostas descritas na questão 17 e pelas marcadas na questão 18, ou seja, a maioria citou mais de uma carga horária de trabalho e marcou mais de um tipo de instituição de saúde.

A questão 22 (gráfico 4) apresentava opção dicotômica e procurava saber se o participante já havia experimentado ou usado drogas alguma vez na vida. Algumas dificuldades sobre esta questão foram apontadas pelos participantes, principalmente, em relação ao equívoco do significado do termo “drogas”, que era remetido à drogas ilícitas, não considerando que álcool e cigarro também são drogas, por mais que sejam lícitas.

Dessa forma, muitos marcaram a opção “não”, ao invés de “sim”. Este fato foi notado pelas respostas marcadas nas questões posteriores: 37, 38 e 43. Pois, o participante que

marcava a opção “não”, na questão 22, era direcionado para a questão 37, nessa pergunta muitos marcaram “já bebi na vida”, na 38 “não parei de beber” e, na 43 a frequência que ingere bebida alcoólica. Quando marcavam a opção “sim”, continuavam o preenchimento do questionário pela ordem das questões. Alguns participantes sugeriram especificar na pergunta “incluindo álcool e cigarro”, ao lado do termo “drogas”, para evitar o confundimento do termo com drogas ilícitas.

A pergunta acabou sendo respondida por um número menor de participantes em relação ao previsto, em função do não entendimento claro do termo “drogas”. Por isso, para a obtenção da prevalência do uso na vida, somaram-se às respostas obtidas aquelas relativas às questões 37 e 38, que acabaram complementando esta informação. Indica-se, portanto, a reformulação do enunciado, clareando o sentido da palavra “drogas”, a fim de evitar uma análise equivocada dos dados coletados. No gráfico 4, que 83% (92) dos participantes já experimentaram ou usaram drogas (incluindo o álcool e o tabaco) alguma vez na vida.

Estes resultados são compatíveis com os obtidos em estudos nacionais. De acordo com os dados da primeira e da segunda pesquisa domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizadas pelo CEBRID em parceria com a SENAD, em 2001 e 2005, respectivamente, o uso na vida de qualquer droga, exceto tabaco e álcool, no primeiro levantamento corresponde a 19,4% e, no segundo, a 22,8% (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006). Esses dados demonstram que houve um aumento do uso de drogas ilícitas pela população brasileira.

Em relação ao uso na vida de drogas lícitas, álcool e tabaco, aparecem com destaque tanto no primeiro, quanto no segundo levantamento domiciliar, como as drogas mais consumidas no Brasil e, as responsáveis pelos maiores índices de problemas decorrentes de seu uso indevido (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006; SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2006).

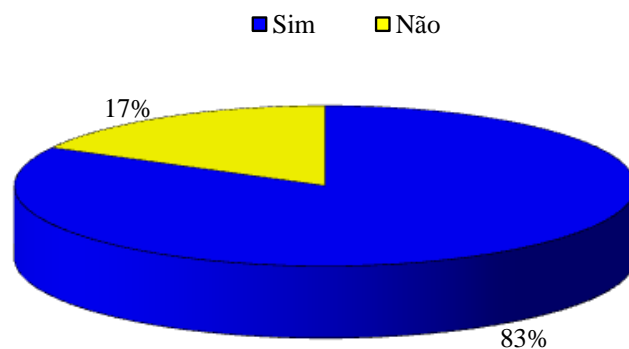


Gráfico 4 - Distribuição da população quanto ao uso/experimentação de drogas alguma vez na vida. Rio de Janeiro, 2010

A questão 23 (tabela 8) admitia mais de uma resposta e o participante marcava os tipos de drogas experimentadas ou usadas alguma vez na vida. Apenas respondiam a esta pergunta, quem marcou a opção “sim” na questão 22.

Novamente, a identificação dos tipos de drogas ilícitas já usadas ou experimentadas alguma vez na vida, não foi prejudicada quanto ao equívoco do termo “drogas” na questão 22. Enquanto, para as drogas lícitas, como álcool e tabaco, muitos não responderam que já haviam experimentado, pois ao considerarem drogas apenas como ilícitas na questão 22, os participantes eram direcionados para a pergunta 37 porque marcavam a opção “não”.

Mesmo que o participante não tenha respondido a questão 23 por ter marcado a opção “não” na pergunta 22, foi possível identificar quem experimentou ou fez uso de álcool ao marcarem a opção “já bebi na vida” na questão 37. Estas respostas foram consideradas para a questão 23 como quem já experimentou ou usou bebidas alcoólicas na vida. Neste sentido, a reformulação do enunciado da questão 22 é essencial para evitar respostas errôneas ou perguntas sem responder.

Vale ressaltar que as opções da pergunta 23 estão dispostas na tabela 8, exatamente como estavam na questão. Alguns participantes que marcaram opção referente a droga ilícita, sublinhou na opção qual era a droga que havia experimentado ou usado na vida. Por exemplo, alguns sublinharam remédio para emagrecer, ansiolíticos ou tranqüilizantes. Isso denota que ainda existe a resistência em assumir perante a sociedade que já fez uso de outra droga, que não o álcool e o tabaco, com medo de sofrer discriminação ou ser apontado como um dependente de drogas. Leva a questionar-se, caso a pergunta tivesse sido formulada face a face com o entrevistado, se não haveria uma dificuldade adicional.

Tabela 8 - Distribuição das respostas dos participantes quanto ao tipo de drogas que já experimentou ou usou alguma vez na vida. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Drogas experimentadas</b>                                                                                         | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Bebida alcóolica                                                                                                     | 89         | 51,4         |
| Cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda                                                                            | 31         | 17,9         |
| Ansiolíticos, tranquilizantes, diazepam, sedativos                                                                   | 18         | 10,4         |
| Maconha                                                                                                              | 9          | 5,2          |
| Bolinhas, rebites, êxtase, remédio para emagrecer                                                                    | 9          | 5,2          |
| Cocaína, crack                                                                                                       | 2          | 1,2          |
| Morfina, codeína, ópio                                                                                               | 2          | 1,2          |
| LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte                                                                                 | 1          | 0,6          |
| Heroína                                                                                                              | -          | -            |
| Solvente, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló (inalantes) | -          | -            |
| Outras substâncias                                                                                                   | -          | -            |
| Nenhuma                                                                                                              | -          | -            |
| Não sabe ou não respondeu                                                                                            | 12         | 6,9          |
| <b>Total</b>                                                                                                         | <b>173</b> | <b>100,0</b> |

A droga experimentada ou usada alguma vez na vida em maior proporção foi a bebida alcóolica (51,4%), seguida pelos derivados do tabaco (17,9%), e pelos ansiolíticos e sedativos (10,4%), como pode ser observado na tabela 8.

A proporção de respostas sobre o uso na vida de álcool e derivados do tabaco pelos trabalhadores de saúde corrobora com os dados do levantamento domiciliar realizado no Brasil em 2001 e 2005. O uso de álcool na vida foi de 68,7% e 74,6%, respectivamente. Enquanto, o uso na vida de tabaco foi de 41,1% e 44%, respectivamente. Assim como, o uso na vida de ópio e de heroína na pesquisa de 2005 revela-se menor, 1,3% e 0,1%, respectivamente (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006).

Tais dados retratam a inserção do álcool e do tabaco na sociedade brasileira de forma social e culturalmente aceita pela população, fato este atrelado a legalização dessas drogas, quanto a produção, uso e comercialização, além de ser estimuladas por algumas comunidades.

Entretanto, os dados da pesquisa nacional, tanto de 2001 quanto de 2005, em relação ao uso na vida de drogas (exceto álcool e tabaco), apresentam em primeiro lugar a maconha com 6,9% e 8,8%, respectivamente. A segunda droga com maior uso na vida (exceto álcool e

tabaco) foram os solventes, com 5,8% em 2001 e 6,1% em 2005. Os benzodiazepínicos apresentaram a proporção de uso na vida em 2001 de 3,3% e, em 2005, de 5,6%. A porcentagem de uso na vida de cocaína, nas pesquisas de 2001 e 2005, foi de 2,3% e de 2,9%, respectivamente. Já, os estimulantes foram de 1,5% e 3,2%, respectivamente (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006).

Através dos dados supracitados, das referidas pesquisas domiciliares, observamos um crescimento do consumo de drogas, aqui não considerando o álcool e tabaco, pelos brasileiros. Porém, não corroboram com os dados deste estudo, uma vez que se trata de uma população específica, o profissional de saúde.

Os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, por terem mais de um emprego, trabalhem em diversos turnos (manhã, tarde, diurno ou noturno), muitas vezes em condições adversas, e pelo fácil acesso aos medicamentos controlados, ditos psicotrópicos, acabam utilizando-os como uma forma de aliviar as tensões e lidar com os problemas relativos ao desenvolvimento de sua atividade laboral. Por isso, neste estudo a proporção de uso na vida de benzodiazepínicos, barbitúricos e anfetaminas (estimulantes) se difere do estudo em âmbito nacional, uma vez que estamos comparando populações com características distintas, uma se refere a um grupo específico, profissional de saúde, e a outra, a população brasileira em geral.

Ainda, temos que levar em conta a presença marcante do sexo feminino na profissão de enfermagem, sendo comum a prática da dupla jornada de trabalho, as atividades atreladas a profissão e as atividades domésticas. Pois, atualmente muitas mulheres são responsáveis pelo sustento do lar ou complementam a renda familiar.

Martins e Zeitoune (2007) estudaram como as condições de trabalho podem ser um fator desencadeador ao uso de drogas pelo trabalhador de enfermagem. Verificaram que as condições de trabalho (recursos materiais em condições e qualidade inadequados, falta de aproximação com a organização das unidades), a sobrecarga de trabalho (mais de um emprego, maior desempenho de suas competências) e a facilidade de acesso às drogas são alguns dos possíveis motivos para acarretar o uso de drogas por esse profissional.

Os participantes que alegaram já ter experimentado ou usado drogas na vida, foram questionados na pergunta 24 (tabela 9) a idade que tal fato ocorreu. Era uma questão aberta, com uma lacuna para o participante responder. Nenhuma dificuldade foi descrita acerca do preenchimento desta questão, porém sua análise foi prejudicada devido a impossibilidade de determinar a idade que alguns alunos experimentaram drogas, por não terem respondido a esta questão ao marcar “não” na pergunta 22 e serem direcionados para a questão 37.



Na tabela 9 é possível visualizar as respostas dos participantes quanto a idade em que fizeram uso ou experimentaram drogas alguma vez na vida. A idade que experimentou ou usou drogas pela primeira vez na vida variou de 8 a 28 anos, sendo a maioria, 21,7%, de 14 a 16 anos de idade. A idade média de experimentação de drogas (incluindo álcool e tabaco) foi de 16,8 anos. Porém, cabe ressaltar a presença de participantes que experimentaram drogas pela primeira vez na vida com 8 anos de idade, o que traduz a aproximação de crianças e adolescentes cada vez mais cedo ao contexto das drogas. Além disso, é proibido por lei vender drogas lícitas, como o álcool, para menores de 18 anos de idade.

Segundo o I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 2001, a média de idade do primeiro uso de drogas no Brasil tem diminuído, revelando que o consumo de álcool e drogas entre crianças e adolescente é uma realidade que exige medidas preventivas urgentes. A idade média de experimentação de drogas pela primeira vez na vida, no Brasil, está descrito a seguir para algumas drogas: álcool – 12,5 anos; tabaco – 12,8 anos; solvente – 13,1 anos; maconha – 13,9 anos; anfetamínicos – 13,4 anos; ansiolíticos – 13,5 anos; e cocaína 14,4 anos (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2006).

Tabela 9 - Distribuição dos participantes que já fizeram uso na vida de drogas quanto a idade que usou/experimentou drogas pela primeira vez. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Idade que experimentou/usou drogas</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>     |
|-------------------------------------------|-----------|--------------|
| 8   10                                    | 1         | 1,1          |
| 10   12                                   | 2         | 2,2          |
| 12   14                                   | 4         | 4,3          |
| 14   16                                   | 20        | 21,7         |
| 16   18                                   | 16        | 17,4         |
| 18   20                                   | 15        | 16,3         |
| 20   22                                   | 12        | 13,0         |
| 22   24                                   | 2         | 2,2          |
| 24   26                                   | 1         | 1,1          |
| 26   28                                   | 1         | 1,1          |
| Não respondeu                             | 18        | 19,6         |
| <b>Total</b>                              | <b>92</b> | <b>100,0</b> |

O V Levantamento Nacional com estudantes do ensino fundamental e médio, realizado em 2004 pelo CEBRID em parceria com a SENAD, indicou que a idade do primeiro uso de álcool se apresentou em torno dos 12 anos de idade e, este fato ocorre predominantemente no ambiente familiar (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2008).

A questão 25 (gráfico 5) era dicotômica e tinha a finalidade de conhecer quem fazia uso regular de drogas. Na pergunta foi especificado que “uso regular” compreende aquela pessoa que usa drogas em 3 ou mais dias por semana. O participante que marcava a opção “sim” continuava preenchendo o questionário na ordem estabelecida das questões, os que marcavam “não” eram direcionados para a questão 37. Novamente, houve uma incompreensão do termo “drogas”, como ocorreu na questão 22, e muitos participantes marcaram a opção “não”, sendo direcionados para a pergunta 37. Aqueles que não responderam a pergunta 22, conseqüentemente, não responderam a esta questão, já que também eram direcionados para a questão 37.

Entende-se que o fato de o instrumento ter sido construído de forma a levar o respondente a um processo de “pular” questões quando a anterior era negativa pode ser um fator que atrapalha e confunde os respondentes. Como alternativa, a separação e a delimitação gráfica das perguntas, que se excluem mutuamente, em blocos poderá facilitar o processo de auto-aplicação.

Assim, não foi possível contabilizar mais precisamente o uso regular de drogas da população estudada, apenas pelos participantes que relataram ao marcar a opção “sim” na pergunta 25. Pois, o participante pode fazer uso esporádico ou apenas nos finais de semana, mas não ultrapassa o estabelecido para ser considerado usuário regular de drogas. Dessa forma, os doze participantes que por incompreensão do termo drogas não responderam a pergunta, não temos como saber se fazem uso regular ou não de alguma droga. Assim, deve-se reformular o enunciado da questão descrevendo que o termo “drogas” se refere tanto as drogas ilícitas quanto as lícitas. As proporções de respostas dos participantes que já fizeram uso ou experimentaram drogas alguma vez na vida, estão dispostas no gráfico 5.

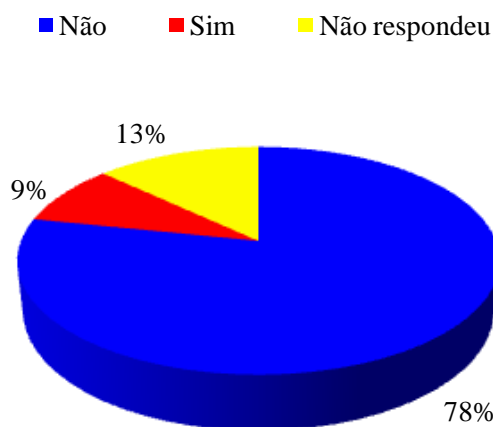


Gráfico 5 - Proporção de resposta dos participantes quanto ao uso regular de drogas. Rio de Janeiro, 2010

Somente 9% (8) relataram fazer uso regular de drogas, 78% (72) não fazem uso regular e 13% (12) não responderam a pergunta. Vale ressaltar, que neste estudo foi considerado como uso regular de drogas, incluindo álcool e tabaco, o consumo em 3 ou mais dias por semana.

A pesquisa “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids” realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) e pelo MS, em 2005, também, buscou descrever e mensurar os padrões de consumo de álcool e drogas na população brasileira, assim como, analisar os fatores sócio-demográficos e comportamentos eventualmente associados ao consumo de álcool e drogas. Nessa pesquisa, consideraram como uso regular para bebidas alcoólicas, um consumo de mais de quatro vezes por semana, que foi relatado por 2,9% do total de entrevistados. O uso de drogas (exceto álcool e tabaco) nos últimos 12 meses na população brasileira corresponde a 3,5% (BASTOS et al., 2008).

A questão 26 (tabela 10) era aberta e procurava saber quanto tempo, em anos, o participante faz uso regular de drogas. Ressalta-se que somente respondiam a esta pergunta, aqueles que marcaram a opção “sim” na questão 25. O enunciado da questão orientava a forma de preenchimento: se o uso fosse menor que um ano, o participante deveria colocar zero na lacuna. Nenhuma dificuldade foi descrita para o preenchimento desta questão, no entanto, a investigação do fato que a pergunta se propunha, foi prejudicada pela incompreensão do termo “drogas” nas questões anteriores. Observa-se que há a necessidade de alterar o enunciado desta questão, com vista a especificar que a palavra “drogas” refere-se tanto as ilícitas quanto ao álcool e ao tabaco.

Na tabela 10 podemos verificar o tempo, em anos, que os participantes fazem uso regular de drogas. Apenas duas pessoas relataram fazer uso há 10 anos, enquanto, outras duas, entre 20 e 30 anos.

Tabela 10 - Caracterização do tempo, em anos, que o usuário regular usa drogas.  
Rio de Janeiro, 2010

| <b>Tempo de uso regular de drogas</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>     |
|---------------------------------------|-----------|--------------|
| 0                                     | 1         | 5,0          |
| 6                                     | 1         | 5,0          |
| 7                                     | 1         | 5,0          |
| 10                                    | 2         | 10,0         |
| 20                                    | 1         | 5,0          |
| 30                                    | 1         | 5,0          |
| Não sabe ou não respondeu             | 13        | 65,0         |
| <b>Total</b>                          | <b>20</b> | <b>100,0</b> |

Na questão 27 (tabela 11) buscou-se conhecer quais os tipos de drogas que os participantes usavam de forma regular. Podia-se marcar mais de uma opção como resposta. Também foi uma pergunta prejudicada pela não especificação nas questões anteriores sobre o termo “drogas”, mas dentre os participantes que a responderam, não foram relatadas dificuldades para o seu preenchimento. Dos oito participantes que relataram fazer uso regular de drogas, as mais consumidas foram o álcool e derivados do tabaco.

Segundo Bastos et al. (2008) a pesquisa realizada pelo CEBRAP e pelo MS, em 2005, retrata que o consumo de álcool, seja regular ou não, é prevalente na população urbana brasileira, em detrimento do uso de drogas injetáveis, que se mostrou raro. Além disso, também foi observado um declínio no consumo de cocaína ao longo da última década. 17,9% dos entrevistados relataram ter iniciado o uso regular de álcool, em algum período da vida, sendo que, 2,9% continuaram a beber regularmente; 7,6% referiram beber com moderação; 0,3% referiram ter parado, mas voltado a beber regularmente; e 0,2% disseram ter parado completamente de beber.

Quanto ao uso de drogas, que não o álcool e tabaco, na população brasileira nos últimos 12 meses, para o ano de 2005, foi referido por 3,5% dos entrevistados, sendo que maconha/haxixe foram as drogas mais frequentemente consumidas (65,3%). A cocaína e cheirinho da loló/lança-perfume foram consumidas nos últimos 12 meses por 14,5% e 5% dos entrevistados (BASTOS et al., 2008).

Tabela 11 - Descrição do tipo de drogas que o usuário regular faz uso. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Tipo de drogas</b>                                                                                                | <b>F</b>  | <b>%</b>     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| Bebida alcóolica                                                                                                     | 5         | 21,7         |
| Cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda                                                                            | 4         | 17,4         |
| Ansiolíticos, tranquilizantes, diazepam, sedativos                                                                   | 1         | 4,3          |
| Maconha                                                                                                              | -         | -            |
| Bolinhas, rebites, êxtase, remédio para emagrecer                                                                    | 1         | 4,3          |
| Cocaína, crack                                                                                                       | -         | -            |
| Morfina, codeína, ópio                                                                                               | -         | -            |
| LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte                                                                                 | -         | -            |
| Heroína                                                                                                              | -         | -            |
| Solvente, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló (inalantes) | -         | -            |
| Outras substâncias                                                                                                   | -         | -            |
| Nenhuma                                                                                                              | -         | -            |
| Não sabe ou não respondeu                                                                                            | 12        | 52,2         |
| <b>Total</b>                                                                                                         | <b>23</b> | <b>100,0</b> |

De acordo com o levantamento domiciliar brasileiro de 2005, a dependência de drogas entre os entrevistados foi maior em relação ao álcool (12,3%) e ao tabaco (10,1%), quando se compara com outras drogas, por exemplo, a dependência por benzodiazepínicos foi de 0,5%, para maconha 1,2%, e para os solventes quanto para os estimulantes foi de 0,2% (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006).

Estima-se que um terço da população brasileira adulta fuma. Dados do Ministério da Saúde revela que 90% dos fumantes ficaram dependentes da nicotina antes dos 19 anos de idade. A população jovem acaba se tornando um alvo promissor para as indústrias de tabaco, uma vez que há falta de restrição na comercialização do produto e seu preço é relativamente baixo no Brasil (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2008).

Através das pesquisas realizadas em âmbito nacional no Brasil, verifica-se que seus dados são unânimes, no que tange ao menor consumo de drogas ilícitas e de produtos legais usados para fins de abuso, em relação ao uso de álcool e tabaco. Além disso, sugerem que o uso de drogas ilícitas na sociedade brasileira é menor, quando comparado aos de vários países industrializados (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2008). Essa informação corrobora com os achados deste estudo, em que o consumo de álcool e tabaco se revelou mais alto em detrimento das demais drogas.

Na pesquisa realizada pelo SESI em parceria com a SENAD intitulada Levantamento sobre Uso de Drogas entre Trabalhadores da Indústria, no ano de 2000, procurou analisar dados sobre o consumo de álcool, tabaco, medicamentos e drogas ilícitas entre esses trabalhadores. Foi revelado que os medicamentos consumidos em maior quantidade e frequência foram: remédios para dor de cabeça (56,9%), antigripais (43,4%), remédios para dor muscular (22,5%), para dor de estômago (20,5%), e os xaropes (17,2%). (SESI, 2000).

O consumo dos referidos medicamentos deve ser considerado, uma vez que a maioria causa dependência física e/ou psíquica, além de serem medicamentos de venda controlada. Dentre esses, os mais usados pelos trabalhadores foram: hipnóticos/sedativos – 4,8%, ansiolíticos/benzodiazepínicos – 4,6%, remédios inibidores do apetite – 3%, e estimulantes/anfetaminas – 1,5% (SESI, 2000).

Esses dados chamam atenção para o fato do consumo de anfetaminas e benzodiazepínicos se apresentar mais frequente entre os trabalhadores, quando comparado a população em geral. Isso pode estar relacionado com a forma de organização do trabalho, que exige do trabalhador cadência e rapidez na realização das tarefas, acarretando estresse e transtornos mentais. E, o enfermeiro não está distante disso, pois a sua prática se esbarra em diversos tipos de fatores intrínsecos e extrínsecos à profissão, que perpassam o campo da enfermagem.

A questão 28 era aberta e procurava saber a idade que o participante tinha quando iniciou o uso de drogas de forma regular. Nenhuma dúvida foi apresentada pelos respondentes sobre o preenchimento desta pergunta, que também sofreu prejuízos por não ter ficado claro o significado da palavra “drogas” nas questões anteriores. Podemos observar, na tabela 12, que alguns participantes iniciaram o uso regular de drogas antes de completar os 18 anos de idade, que é a idade por lei, em nossa sociedade, considerada capaz para comprar as drogas lícitas, principalmente, bebidas alcoólicas. Os demais iniciaram o uso de drogas acima de 18 anos de idade. A idade média de início do uso regular de drogas foi de 16,3 anos. Não houve, portanto, dificuldade por parte dos respondentes em admitir o uso antes da idade legalmente sancionada para o uso de drogas lícitas.

Tabela 12 - Proporção de respostas dos participantes quanto a idade que iniciou o uso regular de drogas. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Idade que iniciou uso de drogas</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>     |
|----------------------------------------|-----------|--------------|
| 10                                     | 1         | 5,0          |
| 12                                     | 1         | 5,0          |
| 14                                     | 1         | 5,0          |
| 16                                     | 1         | 5,0          |
| 18                                     | 3         | 15,0         |
| 24                                     | 1         | 5,0          |
| Não sabe ou não respondeu              | 12        | 60,0         |
| <b>Total</b>                           | <b>20</b> | <b>100,0</b> |

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado pela SENAD em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), em 2007, revelou que a idade média de início do consumo regular de álcool, entre adolescentes de 14 a 17 anos de idade, é de 14,6 anos. Enquanto, a média para adultos, entre 18 e 25 anos de idade, é de 17,3 anos (LARANJEIRA et al., 2007).

A idade média de início do uso de drogas de forma regular dos participantes se aproximou da idade média dos adultos jovens da pesquisa supracitada, porém na referida pesquisa a idade se refere, somente, ao uso regular de álcool. Enquanto, na pergunta 28 não houve distinção entre droga lícita e ilícita, questionava-se a idade que o participante iniciou o uso regular de qualquer droga, incluindo álcool e tabaco.

Em relação à idade de início do hábito de fumar, foi observado na pesquisa realizada pelo SESI e a SENAD em trabalhadores de indústria, que 53,3% começaram a fumar entre 15 e 19 anos, 23% entre 10 e 14 anos, e 5,5% depois dos 25 anos de idade. Enquanto, a idade de início do consumo de bebida alcoólica observou-se um alto percentual de trabalhadores que iniciaram a ingestão de álcool antes dos 14 anos de idade, isto é, mais de 50% dos trabalhadores tiveram contato com álcool antes dos 18 anos de idade, que corresponde a idade limite legal para o consumo de álcool (SESI, 2000).

A mesma pesquisa verificou que a prevalência do início do uso de drogas ilícitas se deu entre 17 a 39 anos de idade, para 11% dos trabalhadores e, dos 40 anos de idade em diante houve uma redução considerável de prevalência do consumo de drogas na vida (SESI, 2000).

Na questão 29 (tabela 13), podia-se marcar mais de uma opção como resposta e procurava conhecer o tipo de situação em que, geralmente, o participante costuma fazer uso

de drogas. Esta questão somente era respondida pelos participantes que declararam na pergunta 25 fazer uso regular de drogas. Devido a incompreensão da palavra drogas nas questões anteriores, alguns participantes não preencheram esta questão por terem sido direcionados para a pergunta 37.

Pela tabela 13, percebemos que a maioria dos participantes faz uso regular de drogas para relaxar quando está tenso (12%), para celebrar situações especiais (12%), para tirar a ansiedade (10%) e para se alegrar quando está triste (8%).

Tabela 13 - Tipos de situação que o usuário regular de drogas costuma utilizá-las. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Tipos de situação</b>              | <b>F</b>  | <b>%</b>     |
|---------------------------------------|-----------|--------------|
| Para relaxar quando está tenso        | 6         | 12,0         |
| Para celebrar situações especiais     | 6         | 12,0         |
| Para tirar a ansiedade                | 5         | 10,0         |
| Para se alegrar quando está triste    | 4         | 8,0          |
| Para se acalmar quando está com raiva | 3         | 6,0          |
| Quando está feliz                     | 3         | 6,0          |
| Para melhorar a depressão             | 2         | 4,0          |
| Para dormir                           | 2         | 4,0          |
| Para namorar ou ter relações sexuais  | 1         | 2,0          |
| Para controlar a dor                  | 1         | 2,0          |
| Durante o trabalho                    | 1         | 2,0          |
| Para lidar com o medo                 | 1         | 2,0          |
| Após um dia de trabalho               | 1         | 2,0          |
| Para ajudar a falar em público        | -         | -            |
| Para substituir comida                | -         | -            |
| Antes de ir para o trabalho           | -         | -            |
| Para ouvir música                     | -         | -            |
| Nenhuma das anteriores                | 1         | 2,0          |
| Outra situação                        | 1         | 2,0          |
| Não sabe ou não respondeu             | 12        | 24,0         |
| <b>Total</b>                          | <b>50</b> | <b>100,0</b> |

Culturalmente, o álcool é utilizado para celebrações, eventos culturais, integração social e, estimulado pela publicidade. É um produto milenar e tradicional, presente em praticamente todas as sociedades contemporâneas. Muitas pessoas fazem uso de bebidas alcoólicas como uma forma de comemoração, para ficar alegre ou para reduzir a ansiedade e



esquecer algum problema (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2005a).

A questão 30 questionava a frequência de utilização de alguma droga nos últimos 30 dias. Era uma pergunta fechada e só admitia uma resposta. Nenhuma dúvida foi declarada pelos participantes acerca do preenchimento desta pergunta. Pensamos numa outra alternativa para solucionar o problema da incompreensão do termo “drogas” nas questões anteriores, que acarretou no não preenchimento de diversas perguntas pelos participantes. Talvez fosse melhor dividir as questões em bloco especificando no título do bloco referente as questões sobre drogas, que “considerem álcool e tabaco, além das drogas ilícitas para responder as seguintes questões”. É possível observar pela tabela 14, que a maioria utilizava drogas diariamente ou quase todos os dias (25%), seguido de 1 ou 2 vezes por semana (15%).

Tabela 14 - Caracterização do usuário regular de drogas quanto a frequência de uso nos últimos 30 dias. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Uso de drogas nos últimos 30 dias</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>     |
|------------------------------------------|-----------|--------------|
| Diariamente ou quase todos os dias       | 5         | 25,0         |
| 1 ou 2 vezes por semana                  | 3         | 15,0         |
| 1 ou 2 vezes                             | -         | -            |
| 1 ou 2 vezes por mês                     | -         | -            |
| Nenhuma                                  | -         | -            |
| Não sabe ou não respondeu                | 12        | 60,0         |
| <b>Total</b>                             | <b>20</b> | <b>100,0</b> |

De acordo com o levantamento sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira de 2007, a frequência de ingestão de bebida alcoólica variou de muito frequentemente (bebe todos os dias – 6%) a abstinente (bebe menos de 1 vez/ano ou nunca bebeu – 48%). Mas, 19% da população ingere álcool frequentemente (bebe de 1 a 4 vezes/semana), ocasionalmente (bebe de 1 a 3 vezes/mês), e raramente (bebe menos de 1 vez/mês). (LARANJEIRA et al., 2007).

Na pesquisa realizada pelo SESI e a SENAD com trabalhadores de indústria, revelou que 50% dos pesquisados referiram fazer uso excessivo de álcool esporadicamente (raramente ou nunca). Entretanto, 20% dos trabalhadores referiram fazer uso excessivo de álcool de forma regular, mas em intervalos curtos, ou seja, todos os dias ou uma vez por semana. Cabe informar, que foi considerado uso excessivo de álcool a ingestão de seis ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião (SESI, 2000).

A questão 31 buscava saber se o participante havia apresentado algum problema de saúde, social, legal ou financeiro, decorrente do uso de drogas, nos últimos 30 dias. Também, era uma pergunta fechada e só admitia uma resposta. Novamente, os participantes não descreveram dúvida no preenchimento desta pergunta. Aqueles que se declararam como usuário regular de drogas na questão 25, respondiam a esta pergunta. Trata-se de uma pergunta que deve ser revista, uma vez que nunca será fácil a um entrevistado admitir que teve problemas legais ou sociais, embora estejam em curso políticas restritivas do uso de álcool e tabaco. Pela tabela 15, verificamos que 30% dos usuários regulares não apresentaram nenhum problema decorrente do uso de drogas, nos últimos 30 dias, enquanto 60% não sabem ou não responderam.

Tabela 15 - Caracterização do usuário regular de drogas quanto o aparecimento de problemas de saúde, social, legal ou financeiro, nos últimos 30 dias, decorrentes do uso de drogas. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Problemas decorrentes do uso de drogas</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>     |
|-----------------------------------------------|-----------|--------------|
| Nenhuma                                       | 6         | 30,0         |
| 1 ou 2 vezes                                  | 1         | 5,0          |
| 1 ou 2 vezes por mês                          | 1         | 5,0          |
| 1 ou 2 vezes por semana                       | -         | -            |
| Diariamente ou quase todos os dias            | -         | -            |
| Não sabe ou não respondeu                     | 12        | 60,0         |
| <b>Total</b>                                  | <b>20</b> | <b>100,0</b> |

Pelo segundo levantamento domiciliar de 2005, os problemas atribuídos ao uso de álcool, pela população no último ano, foram: 5,8% gastaram grande parte do tempo para conseguir álcool, usar ou se recobrar dos efeitos, 9,1% usaram maiores quantidades ou freqüências do que pretendia, 7,1% apresentaram tolerância, 7,3% apresentaram riscos físicos sob efeito ou logo após o efeito de álcool, e 7,9% problemas pessoais (familiares, amigos, trabalho, polícia, emocional). (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006).

Na mesma pesquisa supracitada, os problemas atribuídos ao uso de tabaco, foram: 8,2% usaram maiores quantidades ou freqüências do que pretendia, 5,0% apresentaram tolerância, 1,8% apresentaram riscos físicos sob efeito ou logo após o efeito de álcool, e 3,9% problemas pessoais (familiares, amigos, trabalho, polícia, emocional). (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006).

Contudo, no primeiro levantamento domiciliar de 2001, as discussões foram as complicações mais freqüentes decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas (5,0%) entre os entrevistados. Em segundo lugar, aparecem as quedas, com 3,3%. Algumas pessoas, cerca de 2,0%, relataram já ter tido complicações no trânsito devido ao efeito do álcool e/ou de outras drogas, e 1,0% relataram ter tido problemas no trabalho (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2002).

A questão 32 tinha o objetivo de conhecer com que freqüência o usuário deixou de fazer coisas que normalmente realizava, nos últimos 30 dias, devido ao consumo de drogas. Mais uma vez, esta pergunta foi de fácil preenchimento, na medida em que os participantes não reportaram dificuldades. Mas, deve ser revista, pois o usuário regular dificilmente percebe que a droga pode estar influenciando negativamente em sua vida pessoal, profissional ou de relacionamentos. Como pode ser visualizado na tabela 16, alguns usuários regulares de drogas (30%) não interromperam suas atividades normais por causa do uso.

Tabela 16 - Caracterização do usuário regular quanto a não realização de atividades que normalmente fazia, nos últimos 30 dias, devido ao uso de drogas. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Interrompeu atividades devido ao uso de drogas</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>     |
|-------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| Nenhuma                                               | 6         | 30,0         |
| 1 ou 2 vezes                                          | 1         | 5,0          |
| 1 ou 2 vezes por semana                               | 1         | 5,0          |
| 1 ou 2 vezes por mês                                  | -         | -            |
| Diariamente ou quase todos os dias                    | -         | -            |
| Não sabe ou não respondeu                             | 12        | 60,0         |
| <b>Total</b>                                          | <b>20</b> | <b>100,0</b> |

A questão 33 buscava saber se algum amigo, parente ou outra pessoa demonstrou preocupação com o uso de drogas do participante ou sugeriu que este parasse. Admitia-se somente uma resposta e não foi reportada por parte do participante alguma dificuldade para preenchê-la, indicando que tal questão é de fácil entendimento. Trata-se de uma pergunta cujas respostas entram em certa contradição com as obtidas nas questões anteriores, sobre as conseqüências do uso de álcool e drogas. Por outro lado, demonstra que o uso se reflete fortemente na família e nas pessoas mais próximas, sendo isto admitido pelo respondente. Alguns usuários regulares, 25%, relataram que nos últimos três meses, pessoas demonstraram preocupação ou sugeriram que parassem de consumir drogas (tabela 17).

Tabela 17 - Preocupação de amigos, parentes ou outra pessoa em relação ao consumo de drogas ou a sugestão que os usuários regulares interrompesse tal uso. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Preocupação quanto ao uso de drogas</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>     |
|--------------------------------------------|-----------|--------------|
| Sim, nos últimos 3 meses                   | 5         | 25,0         |
| Não                                        | 2         | 10,0         |
| Sim, mas nao nos últimos 3 meses           | 1         | 5,0          |
| Não sabe ou não respondeu                  | 12        | 60,0         |
| <b>Total</b>                               | <b>20</b> | <b>100,0</b> |

Através da questão 34, procurou saber se algum usuário já tentou controlar, diminuir ou parar com o uso de drogas, mas não conseguiu. Admitia-se somente uma resposta e nenhum participante declarou dificuldade para preenchê-la. Isto indica que a pergunta foi de fácil entendimento e é de suma importância para identificar o autocontrole do respondente em relação ao uso de drogas. Na tabela 18, podemos visualizar que alguns usuários regulares (30%) marcaram a opção “não” e, 10% relataram que nos últimos três meses tentou reduzir ou parar com o consumo de drogas, mas não obteve sucesso.

Tabela 18 - Caracterização dos usuários regulares quanto a tentativa de controlar, reduzir ou interromper o uso de drogas sem sucesso. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Reduzir/interromper o uso de drogas</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>     |
|--------------------------------------------|-----------|--------------|
| Não                                        | 6         | 30,0         |
| Sim, nos últimos 3 meses                   | 2         | 10,0         |
| Sim, mas nao nos últimos 3 meses           |           |              |
| Não sabe ou não respondeu                  | 12        | 60,0         |
| <b>Total</b>                               | <b>20</b> | <b>100,0</b> |

No segundo levantamento domiciliar brasileiro realizado em 2005, 11,4% da população tentou diminuir ou parar o uso de álcool no último ano. Enquanto, 13,8% dos entrevistados tentaram diminuir ou parar com o uso de tabaco no último ano (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006).

A questão 35 era dicotômica, sendo assim, só admitia uma resposta. Questionava se alguma vez o usuário regular conseguiu interromper o uso de drogas (abstinência/limpo) por pelo menos um ano. Outro dado importante que possibilita identificar se o usuário percebeu, alguma vez na vida, que o consumo de drogas não traz benefícios, ao tentar interromper o consumo. Novamente, nenhum participante reportou dúvidas quanto ao preenchimento desta questão. Verificamos que grande parte dos usuários regulares respondeu “não”, ou seja, não conseguiram parar de consumir a droga por pelo menos um ano (gráfico 6).

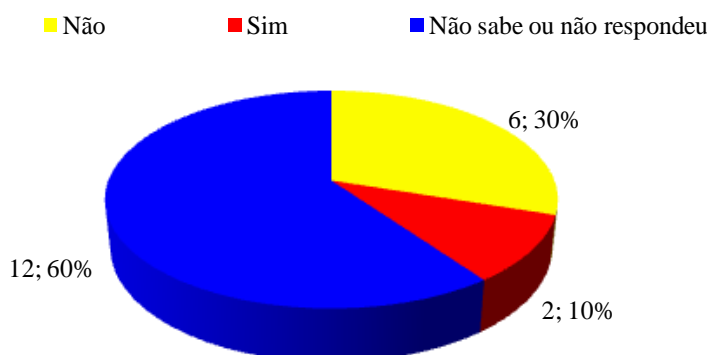


Gráfico 6 - Caracterização dos usuários quanto ao sucesso de interromper o uso de drogas por pelo menos um ano. Rio de Janeiro, 2010

Na questão 36, os participantes eram questionados quanto à importância de realizar algum tratamento para interromper o uso de drogas. Era uma pergunta fechada e só admitia uma resposta. Mais uma vez, não foi reportado pelos participantes dúvidas quanto ao preenchimento desta questão. A mesma se faz importante, pois permite identificar a percepção do respondente em relação ao seu consumo de drogas, já que é difícil para um usuário admitir que o uso de drogas possa estar afetando negativamente sua vida, a tal ponto de realizar um tratamento para interromper o uso. Dos usuários regulares, 35% responderam que nesse momento, não é importante fazer algum tratamento para interromper o consumo de drogas, como pode ser visualizado na tabela 19.

Tabela 19 - Descrição dos usuários regulares segundo a importância em realizar tratamento para interromper o uso de drogas. Rio de Janeiro, 2010

| Tratamento                | F  | %     |
|---------------------------|----|-------|
| Não é importante          | 7  | 35,0  |
| É pouco importante        | 1  | 5,0   |
| É importante              | -  | -     |
| É muito importante        | -  | -     |
| É extremamente importante | -  | -     |
| Não sabe ou não respondeu | 12 | 60,0  |
| Total                     | 20 | 100,0 |

O levantamento domiciliar realizado no Brasil em 2005 verificou, que a prevalência de entrevistados que já realizaram algum tratamento para o abuso de álcool e outras drogas, foi

de 2,9% (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006). No entanto, no primeiro levantamento, em 2001, retratou que cerca de 4% dos entrevistados foram tratados pelo uso de álcool e/ou outras drogas (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2002).

A questão 37 (tabela 20) era destinada a quem nunca bebeu na vida. Questionava-se a razão para o participante nunca ter bebido na vida, o qual após respondê-la era direcionado para a questão 43. Aqueles que já beberam na vida ou não pararam de beber, havia a opção “já bebi na vida”, e eles passavam para a próxima pergunta. Havia ao lado da opção “outros” uma lacuna para o participante especificar outra razão. Era uma pergunta fechada e só admitia uma resposta.

A referida pergunta apresentou-se como de difícil compreensão pelos participantes e alguns não a responderam. Muitos participantes que já experimentaram ou fazem uso de álcool não compreenderam que deviam marcar a opção “Já bebi na vida”. Dentre aqueles que apenas experimentaram, mas não continuaram o uso de álcool, entenderam que ao marcar tal opção estaria concordando que faz uso de bebida alcoólica. Assim, somente foi possível verificar os participantes que já ingeriram bebida alcoólica e que não tinham respondido a esta pergunta, pelas respostas marcadas nas questões 38 e 43, as quais foram somadas às respostas obtidas nesta questão, para complementar esta informação

Dessa forma, foi sugerido por alguns respondentes colocar a opção: “Experimentei, porém não faço uso”. Pensamos também que seria necessário colocar após esta opção, uma que faça referência ao sujeito que faz uso de álcool, assim, poderia ser: “Experimentei e faço uso”. Logo, se faz necessário a revisão do enunciado e das respostas desta questão para evitar incompreensão por parte dos respondentes e viés de informação.

A maioria dos participantes já bebeu na vida (80,2%), enquanto, as razões para nunca ter ingerido bebida alcoólica foram: religião (5,4%), razões de saúde (3,6%) e outros (7,2%), como estão descrito na tabela 20. As razões para nunca ter bebido descritas por quem marcou a opção “outros” foram: não gosto (6) e nunca tive vontade (2).

A pesquisa sobre comportamento sexual e percepções na população brasileira sobre HIV/Aids, realizada em 2005, verificou que o fato de um indivíduo não ter sido criado em lar onde a religião era relevante, aumentava a chance de vir adotar um padrão de consumo de álcool, geralmente, de forma regular. Também, foi evidenciado que a religião atual do indivíduo, o número de vezes que frequenta atividades religiosas e atividades realizadas nas horas de lazer, mostrou-se associados ao uso de drogas ilícitas. Isto é, os indivíduos que frequentavam festas, bares, boates e afins, como atividade de lazer, tiveram 73,3% mais

chance de consumir drogas do que os que freqüentavam atividades culturais, esportivas e religiosas (BASTOS et al., 2008).

Tabela 20 - Distribuição da população segundo a razão para nunca ter bebido na vida. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Razão para não ter bebido na vida</b>               | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|--------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Já bebi na vida                                        | 89         | 80,2         |
| Religião                                               | 6          | 5,4          |
| Razões de saúde                                        | 4          | 3,6          |
| Presença de problemas relacionados a bebida na família | 2          | 1,8          |
| Outros                                                 | 8          | 7,2          |
| Não respondeu                                          | 2          | 1,8          |
| <b>Total</b>                                           | <b>111</b> | <b>100,0</b> |

A formação religiosa se mostrou um fator protetor frente a um posterior consumo regular de álcool, segundo a referida pesquisa, o que corrobora com este estudo, já que a religião foi justificada por 5,4% dos participantes, como a razão para nunca ter bebido na vida.

A questão 38 (tabela 21) procurava saber as razões que levaram o participante a parar de beber. Tinha a opção “outros” e uma lacuna para que fosse especificado que outra razão acarretou a interrupção do uso de bebida alcoólica. Após respondê-la, os que pararam de beber eram direcionados para a questão 43. Enquanto, os participantes que não pararam de ingerir bebida alcoólica havia a opção “não parei de beber” e passavam para a pergunta seguinte. Era uma pergunta fechada e só admitia uma resposta.

Esta pergunta também foi incompreendida por alguns participantes. Aqueles que fazem uso de álcool deveriam marcar a opção “Não parei de beber”, porém alguns não responderam a questão, sendo direcionados para a questão 43. Sendo assim, a contabilização dos que não pararam de beber foi prejudicada, enquanto, aqueles que responderam a razão de ter parado com o uso de bebida alcoólica não tiveram dificuldades para preencher a pergunta. Somaram-se as respostas desta questão as da pergunta 43, como uma forma de contabilizar o número de participantes que continuaram usando álcool.

Sugere-se, assim, a reformulação desta questão, tanto em seu enunciado quanto em suas respostas, a fim de clarear as informações investigadas e facilitar o preenchimento pelos respondentes. Pensamos que talvez seja melhor alterar a opção “Não parei de beber” para “Faço uso de bebidas alcoólicas”, como uma medida de evitar respostas em branco. A sugestão dos participantes foi de colocar a opção: “Nunca bebi na vida”, esta opção facilitaria

o preenchimento do questionário para os sujeitos que nunca beberam na vida, pois não precisariam ser direcionados a pular questões, simplesmente, poderiam continuar respondendo o instrumento na ordem das perguntas e evitaria o não preenchimento de alguma questão.

Na tabela 21 encontram-se as razões que levaram o usuário de álcool a parar o uso. As razões mais citadas foram: religião (7,9%), razões de saúde (4,5%) e outros (9,0%). Em “outros” foi descrito por todos que marcaram esta opção, que não gostam do sabor da bebida alcoólica.

Tabela 21 - Distribuição das respostas dos participantes quanto as razões que levaram os usuários de bebida alcoólica a parar de beber. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Razão para ter parado de beber</b>                  | <b>F</b>  | <b>%</b>     |
|--------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| Não parei de beber                                     | 66        | 74,2         |
| Religião                                               | 7         | 7,9          |
| Razões de saúde                                        | 4         | 4,5          |
| Presença de problemas relacionados a bebida na família | 2         | 2,2          |
| Outros                                                 | 8         | 9,0          |
| Não respondeu                                          | 2         | 2,2          |
| <b>Total</b>                                           | <b>89</b> | <b>100,0</b> |

Na questão 38, mais uma vez a religião aparece, com 7,9% da proporção de respostas, como a razão para o participante ter parado de ingerir bebida alcoólica. Em terceiro lugar, o fato é justificado por razões de saúde. Esses dados podem ser confirmados como fator de proteção ao uso de álcool e drogas, como retratado no livro publicado pela SENAD: “A prevenção do uso de Drogas e a Terapia Comunitária” (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2006).

São considerados como fatores de risco para o uso indevido de drogas, características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social que contribuem, em maior ou menor grau, para aumentar a probabilidade deste uso. Em contraposição, os fatores de proteção são características ou atributos presentes nos diversos domínios da vida (individual, familiar, escolar, pares, comunitário) do indivíduo, que reduzem a probabilidade do mesmo em usar drogas indevidamente (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2006).

Alguns fatores de proteção ao uso indevido de álcool e drogas são: autoconfiança; capacidade intelectual para tomar decisões; autonomia; responsabilidade; relação de confiança com pais, familiares e colegas; vinculação familiar afetiva, religiosa ou institucional; pares que não usam álcool/drogas e não aprovam e/ou valorizam o seu uso; valorização de um



padrão de vida saudável na família; existência de fortes vínculos afetivos entre os membros da família; postura clara e assertiva quanto ao uso de drogas pelos membros da família; presença dos pais como modelo positivo quanto às questões sociais e morais (cultivo de valores familiares); presença de normas e limites claros no ambiente familiar, entre outros (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2006).

Quanto aos fatores de riscos ao uso indevido de álcool e outras drogas, podem ser: baixa auto-estima; comportamento contrário às normas e às regras na infância, experiências sexuais e com as drogas precoces; vivência com pais ou familiares que fazem uso indevido de álcool, medicamentos ou de outras drogas; inexistência ou pouca qualidade nos vínculos familiares, religiosos ou institucionais; pares que usam álcool/drogas, ou ainda que aprovam e/ou valorizam o seu uso; uso de álcool e outras drogas pelos pais ou familiares; frágeis laços afetivos entre os membros da família; tolerância com relação ao uso de drogas pelos jovens; pais que não fornecem um bom modelo, não sabendo transmitir as normas e os valores morais e sociais socialmente aceitáveis; ausência de normas e limites claros no ambiente familiar etc. (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2006).

Na questão 39 (tabela 22), os participantes foram questionados quanto aos locais que costumam consumir maiores quantidades de bebidas alcoólicas. Também havia a opção “outro” e uma lacuna para que o participante descrevesse outro local, caso marcasse essa opção. Trata-se de uma pergunta fechada e permitia que o respondente marcasse mais de uma resposta. É de suma importância para identificarmos em que ambientes o usuário costuma ingerir bebidas alcoólicas.

Os participantes que marcaram as opções “Já bebi na vida” e “Não parei de beber”, nas questões 37 e 38, respectivamente, não precisavam pular questões e continuavam o preenchimento do questionário pela ordem disposta das perguntas. Assim, aqueles que responderam a questão 39 não reportaram dúvidas quanto ao seu preenchimento.

Pela tabela 22 podemos visualizar que a maioria dos participantes que usavam bebidas alcoólicas de forma regular ou não, geralmente, costumam consumir maiores quantidades quando estão em festas (22,5%) e bar/balada (20,8%), seguido de 13,3% em casa e 12,5% em casa de amigos.

Ao comparar os resultados dessa questão com os da pesquisa de âmbito nacional sobre os padrões de consumo de álcool do ano de 2007, observa-se que são semelhantes. Pois, os dados da população brasileira referem que fazem uso de maiores quantidades de bebidas alcoólicas, nos últimos 12 meses, em bar/balada (27%), em casa (23%), em festas (17%) e casa de amigos (11%) (LARANJEIRA et al., 2007)

Tabela 22 - Distribuição das respostas dos participantes segundo os locais em que costumam consumir maiores quantidades de bebidas alcoólicas. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Locais de maior consumo de bebidas alcóolicas</b> | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Festa                                                | 27         | 22,5         |
| Bar/balada                                           | 25         | 20,8         |
| Em casa                                              | 16         | 13,3         |
| Casa de amigo                                        | 15         | 12,5         |
| Casa de parentes                                     | 5          | 4,2          |
| Bar/restaurante próximo ao local de trabalho         | 4          | 3,3          |
| Bebe a mesma quantidade em qualquer lugar            | 4          | 3,3          |
| Shopping Center                                      | 3          | 2,5          |
| Hotel/Motel                                          | 2          | 1,7          |
| Bar/restaurante próximo à escola ou faculdade        | 2          | 1,7          |
| No trabalho                                          | -          | -            |
| Dirigindo                                            | -          | -            |
| Esporte                                              | -          | -            |
| Outro                                                | -          | -            |
| Não sabe ou não respondeu                            | 17         | 14,2         |
| <b>Total</b>                                         | <b>120</b> | <b>100,0</b> |

Na questão 40, os participantes, que não pararam de beber, foram questionados quanto ao aparecimento de problemas decorrentes do uso de bebida alcoólica nos últimos 30 dias. Trata-se de uma pergunta dicotômica e nenhum respondente reportou dúvidas em seu preenchimento. Pensamos que tal questionamento se faz necessário, no sentido de prevenir o agravamento de algum dano relacionado ao uso de bebidas alcoólicas. Apenas 2% (1) relataram ter apresentado problemas decorrentes do uso do álcool, enquanto, 80% (53) descrevem que não (gráfico 7).

A pesquisa nacional sobre os padrões de consumo de álcool de 2007 revelou, nos últimos 12 meses, que 29% da população que fez uso de bebida alcoólica, não tiveram problemas decorrentes de tal uso. Já, 23% relataram que beberam e tiveram problemas, e 48% nunca beberam ou não beberam no último ano (LARANJEIRA et al., 2007).



Gráfico 7 - Descrição dos usuários de álcool quanto ao aparecimento de problemas relacionados ao beber, nos últimos 30 dias. Rio de Janeiro, 2010

A questão 41 procurava conhecer o principal problema decorrente do uso de bebida alcoólica. Era uma pergunta fechada e só admitia uma resposta. O participante que declarou na pergunta 40 ter apresentado algum problema decorrente do uso de álcool, preenchia esta questão. Enquanto, aqueles que não declararam, eram direcionados para a questão 42. Tanto esta questão quanto a pergunta 40, apresentaram baixa frequência de resposta, portanto, devem ser revistas no sentido de repensar uma forma de identificar os problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas, uma vez que, geralmente, o próprio usuário não percebe os problemas ou tem dificuldade de admiti-los. Ou deve-se repensar quanto a continuação dessas questões no corpo do questionário. Pela tabela 23, apenas uma pessoa relatou ter problemas de ordem social.

Tabela 23 - Distribuição das respostas dos participantes quanto ao principal problema decorrente do uso de bebida alcoólica. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Problemas pelo uso de álcool</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>     |
|-------------------------------------|-----------|--------------|
| Sociais                             | 1         | 7,7          |
| Físicos                             | -         | -            |
| No trabalho                         | -         | -            |
| Legais                              | -         | -            |
| Familiares                          | -         | -            |
| Envolvimento em brigas              | -         | -            |
| Não respondeu                       | 12        | 92,3         |
| <b>Total</b>                        | <b>13</b> | <b>100,0</b> |

No primeiro levantamento domiciliar, em 2001, 7,1% da população relataram problemas pessoais decorrentes do uso de bebidas alcoólicas. Foram considerados no âmbito da pesquisa, como problemas pessoais, problemas com familiares, amigos, no trabalho, com a

polícia, ou algum problema emocional ou psicológico (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2002).

A pesquisa nacional revelou vários problemas decorrentes do uso de álcool na população brasileira, no último ano, o que não se assemelha ao estudo em questão, uma vez que apenas uma pessoa relatou ter problemas sociais. 38% da população revelaram ter problemas físicos, 18% com familiares, 17% sociais e com violência, 8% no trabalho e 2% legais (LARANJEIRA et al., 2007).

Na questão 42, os participantes foram indagados se o consumo de álcool e outras drogas afetam o desenvolvimento do seu trabalho. Era caracterizada por ser fechada e só admitia uma resposta. Os participantes que a preencheram não descreveram dificuldades. Por se tratar de uma pergunta subjetiva, já que questionava a opinião do participante, deve ser revista com o intuito de não influenciar o respondente a marcar uma resposta. Além disso, como muitos marcaram a opção “discordo fortemente”, temos que averiguar sua importância em mantê-la no corpo do questionário. Pelo gráfico 8 verificamos que muitos participantes que usam drogas discordaram fortemente (33,3%) ou somente discordaram (28,8%). 10,6% concordaram e, 7,6%, concordaram fortemente.

Alguns estudos têm retratado que o uso de drogas no âmbito do trabalho acarreta conseqüências negativas, tanto para as empresas quanto para os trabalhadores, tais como: absenteísmo, atrasos, aumento de acidentes de trabalho, conflitos e problemas disciplinares. Essas informações podem ser apoiadas pelos resultados do levantamento sobre o uso de drogas entre trabalhadores de indústria, realizado pelo SESI e pela SENAD.

Tal levantamento evidenciou que não há uma associação significativa entre o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e a ocorrência de problemas no trabalho, tais como: faltas, atrasos e acidentes de trabalho. Porém, em relação aos acidentes de trabalho, foi encontrada uma maior probabilidade de ocorrência entre os trabalhadores que informaram um uso excessivo de álcool (SESI, 2000).

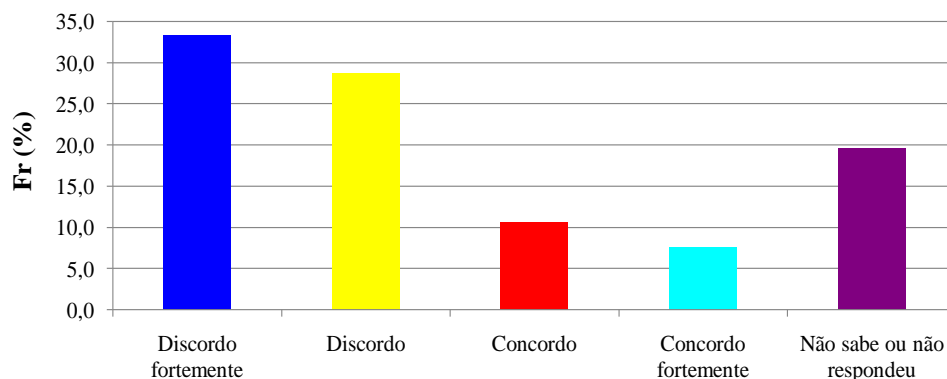


Gráfico 8 - Opinião dos usuários se o consumo de álcool e outras drogas afetam o desenvolvimento do seu trabalho. Rio de Janeiro, 2010

Pretendíamos com a questão 70 (gráfico 9) saber se a instituição de saúde onde o participante trabalha desenvolve algum programa de prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Era uma pergunta fechada e dicotômica, porém, também havia a opção “não sei”. Caso o participante respondesse “não” ou “não sei”, era direcionado para a questão 72. Supõe-se que esta pergunta foi de fácil preenchimento, uma vez que não foi relatada nenhuma dificuldade por parte dos participantes. A importância desta questão está relacionada ao fato de averiguar se a instituição empregadora atenta para as questões das drogas no ambiente de trabalho e como isso pode prejudicar, não somente a instituição de saúde, mas o profissional de saúde e o paciente que se encontra internado. Pois o trabalhador de saúde que exerce sua atividade laboral sob o efeito de drogas, coloca em risco sua própria vida e a do paciente.

Pelo gráfico 9, é possível observar que a maioria dos participantes (62,2%) declarou que a instituição de saúde em que trabalha não desenvolve programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Somente 18,9% relataram que existe algum programa de prevenção e, 17,1% responderam que não sabe se a instituição onde trabalha realiza algum programa de prevenção.

Há alguns anos, muitas empresas não pensavam em implantar programas de prevenção ao uso do álcool e outras drogas no ambiente de trabalho, destinados aos seus funcionários. Porém, com o passar do tempo verificaram que existia uma associação entre o consumo de drogas e o desempenho de determinadas funções, que poderiam prejudicar a produção e acarretar acidentes de trabalhos, além de aumentar a taxa de absenteísmo. Assim, algumas empresas passaram a desenvolver os programas de prevenção e tratamento do uso abusivo de

drogas, pois observaram que aumentando a qualidade de vida do trabalhador, também, contribui para o aumento da produção (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2008).

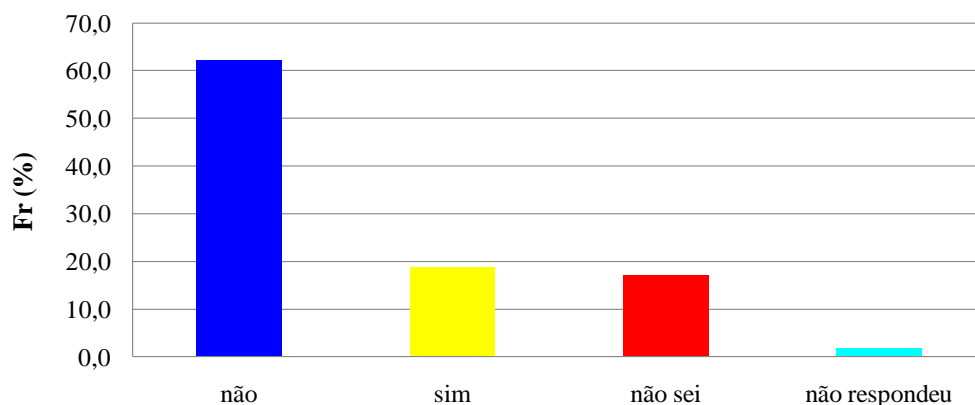


Gráfico 9 - Distribuição da população quanto ao desenvolvimento de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas pela instituição de saúde em que trabalha. Rio de Janeiro, 2010

A questão 71 era destinada aos participantes que marcaram a opção “sim” na pergunta anterior. Questionava as atividades de prevenção ao uso de álcool e outras drogas realizadas pelas instituições de saúde em que os participantes trabalhavam. Decidiu-se por colocar esta pergunta aberta no questionário, propositadamente, para possibilitar identificar os tipos de atividades de prevenção ao uso de drogas realizadas pelas instituições empregadoras. Sabemos que cada instituição apresenta características organizacionais específicas, neste contexto, a forma de lidar com o problema do uso de drogas pelo trabalhador diverge de uma para outra. Os participantes não reportaram dificuldades acerca do preenchimento desta questão. Por ser uma pergunta aberta, as respostas foram categorizadas, conforme está demonstrado na tabela 24. As atividades mais frequentes foram: prevenção contra o uso de tabaco (20%), grupos de apoio (16,7%), encaminhamento para atendimento especializado (13,3%) e palestras (13,3%).

Segundo a pesquisa realizada pela SENAD, sobre o mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007, as atividades desenvolvidas para o uso indevido de álcool e outras drogas pelas instituições são: prevenção ao uso indevido de álcool e drogas

(referido por todos); tratamento recuperação e reinserção social (72,4%); redução de danos sociais e à saúde (39,9%); ensino e pesquisa (4,3%). (CARVALHO, 2007).

Tabela 24 - Proporção de respostas dos participantes quanto as atividades de prevenção ao uso de álcool e outras drogas realizadas pelas instituições de saúde em que trabalham. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Atividades de prevenção ao uso de drogas</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>     |
|-------------------------------------------------|-----------|--------------|
| Prevenção contra ao uso de tabaco               | 6         | 20,0         |
| Grupos de apoio                                 | 5         | 16,7         |
| Encaminhamento para atendimento especializado   | 4         | 13,3         |
| Palestras                                       | 4         | 13,3         |
| Auxílio farmacológico                           | 2         | 6,7          |
| Campanhas                                       | 1         | 3,3          |
| Cartazes                                        | 1         | 3,3          |
| Reuniões                                        | 1         | 3,3          |
| Acompanhamento dos familiares                   | 1         | 3,3          |
| Dramatizações                                   | 1         | 3,3          |
| Não sabe ou não respondeu                       | 4         | 13,3         |
| <b>Total</b>                                    | <b>30</b> | <b>100,0</b> |

Os participantes foram perguntados na questão 72, quanto a existência de bares/restaurantes que vendem bebidas alcoólicas próximo ao local de trabalho. Trata-se de uma pergunta fechada e dicotômica. Pensou-se com esta pergunta, que talvez o uso de drogas por alguns trabalhadores possa estar atrelado ao fato de existir lojas que vendem bebidas alcoólicas próximas ao local de trabalho. Porém, alguns participantes consideraram que esta questão não está relacionada ao trabalho, apesar de nenhuma dúvida ter sido descrita em relação ao preenchimento. Dessa forma, esta pergunta deve ser revista no sentido de analisar quanto a sua permanência no corpo do questionário.

Mais da metade dos participantes, 87,4%, responderam que existem bares ou restaurantes que vendem bebidas alcoólicas, próximos ao local de trabalho. 10,8% relataram que não existem estabelecimentos que vendem bebidas e, 1,8% dizem não saber, vide tabela 25.

Tabela 25 - Distribuição da população quanto a existência de bares/restaurantes que vendem bebidas alcoólicas próximos ao local de trabalho. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Estabelecimentos que vendem bebidas alcoólicas próximo ao trabalho</b> | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Sim                                                                       | 97         | 87,4         |
| Não                                                                       | 12         | 10,8         |
| Não sabe ou não respondeu                                                 | 2          | 1,8          |
| <b>Total</b>                                                              | <b>111</b> | <b>100,0</b> |

Na questão 73, os participantes foram indagados se achavam que o fato de ter estabelecimentos, que vendem bebidas alcoólicas, próximo ao seu local de trabalho, está relacionado ao uso de álcool e outras drogas por trabalhadores de saúde. Era uma pergunta dicotômica e fechada, e admitia-se apenas uma resposta. Trata-se de uma questão subjetiva, uma vez que procurava conhecer a opinião dos participantes sobre o uso de drogas por profissionais de saúde devido à disponibilidade de bebidas alcoólicas em estabelecimentos próximos ao trabalho. Como os participantes não consideraram que a pergunta anterior tinha relação com o trabalho, e como esta questão está de certa forma atrelada a anterior, esta deve ser revista no sentido de estudar a possibilidade de ser alterada ou de ser retirada do corpo do questionário. Vale ressaltar que não foi reportada nenhuma sugestão ou dúvida em relação ao preenchimento desta pergunta por parte dos respondentes.

Grande parte dos participantes (73%) marcou a opção “não”, ou seja, não concordam que o fato de existir estabelecimentos próximos ao trabalho, pode acarretar o uso de álcool e outras drogas pelos profissionais de saúde, como está disposto no gráfico 10. Enquanto, 22% concordam com o fato.

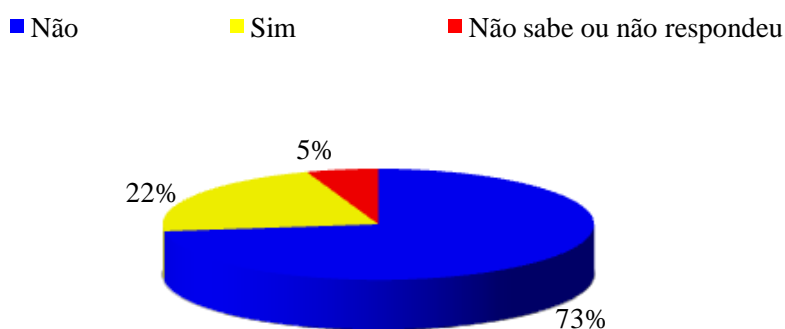


Gráfico 10 - Distribuição da população quanto ao uso de drogas por ter locais próximos ao trabalho que vendem bebidas alcoólicas. Rio de Janeiro, 2010



Na questão 74, procuramos conhecer a opinião dos participantes quanto ao uso de álcool e/ou outras drogas por funcionários devido a algum estresse no trabalho e/ou condições de trabalho. Trata-se de uma pergunta significativa na medida em que relacionam, num segundo plano, as características da instituição empregadora e da atividade laboral do profissional de saúde, as quais estão envolvidas no modo como o trabalhador reage diante das dificuldades deparadas no ambiente de trabalho e a procura por uma forma de escape, no caso as drogas. Nenhuma sugestão ou dificuldade foram apresentadas pelos respondentes ao preencherem esta questão. Era um pergunta dicotômica e fechada. Na tabela 26, observamos que 67,6% dos participantes concordaram e, 29,7% discordaram.

Tabela 26 - Opinião dos participantes quanto ao uso de álcool e outras drogas por funcionários devido ao estresse e/ou condições de trabalho. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Uso de drogas por trabalhadores</b> | <b>F</b> | <b>%</b> |
|----------------------------------------|----------|----------|
| Sim                                    | 75       | 67,6     |
| Não                                    | 33       | 29,7     |
| Não sabe ou não respondeu              | 3        | 2,7      |
| Total                                  | 111      | 100,0    |

O estresse laboral é proveniente da existência de fatores próprios da organização e ao conteúdo do trabalho. Os fatores podem ser de ordem quantitativa – quantidade de trabalho, pressões de tempo, altas demandas de atenção – quanto de ordem qualitativa – trabalho com pouca criatividade, baixo poder de decisão, escassa interação social – que podem provocar a potencialização de doenças ou aumentar a vulnerabilidade do trabalhador ao abuso de substâncias psicoativas (LANCHEROS CARRILLO; MAURO, 2004).

O trabalhador de enfermagem faz uso de substâncias psicoativas como uma forma de minimizar a tensão e o estresse. Esse mecanismo utilizado para negar ou reduzir a percepção da realidade que o faz sofrer, muitas vezes está associado as condições de trabalho, pois frequentemente os trabalhadores tem que desenvolver sua atividade laboral, mesmo quando se deparam com recursos materiais em condições inadequadas de funcionamento, de qualidade questionável, insuficientes, expondo a biosegurança do trabalhador e do cliente assistido (MARTINS; ZEITOUNE, 2007).

Na questão 75 (tabela 27), a opinião dos participantes foi questionada quanto a quem ou aonde os trabalhadores que têm problemas com o uso/abuso de álcool e outras drogas buscam apoio. Trata-se de uma pergunta fechada, porém, inicialmente, admitia-se somente uma resposta. No entanto, alguns participantes marcaram mais de uma resposta e, para

comparar com as demais opções marcadas, passamos a considerar mais de uma resposta. Também, existia a opção “outro” e uma lacuna ao lado para o participante especificar, caso marcasse essa resposta. Assim, observa-se que não ficou claro nesta questão quanto a possibilidade de marcar somente uma resposta, deve-se, portanto, ser reformulada para uma melhor compreensão do respondente acerca do que está sendo investigado na pergunta.

Não foi relatado por nenhum participante, que os trabalhadores que sofrem com problemas relacionados ao álcool e outras drogas buscam apoio na empresa, como está demonstrado na tabela 27. Entretanto, 30,4% acham que os trabalhadores buscam apoio na família e, 26,8%, na igreja.

Os participantes que marcaram a opção “outros” descreveram que os trabalhadores buscam apoio em instituições especializadas (alcoólicos anônimos e Centros de Atenção Psicossocial) ou amigos. Contudo, alguns acham que esses trabalhadores não buscam apoio.

Tabela 27 - Opinião dos participantes sobre a quem ou aonde os funcionários que têm problemas relacionados ao uso de álcool e drogas buscam apoio. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Locais onde buscam apoio</b> | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|---------------------------------|------------|--------------|
| Na empresa                      | -          | -            |
| Na família                      | 42         | 30,4         |
| Na igreja                       | 37         | 26,8         |
| Nos colegas de trabalho         | 20         | 14,5         |
| Nos profissionais de saúde      | 18         | 13,0         |
| Outro                           | 21         | 15,2         |
| <b>Total</b>                    | <b>138</b> | <b>100,0</b> |

Pela pesquisa de mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais do Brasil de atenção às questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, realizada pela SENAD, mostrou que entre as instituições governamentais o acesso das pessoas atendidas se dá, na maioria das vezes, pela demanda do próprio usuário e/ou familiares diretamente à instituição (74,5%); o acesso, também, pode ser pelas atividades realizadas pela instituição na comunidade (70,3%), por encaminhamentos de outras instituições (69,6%). (CARVALHO, 2007).

Por outro lado, os principais meios de acesso às instituições não-governamentais são: demanda do próprio usuário e/ou familiares diretamente à instituição (85,2%); encaminhamentos de outras instituições (76,2%), atividades realizadas pela instituição na comunidade (71,4%) (CARVALHO, 2007).

Pela questão 76 (tabela 28), procurou-se saber dos participantes que tipo de melhorias poderia ajudar a diminuir o uso de álcool e outras drogas pelos trabalhadores. Nesta pergunta suas opções eram fechadas e podia-se marcar mais de uma resposta. Através desta questão seria possível perceber que, às vezes, o problema do uso de álcool e drogas pelos trabalhadores se resolveria com uma melhoria simples no ambiente de trabalho. Por isso, é de suma importância conhecer a opinião dos trabalhadores, pois são eles que estão dia-a-dia se deparando com os problemas relativos ao posto de trabalho. Nenhuma dúvida foi retratada sobre o preenchimento desta questão por parte dos respondentes.

A resposta que mais se destacou com 18,7% foi “melhorias no ambiente de trabalho”, seguida da opção “alteração da carga horária de trabalho” (15,9%), como está exposto na tabela 28. As opções “poder dar sugestões para melhoria do trabalho” e “implantação de um plano de carreira” foram marcadas 10,3%, cada uma. Na opção “outra”, as respostas mais frequentes foram: apoio psicológico, programas de orientação e educação continuada.

O trabalho se constitui em uma das ações mais importante na vida das pessoas, porque é através de sua atividade que o ser humano adquire os elementos essenciais para a sua própria subsistência e de seus familiares. Dessa forma, o meio ambiente de trabalho pode estar constituído de fatores de risco ao uso indevido de álcool e outras drogas pelos trabalhadores, como: sobrecarga de trabalho (baixa estima, trabalho com escassa motivação e com alta demanda), insuficiente carga de trabalho (pouco estimulante, rotineiro e repetitivo), e pouca organização do trabalho (LANCHEROS CARRILLO; MAURO, 2004).

Assim, os tipos de melhorias propostos pelos participantes podem vir ajudar a reduzir o uso indevido de álcool e outras drogas pelos trabalhadores de enfermagem. Pois, sabe-se que uma grande parte dos profissionais de saúde tem mais de um emprego e, conseqüentemente, uma dupla ou tripla jornada de trabalho. Exercendo sua atividade laboral sem ter oportunidade de sugerir algum tipo de melhoria no trabalho.

Tabela 28 - Opinião dos participantes sobre o tipo de melhorias que poderia reduzir o uso de álcool e outras drogas pelos trabalhadores. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Tipo de melhorias</b>                       | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|------------------------------------------------|------------|--------------|
| Melhorias no ambiente de trabalho              | 80         | 18,7         |
| Alteração da carga horária de trabalho         | 68         | 15,9         |
| Poder dar sugestões para melhoria do trabalho  | 44         | 10,3         |
| Implantação de um plano carreira               | 44         | 10,3         |
| Melhor relação entre os funcionários           | 39         | 9,1          |
| Poder opinar em relação ao seu trabalho        | 38         | 8,9          |
| Melhor relação com o patrão                    | 37         | 8,6          |
| Horário de almoço adequado                     | 34         | 7,9          |
| Mais transportes próximos ao local de trabalho | 29         | 6,8          |
| Outra                                          | 15         | 3,5          |
| <b>Total</b>                                   | <b>428</b> | <b>100,0</b> |

Na questão 77 (gráfico 11), buscou-se conhecer a opinião dos participantes em relação ao desenvolvimento de algum programa de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, pela instituição de saúde em que trabalham. Trata-se de uma pergunta dicotômica e fechada. O participante que marcava a opção “não” era direcionado para a pergunta 79, aqueles que marcavam a opção “sim”, passava para a questão seguinte. Apesar de nenhuma dúvida ter sido retratada sobre o preenchimento desta pergunta por parte dos respondentes, observamos que não havia uma opção para o respondente que, na questão 70, indicou a realização de programa de prevenção ao uso de drogas pela instituição de saúde em que trabalha. Dessa forma, esta pergunta deve ser revista no sentido de evitar viés de informação, talvez se acrescentasse a opção “Já desenvolve”, facilitaria o seu preenchimento.

A maioria gostaria (82%) que fosse desenvolvido um programa de prevenção ao uso de drogas pela instituição de saúde onde trabalham. Enquanto, 13% não concordaram, vide o gráfico 11.

No levantamento sobre uso de drogas entre trabalhadores de indústrias revelou que mais de 70% dos trabalhadores referiram que gostariam de receber orientações sobre o uso de álcool e outras drogas. E, um percentual um pouco menor relatou que concordaria que essas informações fossem dadas pela empresa e seus familiares (65,9%). (SESI, 2000).

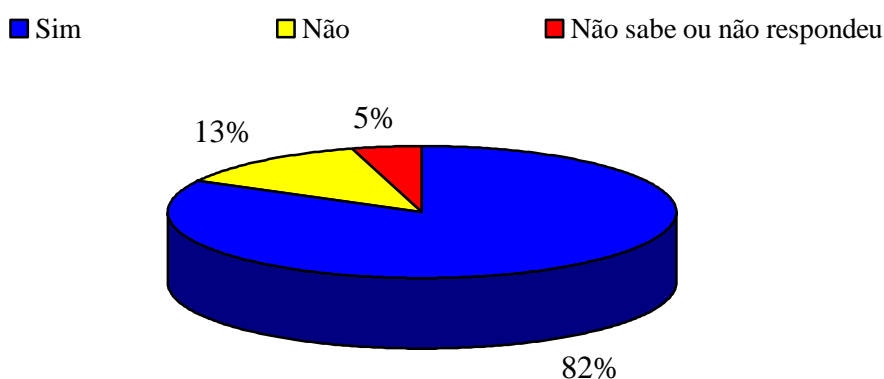


Gráfico 11 - Distribuição da população segundo a opinião sobre o desenvolvimento de programa de prevenção ao uso de álcool e drogas pela instituição de saúde em que trabalha. Rio de Janeiro, 2010

Na questão 78 (tabela 29) questionou-se a opinião dos participantes sobre quais atividades de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, gostariam que a instituição de saúde em que trabalham realizasse. Nesta pergunta as opções eram fechadas e admitia-se mais de uma resposta. Também havia a opção “outras atividades” e uma lacuna ao lado para que o respondente especificasse que outra atividade além das que estavam listadas nas opções anteriores gostaria que a instituição de saúde em que trabalha desenvolvesse. Não foi reportada nenhuma dificuldade no preenchimento desta questão, no entanto, alguns participantes apontaram que esta é muito longa, devendo ser reduzida. Mais uma vez, este tipo de pergunta se faz importante para compreender de que forma os trabalhadores, sejam usuários ou não, lidam com a questão das drogas no ambiente de trabalho, ou seja, quais atividades acham importantes para auxiliar na redução do uso de drogas.

A proporção de respostas da questão 78 está demonstrada na tabela 29. As opções mais marcadas foram: “distribuição de materiais educativos” (11,1%); “palestras sobre drogas, HIV/AIDS, hepatite e/ou DSTs” (10,4%); “apresentação de relatos pessoais” (9,2%); “realização de fóruns, seminários, congressos, simpósios sobre álcool e/ou outras drogas” (8,5%); e “articulação com empresas públicas e privadas para incentivo à promoção de ações de prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas” (8,5%).

De acordo com a pesquisa da SENAD, realizada nas instituições de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil, os respondentes indicaram como as principais atividades de prevenção: palestras sobre drogas (86%); articulação com escolas e outras instituições de ensino para a realização de atividades de prevenção (62,1%); dinâmicas de grupo (61,2%); apresentação de relatos pessoais (60,4%);

distribuição de materiais educativos (60,1%); exibição de filmes (56,9%); e palestras sobre HIV/Aids, hepatite e/ou doenças sexualmente transmissíveis (52%). (CARVALHO, 2007).

Comparando o resultado deste estudo com os dados da pesquisa da SENAD, verifica-se uma diferença em relação ao grau de importância das atividades de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas, atribuídos pelos participantes nos dois estudos. Enquanto, no primeiro, a opção mais marcada foi “distribuição de materiais educativos”, no segundo, foi “palestras sobre drogas”. Essa inversão da proporção de respostas mais marcadas entre os dois estudos, ocorreu para outras opções, as quais podem ser conferidas nos dois parágrafos anteriores.

Tabela 29 - Opinião dos participantes sobre quais atividades de prevenção ao uso de álcool e outras drogas gostariam que a instituição empregadora realizasse. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Atividades para prevenção ao uso de drogas</b>                                                                                      | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Distribuição de materiais educativos                                                                                                   | 64         | 11,1         |
| Palestras sobre drogas, HIV/AIDS, hepatite e/ou DSTs                                                                                   | 60         | 10,4         |
| Apresentação de relatos pessoais                                                                                                       | 53         | 9,2          |
| Realização de fóruns, seminários, congressos, simpósios sobre álcool e/ou outras drogas                                                | 49         | 8,5          |
| Articulação com empresas públicas e privadas para incentivo à promoção de ações de prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas | 49         | 8,5          |
| Realização de atividades esportivas e/ou jogos                                                                                         | 36         | 6,2          |
| Articulação com os meios de comunicação para a veiculação de informações sobre prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas     | 34         | 5,9          |
| Articulação com escolas e outras instituições de ensino para a realização de atividades de prevenção                                   | 31         | 5,4          |
| Exibição de filmes                                                                                                                     | 30         | 5,2          |
| Realização de campanhas comunitárias de prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas                                            | 30         | 5,2          |
| Realização de eventos em datas festivas e/ou comemorativas                                                                             | 29         | 5,0          |
| Realização de eventos culturais, turísticos e sociais                                                                                  | 26         | 4,5          |
| Distribuição de preservativos                                                                                                          | 25         | 4,3          |
| Criação/apresentação de peças de teatro                                                                                                | 21         | 3,6          |
| Realização de eventos de mobilização comunitária                                                                                       | 20         | 3,5          |
| Produção e distribuição de histórias em quadrinhos                                                                                     | 11         | 1,9          |
| Outras atividades                                                                                                                      | 9          | 1,6          |
| <b>Total</b>                                                                                                                           | <b>577</b> | <b>100,0</b> |

A questão 79 era aberta com o propósito de ser um meio de expressão dos participantes. Através desta pergunta, buscou-se coletar as sugestões que poderiam

facilitar/melhorar o desenvolvimento da atividade laboral dos respondentes. Nenhuma dúvida foi reportada pelos participantes sobre o preenchimento desta questão. Por ser uma pergunta aberta, as respostas foram categorizadas em: questões organizacionais, relacionamento social, recursos financeiros, recursos materiais, recursos humanos e atividades cognitivas, as quais podem ser visualizadas pela tabela 30.

Tabela 30 - Proporção de respostas dos participantes sobre as sugestões para facilitar/melhorar a atividade laboral. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Sugestões</b>          | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|---------------------------|------------|--------------|
| Questões organizacionais  | 71         | 39,9         |
| Relacionamento social     | 26         | 14,6         |
| Recursos financeiros      | 17         | 9,6          |
| Recursos humanos          | 16         | 9,0          |
| Atividades cognitivas     | 7          | 3,9          |
| Recursos materiais        | 2          | 1,1          |
| Não sabe ou não respondeu | 39         | 21,9         |
| <b>Total</b>              | <b>178</b> | <b>100,0</b> |

Dentre as questões organizacionais, a sugestão que mais se destacou foi a redução da carga horária de trabalho, seguida de melhores condições de trabalho e vínculo empregatício com estabilidade. Em relacionamento social, foi descrito o reconhecimento, melhor relação interpessoal e com a chefia, e lazer. Muitos participantes, também, sugeriram o aumento do salário mensal e do quantitativo de recursos humanos.

Dessa forma, se faz importante conhecer o grau de satisfação dos trabalhadores na instituição em que desenvolvem sua atividade laboral, para possibilitar o reconhecimento dos fatores de riscos e dos fatores protetores ao consumo de drogas, sejam estas lícitas ou ilícitas, pois a insatisfação no trabalho se produz pelo desajuste entre as expectativas do trabalhador e o modo como devem executar suas funções laborais.

Além do fato de muitos trabalhadores se sentirem oprimidos, por não terem abertura para sugerir alguma mudança no seu ambiente de trabalho ou pelo não reconhecimento do seu desempenho, sendo sempre cobrado para executar suas atividades com maior rapidez e cadência, devido a máquina que impulsiona o mercado, o capitalismo, ou pela existência de relações deficientes entre companheiros, supervisores e subordinados.

Após a questão 79 havia um espaço para sugestões. Neste os respondentes poderiam descrever as perguntas que consideraram como sendo de difícil compreensão ou as que

tiveram dificuldade para responder, justificando e apresentando sugestões para melhorar a compreensão das perguntas sinalizadas.

Muitos participantes relataram que não tiveram dificuldade para responder ou compreender as questões do questionário. No entanto, vinte pessoas descreveram algumas dificuldades e sugestões, as quais estão apresentadas na tabela 31.

A compreensão de que o termo “drogas” refere-se tanto as drogas lícitas quanto as ilícitas foi uma das dificuldades mais apresentada pelos respondentes (11,1%). Tendo sido sugerido a especificação do termo drogas no enunciado da questão, colocando os tipos de drogas que estão sendo investigados no âmbito da questão.

Tabela 31 - Distribuição proporcional das dificuldades e sugestões descritas pelos participantes sobre algumas questões do questionário. Rio de Janeiro, 2010

| Questões         | Dificuldades/Sugestões                                                                                                                                                                                | F  | %     |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| 15               | Os intervalos de tempo não são regulares.                                                                                                                                                             | 1  | 3,7   |
| 16               | Deve ser mais específica em relação ao trabalho com maior carga horária. Indicar no enunciado atividade ou setor principal.                                                                           | 2  | 7,4   |
| 17               | Indicar no enunciado atividade ou setor principal.                                                                                                                                                    | 1  | 3,7   |
| 18               | Indicar no enunciado atividade ou setor principal.                                                                                                                                                    | 1  | 3,7   |
| 19               | Indicar no enunciado atividade ou setor principal.                                                                                                                                                    | 1  | 3,7   |
| 20               | Retirar.                                                                                                                                                                                              | 1  | 3,7   |
| 22               | Especificar os tipos de drogas, se são lícitas ou ilícitas.                                                                                                                                           | 3  | 11,1  |
| 37               | Difícil compreensão. Colocar as opções: "Experimentei, porém nao faço uso"; "Não gosto de bebida alcoolica".                                                                                          | 6  | 22,2  |
| 38               | Difícil compreensão. Colocar a opção: "Nunca bebi na vida".                                                                                                                                           | 3  | 11,1  |
| 42               | Duvidosa. Se marcar "concordo" está afirmando que o trabalho é afetado e que sempre está alcoolizado. Se responder "discordo", pode significar que nao faço uso de álcool quando está indo trabalhar. | 2  | 7,4   |
| 72               | Não está relacionada ao trabalho.                                                                                                                                                                     | 1  | 3,7   |
| 78               | Reduzir. Questão muito longa.                                                                                                                                                                         | 1  | 3,7   |
| Sugestões gerais | Colocar perguntas para quem bebe socialmente;                                                                                                                                                         | 2  | 7,4   |
|                  | Especificar que álcool também é uma droga;                                                                                                                                                            | 1  | 3,7   |
|                  | Ser mais claro quanto a possibilidade de marcar informações sobre dois empregos.                                                                                                                      | 1  | 3,7   |
| Total            |                                                                                                                                                                                                       | 27 | 100,0 |

As questões 37 e 38 também foram apontadas como de difícil compreensão pelos respondentes (22,2% e 11,1%, respectivamente). As dificuldades apresentadas foram reportadas, principalmente, pelos participantes que não fazem uso de álcool, os quais



sugeriram colocar algumas opções no corpo das referidas perguntas. Talvez o acréscimo dessas opções possa melhorar a compreensão da pergunta e evitar viés de informação.

Outra dificuldade encontrada pelos participantes se refere às questões sobre a história profissional, pois não estava claro no enunciado das questões que a informação investigada tinha relação com a principal atividade laboral desenvolvida pelo profissional de saúde, ou seja, o emprego que considerava primordial para sua vida profissional e seu sustento ou o emprego que exerce por mais tempo.

Como, geralmente, o trabalhador de saúde possui mais de um emprego, os participantes marcaram mais de uma resposta nas perguntas sobre a história profissional. Por isso, foram consideradas todas as respostas na análise dos dados para evitar a perda de informações.

A pergunta 20 procurava identificar se o participante tinha mais de um emprego ao questionar se possuía outra atividade regular que lhe dava rendimentos, além da principal atividade laboral desenvolvida em instituição de saúde. Porém, muitos não compreenderam o objetivo da questão, a qual teve um alto índice de respostas em branco.

Dessa forma, há uma necessidade de reformular algumas questões do questionário, a fim de melhorar a compreensão dos respondentes quanto ao enunciado e ao entendimento da informação que a questão se propõe investigar, reduzindo o viés de informação das respostas fornecidas.

#### **4.4 Aplicação do AUDIT**

A escala AUDIT também foi aplicada na população estudada, a fim de verificar consumo arriscado, presença de dependência e danos relacionados ao uso de álcool. Cabe ressaltar que o formato original da respectiva escala não foi alterado (as perguntas são as mesmas da escala original), uma vez que se trata de uma escala já validada para o contexto brasileiro.

Na escala, as perguntas apresentam várias opções de respostas, sendo que cada questão só admite uma resposta. Cada opção tem um valor entre parênteses que representa uma pontuação. O somatório dos pontos referentes a cada opção marcada equivale ao escore total. O escore total pode apresentar um valor mínimo de 0 (zero) e um valor máximo de 40, sendo que uma maior pontuação significa mais consumo de álcool, dependência e dano.

Quando o escore total varia entre 8 e 15 pontos, significa nível médio de problemas relacionados ao álcool; e, quando o total é igual a 16 ou acima, indica que o indivíduo apresenta alto nível de problemas relacionados ao uso de álcool.

O quadro 4 retrata o escore total do AUDIT para cada participante. Aquele que apresentou nível médio ou nível alto de problemas relacionados ao álcool está marcado com um “x”. É possível visualizar que 7 (6,3%) participantes apresentam escores totais que estão entre 8 e 15. Dois participantes (1,8%) apresentam escores acima de 16 pontos. Analisando os valores dos escores totais, pode-se verificar que a maioria dos participantes não apresenta problemas relacionados ao álcool.

Podemos comparar que a média (2,47) do escore total dos participantes, em relação a média (2,85) do escore total da pesquisa realizada pelo SESI em parceria com o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNIDOC) em indústrias, não teve uma diferença significativa (SESI, 2000). Assim, pode-se inferir que as duas populações apresentaram poucos problemas relacionados ao uso de álcool, e que a capacidade de mensuração, nos dois casos, foi similar.

A pesquisa realizada pelo SESI e pelo UNIDOC teve como objetivo avaliar se o Projeto de Prevenção ao Uso de Drogas no Trabalho e na Família, implantado em algumas indústrias anteriormente, teve influencia na redução do consumo de substâncias psicoativas pelos trabalhadores. Foram comparados os dados da pesquisa realizada antes da implantação e intervenção do projeto, com os resultados após a implantação do projeto. Através da comparação foi verificado que a implantação do referido projeto reduziu a frequência e o consumo de bebidas alcoólicas pelos trabalhadores (SESI, 2000).

| <b>Respondentes</b> | <b>Escore Total</b> | <b>Nível médio de problemas relacionados ao álcool</b> | <b>Nível alto de problemas de alcoolismo</b> |
|---------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1                   | 0                   |                                                        |                                              |
| 2                   | 6                   |                                                        |                                              |
| 3                   | 1                   |                                                        |                                              |
| 4                   | 1                   |                                                        |                                              |
| 5                   | 4                   |                                                        |                                              |
| 6                   | 0                   |                                                        |                                              |
| 7                   | 7                   |                                                        |                                              |
| 8                   | 1                   |                                                        |                                              |
| 9                   | 12                  | x                                                      |                                              |
| 10                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 11                  | 2                   |                                                        |                                              |
| 12                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 13                  | 4                   |                                                        |                                              |
| 14                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 15                  | 1                   |                                                        |                                              |
| 16                  | 1                   |                                                        |                                              |
| 17                  | 3                   |                                                        |                                              |
| 18                  | 5                   |                                                        |                                              |
| 19                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 20                  | 1                   |                                                        |                                              |
| 21                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 22                  | 3                   |                                                        |                                              |
| 23                  | 5                   |                                                        |                                              |
| 24                  | 3                   |                                                        |                                              |
| 25                  | 2                   |                                                        |                                              |
| 26                  | 4                   |                                                        |                                              |
| 27                  | 1                   |                                                        |                                              |
| 28                  | 1                   |                                                        |                                              |
| 29                  | 4                   |                                                        |                                              |
| 30                  | 1                   |                                                        |                                              |
| 31                  | 2                   |                                                        |                                              |
| 32                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 33                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 34                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 35                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 36                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 37                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 38                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 39                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 40                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 41                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 42                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 43                  | 9                   | x                                                      |                                              |
| 44                  | 21                  |                                                        | x                                            |
| 45                  | 7                   |                                                        |                                              |
| 46                  | 1                   |                                                        |                                              |
| 47                  | 2                   |                                                        |                                              |
| 48                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 49                  | 2                   |                                                        |                                              |
| 50                  | 11                  | x                                                      |                                              |
| 51                  | 1                   |                                                        |                                              |
| 52                  | 8                   | x                                                      |                                              |
| 53                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 54                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 55                  | 0                   |                                                        |                                              |
| 56                  | 0                   |                                                        |                                              |

Quadro 4 - Escore total e interpretação do AUDIT para cada participante. Rio de Janeiro, 2010

(continua)

|     |    |   |   |
|-----|----|---|---|
| 57  | 0  |   |   |
| 58  | 5  |   |   |
| 59  | 0  |   |   |
| 60  | 5  |   |   |
| 61  | 0  |   |   |
| 62  | 10 | x |   |
| 63  | 0  |   |   |
| 64  | 5  |   |   |
| 65  | 0  |   |   |
| 66  | 2  |   |   |
| 67  | 0  |   |   |
| 68  | 2  |   |   |
| 69  | 1  |   |   |
| 70  | 2  |   |   |
| 71  | 2  |   |   |
| 72  | 1  |   |   |
| 73  | 7  |   |   |
| 74  | 8  | x |   |
| 75  | 0  |   |   |
| 76  | 2  |   |   |
| 77  | 3  |   |   |
| 78  | 3  |   |   |
| 79  | 16 |   | x |
| 80  | 7  |   |   |
| 81  | 3  |   |   |
| 82  | 0  |   |   |
| 83  | 2  |   |   |
| 84  | 8  | x |   |
| 85  | 2  |   |   |
| 86  | 1  |   |   |
| 87  | 1  |   |   |
| 88  | 2  |   |   |
| 89  | 1  |   |   |
| 90  | 0  |   |   |
| 91  | 1  |   |   |
| 92  | 2  |   |   |
| 93  | 1  |   |   |
| 94  | 1  |   |   |
| 95  | 7  |   |   |
| 96  | 4  |   |   |
| 97  | 0  |   |   |
| 98  | 1  |   |   |
| 99  | 0  |   |   |
| 100 | 2  |   |   |
| 101 | 1  |   |   |
| 102 | 0  |   |   |
| 103 | 1  |   |   |
| 104 | 2  |   |   |
| 105 | 6  |   |   |
| 106 | 7  |   |   |
| 107 | 0  |   |   |
| 108 | 0  |   |   |
| 109 | 0  |   |   |
| 110 | 0  |   |   |
| 111 | 0  |   |   |

Quadro 4 - Escore total e interpretação do AUDIT para cada participante. Rio de Janeiro, 2010  
(conclusão)

Uma outra forma de analisar os resultados da escala AUDIT se dá pelo somatório da pontuação de conjuntos de questões. Somam-se os pontos dos seguintes conjuntos de perguntas: a) questões 2 e 3; b) questões de 4 a 6; e c) questões de 7 a 10. Cada escore dos conjuntos de questões apresenta um significado diferente.

O somatório dos pontos das perguntas 2 e 3, quando totaliza 1 ou mais, significa que o indivíduo apresenta um consumo arriscado de álcool. Para as questões de 4 a 6, uma pontuação maior que zero, indica início ou presença de dependência em relação ao álcool e, qualquer ponto marcado nas questões de 7 a 10, sugere que o indivíduo já experimentou algum dano relacionado ao uso de álcool.

No quadro 5 encontra-se os escores dos conjuntos de questões para cada participante. Cada respondente que se enquadra na pontuação descrita no parágrafo supracitado, teve a interpretação do respectivo escore marcada com um “x” no quadro.

Verifica-se que 30,6% (34) dos participantes apresentaram escore igual a um ou acima no somatório dos pontos das questões 2 e 3. 7,2% (8) tiveram um escore maior que zero nas questões de 4 a 6; e 19,8% (22) dos participantes apresentaram algum ponto marcado nas questões de 7 a 10.

A partir dos escores das questões é possível observar que alguns participantes apresentam consumo arriscado de bebidas alcoólicas. Outros já experimentaram algum dano relacionado ao uso de álcool. Uma minoria da população indica início ou dependência em relação ao álcool.

Comparando-se estes resultados com o I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado pelo CEBRID, este mostrou que, numa relação entre o uso na vida e a dependência de álcool, cada seis pessoas que fizeram uso na vida de álcool, uma delas se torna dependente (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2002).

Em relação à quantidade de participantes (7,2%) que indicam um início ou quadro de dependência relacionado ao uso de bebidas alcoólicas, não difere significativamente quando comparado aos resultados da pesquisa sobre padrão de consumo de álcool realizada na população brasileira, que retratou uma taxa de 9% da população como dependente do álcool (LARANJEIRA et al., 2007).

Quanto ao consumo arriscado de álcool relatado pelos participantes, pode-se ser comparado ao beber em *binge*, que retrata o consumo de um volume excessivo de bebidas alcoólicas num curto espaço de tempo, sendo considerado um beber mais perigoso e frequentemente associado a problemas de ordem social, físico e mentais. Geralmente, os

acidentes de trânsito e violência estão associados a essa forma de ingestão de álcool (LARANJEIRA et al., 2007).

Os participantes declararam um consumo arriscado (beber em *binge*) de 30,6%, um pouco maior quando comparado a pesquisa nacional, em que 28% da população relataram ter bebido em *binge*, nos últimos 12 meses. Esses resultados demonstram a necessidade de implantar programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho, a fim de reduzir os custos sociais e de saúde, propiciando a melhora da qualidade de vida não só para o trabalhador, mas também para a sua família.

A taxa de resposta para as questões do AUDIT foi de 90%, o que denota que há uma fácil compreensão do conteúdo das perguntas. Os resultados obtidos, que se aproximam dos resultados de outros estudos, corroboram a importância deste instrumento para a detecção de problemas e da dependência relacionada ao álcool.

Em se tratando de uma população de trabalhadores, o AUDIT, parece, assim, confirmar seu valor como instrumento de detecção de problemas, o que pode permitir a intervenção, por parte das empresas e empregadores, sobre estas questões.

| Respondentes | Q2 + Q3 | Consumo arriscado | Q4+Q5+Q6 | Início ou presença de dependência do álcool | Q7+Q8+Q9+Q10 | Danos relacionados ao álcool já experimentado |
|--------------|---------|-------------------|----------|---------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|
| 1            | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 2            | 5       | x                 | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 3            | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 4            | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 5            | 0       |                   | 0        |                                             | 1            | x                                             |
| 6            | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 7            | 4       | x                 | 0        |                                             | 1            | x                                             |
| 8            | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 9            | 5       | x                 | 0        |                                             | 4            | x                                             |
| 10           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 11           | 1       | x                 | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 12           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 13           | 1       | x                 | 0        |                                             | 2            | x                                             |
| 14           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 15           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 16           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 17           | 1       | x                 | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 18           | 1       | x                 | 0        |                                             | 2            | x                                             |
| 19           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 20           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 21           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 22           | 0       |                   | 0        |                                             | 2            | x                                             |
| 23           | 2       | x                 | 0        |                                             | 2            | x                                             |
| 24           | 2       | x                 | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 25           | 1       | x                 | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 26           | 3       | x                 | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 27           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 28           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 29           | 2       | x                 | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 30           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 31           | 1       | x                 | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 32           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 33           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 34           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 35           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 36           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 37           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 38           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 39           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 40           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 41           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 42           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 43           | 6       | x                 | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 44           | 5       | x                 | 5        | x                                           | 9            | x                                             |
| 45           | 4       | x                 | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 46           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 47           | 0       |                   | 0        |                                             | 2            | x                                             |
| 48           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 49           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 50           | 3       | x                 | 0        |                                             | 5            | x                                             |
| 51           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 52           | 2       | x                 | 0        |                                             | 4            | x                                             |
| 53           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 54           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 55           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |
| 56           | 0       |                   | 0        |                                             | 0            |                                               |

Quadro 5 - Escores e interpretação dos conjuntos de perguntas do AUDIT para cada participante. Rio de Janeiro, 2010

(continua)

|     |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 57  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 58  | 2 | x | 0 |   | 1 | x |
| 59  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 60  | 3 | x | 0 |   | 0 |   |
| 61  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 62  | 1 | x | 1 | x | 6 | x |
| 63  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 64  | 1 | x | 1 | x | 1 | x |
| 65  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 66  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 67  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 68  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 69  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 70  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 71  | 0 |   | 0 |   | 1 | x |
| 72  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 73  | 3 | x | 0 |   | 1 | x |
| 74  | 3 | x | 1 | x | 2 | x |
| 75  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 76  | 0 |   | 1 | x | 0 |   |
| 77  | 2 | x | 0 |   | 0 |   |
| 78  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 79  | 5 | x | 1 | x | 6 | x |
| 80  | 0 |   | 1 | x | 4 | x |
| 81  | 2 | x | 0 |   | 0 |   |
| 82  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 83  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 84  | 0 |   | 0 |   | 8 | x |
| 85  | 0 |   | 0 |   | 2 | x |
| 86  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 87  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 88  | 1 | x | 0 |   | 0 |   |
| 89  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 90  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 91  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 92  | 1 | x | 0 |   | 0 |   |
| 93  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 94  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 95  | 3 | x | 1 | x | 1 | x |
| 96  | 2 | x | 0 |   | 0 |   |
| 97  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 98  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 99  | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 100 | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 101 | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 102 | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 103 | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 104 | 1 | x | 0 |   | 0 |   |
| 105 | 5 | x | 0 |   | 0 |   |
| 106 | 5 | x | 0 |   | 0 |   |
| 107 | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 108 | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 109 | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 110 | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 111 | 0 |   | 0 |   | 0 |   |

Quadro 5 - Escores e interpretação dos conjuntos de perguntas do AUDIT para cada participante. Rio de Janeiro, 2010  
(conclusão)



#### 4.5 Aplicação da Job Stress Scale

A aplicação da escala Job Stress Scale teve a finalidade de visualizar as condições de trabalho e o estresse, que pode ser desenvolvido pelo trabalhador, mediante a forma que desenvolve sua atividade laboral. A escala contém 17 questões, sendo dividida em três dimensões: demanda (5 questões), controle (6 questões) e apoio social (6 questões). Novamente, foi mantida a formatação original das questões, pois a referida escala foi validada para o português brasileiro.

As opções de respostas são apresentadas em escala tipo Likert (1-4). Para as dimensões demanda e controle, as respostas variam entre “frequentemente” e “nunca/quase nunca”. Enquanto, para a dimensão apoio social, as opções variam entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”.

Cada opção de resposta apresenta uma pontuação que varia de 1 a 4. Assim, para cada pergunta da escala se pode responder e obter pontuações de 1 a 4. Na dimensão demanda, o escore total varia entre 5 e 20 pontos, pois é composta por cinco perguntas. Quanto maior o valor do escore, maior a demanda oriunda do ambiente laboral e as repercussões sobre a estrutura psíquica e orgânica dos trabalhadores.

Nas dimensões controle e apoio social, por apresentarem seis questões cada uma, o escore total varia entre 6 e 24 pontos. Da mesma forma, quanto maior o escore total, maior o controle do trabalhador sobre o próprio trabalho ou o apoio social por parte da instituição empregadora, chefia e colegas de trabalho.

O apoio social tem a função de agir como um modificador de efeito do estresse no trabalho. Quanto maior o apoio indica menor desgaste na presença de alta exigência no trabalho.

Uma outra forma de avaliar o estresse no trabalho se faz através do cálculo da razão entre demanda e controle, ou seja, a razão de um escore pelo outro. Quanto maior for a demanda em relação ao controle, maior será o valor da razão e, conseqüentemente, maior o estresse no trabalho (alto desgaste). E vice-versa, quanto menor a razão, menor a demanda em relação ao controle e menor o estresse no trabalho (baixo desgaste).

A tabela 32 retrata a frequência absoluta e relativa das perguntas da Job Stress Scale. Enquanto, no quadro 6 está descrito os escores totais para cada participante, em relação as três dimensões da escala JSS, e a razão entre as dimensões demanda e controle.

Tabela 32 - Distribuição das respostas dos participantes referente a escala Job Stress Scale. Rio de Janeiro, 2010

| Perguntas                                                                                          | Frequentemente      |      | Às vezes                   |      | Raramente                  |      | Nunca ou quase nunca |      | Não respondeu |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|----------------------------|------|----------------------------|------|----------------------|------|---------------|-----|
|                                                                                                    | F                   | %    | F                          | %    | F                          | %    | F                    | %    | F             | %   |
| <i>Dimensão demanda</i>                                                                            |                     |      |                            |      |                            |      |                      |      |               |     |
| 1. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?               | 67                  | 60,4 | 40                         | 36,0 | 3                          | 2,7  | -                    | -    | 1             | 0,9 |
| 2. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)? | 63                  | 56,8 | 36                         | 32,4 | 8                          | 7,2  | 3                    | 2,7  | 1             | 0,9 |
| 3. Seu trabalho exige demais de você?                                                              | 59                  | 53,2 | 48                         | 43,2 | 2                          | 1,8  | 1                    | 0,9  | 1             | 0,9 |
| 4. Você tem tempo suficiente para cumprir com todas as tarefas de seu trabalho?                    | 38                  | 34,2 | 60                         | 54,1 | 11                         | 9,9  | 1                    | 0,9  | 1             | 0,9 |
| 5. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?                    | 33                  | 29,7 | 52                         | 46,8 | 18                         | 16,2 | 7                    | 6,3  | 1             | 0,9 |
| <i>Dimensão controle</i>                                                                           |                     |      |                            |      |                            |      |                      |      |               |     |
| 6. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?                                | 62                  | 55,9 | 33                         | 29,7 | 13                         | 11,7 | 2                    | 1,8  | 1             | 0,9 |
| 7. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?                            | 87                  | 78,4 | 18                         | 16,2 | 4                          | 3,6  | -                    | -    | 2             | 1,8 |
| 8. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?                                                   | 105                 | 94,6 | 5                          | 4,5  | -                          | -    | -                    | -    | 1             | 0,9 |
| 9. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?                           | 80                  | 72,1 | 27                         | 24,3 | 3                          | 2,7  | -                    | -    | 1             | 0,9 |
| 10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?                                                  | 26                  | 23,4 | 66                         | 59,5 | 14                         | 12,6 | 4                    | 3,6  | 1             | 0,9 |
| 11. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?                                                | 16                  | 14,4 | 51                         | 45,9 | 34                         | 30,6 | 8                    | 7,2  | 2             | 1,8 |
| Perguntas                                                                                          | Concordo totalmente |      | Concordo mais que discordo |      | Discordo mais que concordo |      | Discordo totalmente  |      | Não respondeu |     |
|                                                                                                    | F                   | %    | F                          | %    | F                          | %    | F                    | %    | F             | %   |
| <i>Dimensão apoio social</i>                                                                       |                     |      |                            |      |                            |      |                      |      |               |     |
| 12. Existe um ambiente calmo e saudável onde trabalho.                                             | 12                  | 10,8 | 35                         | 31,5 | 41                         | 36,9 | 22                   | 19,8 | 1             | 0,9 |
| 13. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.                                           | 36                  | 32,4 | 56                         | 50,5 | 18                         | 16,2 | -                    | -    | 1             | 0,9 |
| 14. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.                                      | 37                  | 33,3 | 56                         | 50,5 | 16                         | 14,4 | 1                    | 0,9  | 1             | 0,9 |
| 15. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem                                        | 22                  | 19,8 | 56                         | 50,5 | 32                         | 28,8 | 1                    | 0,9  | -             | -   |
| 16. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.                                              | 48                  | 43,2 | 51                         | 45,9 | 9                          | 8,1  | 2                    | 1,8  | 1             | 0,9 |
| 17. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.                                                        | 52                  | 46,8 | 53                         | 47,7 | 2                          | 1,8  | -                    | -    | 4             | 3,6 |

| <b>Respondentes</b> | <b>Escore demanda</b> | <b>Escore controle</b> | <b>Escore apoio social</b> | <b>Razão<br/>demanda/controle</b> |
|---------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1                   | 7                     | 13                     | 14                         | 0,54                              |
| 2                   | 8                     | 11                     | 15                         | 0,73                              |
| 3                   | 7                     | 13                     | 9                          | 0,54                              |
| 4                   | 9                     | 9                      | 13                         | 1,00                              |
| 5                   | 8                     | 12                     | 12                         | 0,67                              |
| 6                   | 8                     | 11                     | 10                         | 0,73                              |
| 7                   | 12                    | 12                     | 12                         | 1,00                              |
| 8                   | 8                     | 11                     | 9                          | 0,73                              |
| 9                   | 10                    | 15                     | 14                         | 0,67                              |
| 10                  | 8                     | 12                     | 10                         | 0,67                              |
| 11                  | 10                    | 10                     | 11                         | 1,00                              |
| 12                  | 10                    | 11                     | 15                         | 0,91                              |
| 13                  | 8                     | 14                     | 16                         | 0,57                              |
| 14                  | 9                     | 11                     | 12                         | 0,82                              |
| 15                  | 9                     | 13                     | 13                         | 0,69                              |
| 16                  | 6                     | 10                     | 13                         | 0,60                              |
| 17                  | 9                     | 14                     | 16                         | 0,64                              |
| 18                  | 9                     | 14                     | 14                         | 0,64                              |
| 19                  | 7                     | 11                     | 13                         | 0,64                              |
| 20                  | 8                     | 12                     | 14                         | 0,67                              |
| 21                  | 8                     | 12                     | 13                         | 0,67                              |
| 22                  | 8                     | 11                     | 12                         | 0,73                              |
| 23                  | 7                     | 12                     | 9                          | 0,58                              |
| 24                  | 14                    | 11                     | 6                          | 1,27                              |
| 25                  | 12                    | 9                      | 8                          | 1,33                              |
| 26                  | 9                     | 13                     | 7                          | 0,69                              |
| 27                  | 11                    | 13                     | 12                         | 0,85                              |
| 28                  | 8                     | 12                     | 13                         | 0,67                              |
| 29                  | 13                    | 10                     | 7                          | 1,30                              |
| 30                  | 12                    | 9                      | 8                          | 1,33                              |
| 31                  | 9                     | 13                     | 10                         | 0,69                              |
| 32                  | 10                    | 13                     | 16                         | 0,77                              |
| 33                  | 9                     | 9                      | 13                         | 1,00                              |
| 34                  | 10                    | 15                     | 15                         | 0,67                              |
| 35                  | 13                    | 10                     | 12                         | 1,30                              |
| 36                  | 10                    | 14                     | 16                         | 0,71                              |
| 37                  | 8                     | 14                     | 13                         | 0,57                              |
| 38                  | 10                    | 11                     | 14                         | 0,91                              |
| 39                  | 7                     | 12                     | 11                         | 0,58                              |
| 40                  | 9                     | 15                     | 16                         | 0,60                              |
| 41                  | 10                    | 9                      | 7                          | 1,11                              |
| 42                  | 8                     | 10                     | 11                         | 0,80                              |
| 43                  | 15                    | 14                     | 9                          | 1,07                              |
| 44                  | 10                    | 13                     | 12                         | 0,77                              |
| 45                  | 8                     | 12                     | 8                          | 0,67                              |
| 46                  | 18                    | 9                      | 7                          | 2,00                              |
| 47                  | 8                     | 9                      | 10                         | 0,89                              |
| 48                  | 11                    | 11                     | 7                          | 1,00                              |
| 49                  | 6                     | 12                     | 13                         | 0,50                              |
| 50                  | 11                    | 12                     | 12                         | 0,92                              |
| 51                  | 9                     | 11                     | 14                         | 0,82                              |
| 52                  | 14                    | 8                      | 12                         | 1,75                              |
| 53                  | 8                     | 15                     | 11                         | 0,53                              |
| 54                  | 10                    | 13                     | 9                          | 0,77                              |
| 55                  | 8                     | 12                     | 14                         | 0,67                              |
| 56                  | 13                    | 13                     | 9                          | 1,00                              |

Quadro 6 - Escores totais e razões entre duas dimensões para cada participante. Rio de Janeiro, 2010

(continua)

|                |          |           |           |          |
|----------------|----------|-----------|-----------|----------|
| 57             | 12       | 12        | 9         | 1,00     |
| 58             | 7        | 10        | 10        | 0,70     |
| 59             | 9        | 14        | 15        | 0,64     |
| 60             | 8        | 12        | 13        | 0,67     |
| 61             | 10       | 12        | 12        | 0,83     |
| 62             | 8        | 15        | 14        | 0,53     |
| 63             | 10       | 14        | 13        | 0,71     |
| 64             | 7        | 13        | 8         | 0,54     |
| 65             | 12       | 13        | 9         | 0,92     |
| 66             | 10       | 12        | 14        | 0,83     |
| 67             | 10       | 14        | 14        | 0,71     |
| 68             | 13       | 10        | 6         | 1,30     |
| 69             | 9        | 13        | 16        | 0,69     |
| 70             | 8        | 15        | 7         | 0,53     |
| 71             | 7        | 12        | 9         | 0,58     |
| 72             | 12       | 11        | 6         | 1,09     |
| 73             | 8        | 10        | 13        | 0,80     |
| 74             | 6        | 11        | 13        | 0,55     |
| 75             | 14       | 13        | 10        | 1,08     |
| 76             | 8        | 15        | 18        | 0,53     |
| 77             | 7        | 14        | 19        | 0,50     |
| 78             | 7        | 14        | 9         | 0,50     |
| 79             | 8        | 12        | 7         | 0,67     |
| 80             | 6        | 12        | 15        | 0,50     |
| 81             | 11       | 9         | 9         | 1,22     |
| 82             | 11       | 8         | 10        | 1,38     |
| 83             | 11       | 14        | 12        | 0,79     |
| 84             | 9        | 10        | 13        | 0,90     |
| 85             | 9        | 13        | 17        | 0,69     |
| 86             | 10       | 10        | 13        | 1,00     |
| 87             | 0        | 0         | 5         | -        |
| 88             | 11       | 9         | 10        | 1,22     |
| 89             | 10       | 11        | 13        | 0,91     |
| 90             | 9        | 13        | 15        | 0,69     |
| 91             | 8        | 8         | 8         | 1,00     |
| 92             | 9        | 11        | 10        | 0,82     |
| 93             | 8        | 11        | 15        | 0,73     |
| 94             | 7        | 14        | 15        | 0,50     |
| 95             | 12       | 9         | 7         | 1,33     |
| 96             | 14       | 11        | 9         | 1,27     |
| 97             | 12       | 10        | 11        | 1,20     |
| 98             | 13       | 11        | 7         | 1,18     |
| 99             | 12       | 13        | 14        | 0,92     |
| 100            | 11       | 13        | 13        | 0,85     |
| 101            | 17       | 13        | 13        | 1,31     |
| 102            | 9        | 10        | 15        | 0,90     |
| 103            | 15       | 11        | 10        | 1,36     |
| 104            | 9        | 10        | 8         | 0,90     |
| 105            | 9        | 13        | 12        | 0,69     |
| 106            | 9        | 10        | 10        | 0,90     |
| 107            | 10       | 11        | 12        | 0,91     |
| 108            | 14       | 14        | 12        | 1,00     |
| 109            | 10       | 15        | 9         | 0,67     |
| 110            | 10       | 11        | 12        | 0,91     |
| 111            | 7        | 11        | 10        | 0,64     |
| <b>Mediana</b> | <b>9</b> | <b>12</b> | <b>12</b> | <b>-</b> |

Quadro 6 - Escores totais e razões entre duas dimensões para cada participante. Rio de Janeiro, 2010

(conclusão)

Após o cálculo do escore total para cada dimensão, a mediana foi calculada como um ponto de corte que divide a escala em dois, para definir os respondentes que apresentaram alta ou baixa demanda, alto ou baixo controle e apoio social. Os valores das medianas das três dimensões podem ser visualizados no quadro 6. Tanto para a dimensão controle quanto para a dimensão apoio social, o valor da mediana é igual a doze. Enquanto, para a dimensão demanda, o valor da mediana corresponde a nove.

Através dos valores das medianas, é possível definir em que níveis das três dimensões os respondentes se enquadram. Entende-se como níveis das dimensões: baixa ou alta demanda, baixo ou alto controle e apoio social. Se os escores totais dos participantes forem iguais ou menores que o valor da mediana para cada dimensão, os respondentes se enquadram em baixa demanda, baixo controle ou baixo apoio social. Para os participantes com escores acima do valor da mediana ocorre o oposto.

Pela tabela 33 é possível observar, em relação a dimensão demanda, que 54,1% dos participantes apresentam baixa demanda psicológica. Em contraposição, mais da metade dos respondentes têm baixo controle sobre o trabalho (61,3%) e baixo apoio social (57,7%) por parte da chefia, dos colegas de trabalho ou da instituição empregadora.

Tabela 33 - Distribuição dos escores dos participantes segundo os níveis das dimensões. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Dimensões</b>    | <b>F</b> | <b>%</b> |
|---------------------|----------|----------|
| <i>Demanda</i>      |          |          |
| baixa               | 60       | 54,1     |
| alta                | 50       | 45,0     |
| não respondeu       | 1        | 0,9      |
| <i>Total</i>        | 111      | 100,0    |
| <i>Controle</i>     |          |          |
| baixo               | 68       | 61,3     |
| alto                | 42       | 37,8     |
| não respondeu       | 1        | 0,9      |
| <i>Total</i>        | 111      | 100,0    |
| <i>Apoio social</i> |          |          |
| baixo               | 64       | 57,7     |
| alto                | 47       | 42,3     |
| <i>Total</i>        | 111      | 100,0    |

Segundo Karasek et al. (1998), o trabalhador que tem baixa demanda e baixo poder de decisão sobre sua atividade laboral, pode se sentir desmotivado gerando uma perda gradual de habilidades ou conhecimentos anteriormente apreendidos. Também pode ocorrer uma redução da atividade global do trabalhador, inclusive de sua capacidade de solucionar problemas e intercorrências que possam vir ocorrer durante sua jornada de trabalho.

Assim, após o cálculo da mediana e da realização da frequência dos níveis das dimensões, foi realizada a combinação das situações de trabalho das dimensões demanda e controle, gerando quatro quadrantes: a) alta exigência: alta demanda e baixo controle; b) trabalho ativo: alta demanda e alto controle; c) trabalho passivo: baixa demanda e baixo controle; e d) baixa exigência: baixa demanda e alto controle.

Na tabela 34 podem ser visualizados os quadrantes e suas frequências, a partir da combinação das situações de trabalho citadas anteriormente. O trabalho passivo (33,3%) foi o mais freqüente dentre os demais quadrantes, seguido por alta exigência (27,9%) e baixa exigência (20,7%).

Tabela 34 - Frequencia dos quadrantes a partir da combinação dos níveis das dimensões demanda e controle. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Quadrantes</b> | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|-------------------|------------|--------------|
| Trabalho passivo  | 37         | 33,3         |
| Alta exigência    | 31         | 27,9         |
| Baixa exigência   | 23         | 20,7         |
| Trabalho ativo    | 19         | 17,1         |
| Não respondeu     | 1          | 0,9          |
| <b>Total</b>      | <b>111</b> | <b>100,0</b> |

O trabalho ativo aparece com a menor proporção, 17,1%, isto indica que os trabalhadores, provavelmente, desenvolvem o estresse relacionado as condições de trabalho, uma vez que o tipo de atividade laboral mais adequada a qualquer trabalhador é aquele que possibilita o alto controle sobre sua atividade, mesmo na presença de muita demanda psicológica. Isso é ratificado por Karasek et al. (1998) quando descrevem que o trabalhador sob condições de alta demanda psicológica e alto poder decisório, tem a possibilidade de desenvolver parcerias e novos comportamentos.

A representação das frequências absolutas dos quadrantes, descritas na tabela 34, pode ser visualizada na figura 3 através do Modelo Demanda-Controle de Karasek adaptado por Theorell.

|                 |       | <i>Demanda psicológica</i> |                       |
|-----------------|-------|----------------------------|-----------------------|
|                 |       | Baixa                      | Alta                  |
| <i>Controle</i> | Alto  | Baixo desgaste<br>(23)     | Ativo<br>(19)         |
|                 | Baixo | Passivo<br>(37)            | Alto desgaste<br>(31) |

Figura 3 - Representação das respostas da escala "Job Stress Scale" no Modelo Demanda-Controle de Theorell. Rio de Janeiro, 2010

Vale lembrar que um respondente não respondeu as perguntas das dimensões demanda e controle, impossibilitando de classificá-lo no referido Modelo de Theorell. Por isso, o somatório das frequências absolutas representadas no gráfico 12 é igual a 110.

No geral, não foi relatada nenhuma dificuldade quanto ao preenchimento da escala JSS pelos respondentes. Visto que a mesma já foi adaptada para o contexto brasileiro por Alves et al. (2004) e permite que seja investigada a associação do estresse com diversos problemas de saúde, apesar de não contemplar todos os aspectos inerentes ao ambiente de trabalho, mas pode ser complementada com a utilização de outras escalas.

Ao identificar aspectos relativos à subjetividade do trabalhador, a JSS surge como uma dimensão de mensuração relevante para a aplicação de questionários de prevalência e padrão de consumo de álcool e drogas entre trabalhadores.

No que se refere à possibilidade de explorar a relação entre variáveis da JSS com as de prevalência e padrão de consumo, em relação ao AUDIT não foram obtidos resultados estatisticamente significativos na relação entre a categoria de trabalhadores considerados "passivos" e o consumo de risco. No entanto, considera-se que esta é uma perspectiva a ser explorada em estudos adicionais, já que permitiria a identificação de fatores de risco especificamente relacionados às exigências do trabalho.

## 5 CONCLUSÃO

Na busca em averiguar se as condições de trabalho contribuem para o uso de álcool e outra droga pelos trabalhadores pensou-se em um instrumento de coleta de dados que mantivesse o sigilo e o anonimato do trabalhador, mas que possibilitasse verificar a prevalência e o padrão de consumo de álcool e drogas, além da história ocupacional, do estresse laboral, e das formas de enfrentamento por parte do trabalhador e das instituições empregadoras em relação ao uso de drogas.

Entendemos que um instrumento com tal abrangência precisava ser, preferencialmente, auto-aplicável. Especulava-se que um instrumento com esta característica poderia proporcionar respostas mais fidedignas, na medida em que o trabalhador se sentisse mais confiante ao perceber que não estava sendo identificado.

A partir dessa suposição foi realizada uma revisão bibliográfica dos instrumentos auto-aplicáveis, que mensurassem o padrão de consumo de drogas no âmbito da saúde do trabalhador. Verificou-se que o instrumento de coleta de dados mais utilizado pelos estudos foi o questionário. As variáveis mensuradas foram as características sócio-demográficas, ocupacionais e psicossociais, que eram relacionadas aos índices de prevalência do uso de álcool e outras drogas.

Destaca-se a utilização do CAGE e do AUDIT nos estudos analisados, principalmente, por serem ferramentas de rastreio de problemas relacionados ao uso de álcool, traduzidas e adaptadas para diversas línguas. O álcool está culturalmente difundido em várias sociedades do mundo, por isso foi a droga com maior frequência de investigação. No que se refere ao uso de instrumentos sobre as variáveis relacionadas ao trabalho, estas foram obtidas a partir da aplicação de escalas de burnout e de estresse.

Em sua maioria, os estudos analisados eram recentes. Isso pode ser uma evidência do crescimento de problemas relacionados ao uso de drogas pelos trabalhadores, decorrentes do modo de produção impulsionado pelo mercado, com conseqüente aumento de intensidade e ritmo sobre a atividade laboral, exigindo, inclusive, trabalhadores polivalentes. Somente estudos capazes de analisar a relação entre as mudanças organizacionais e nas condições de trabalho e sua relação com o uso de álcool e drogas poderão responder em que medida esta intensificação do trabalho resulta no aumento da prevalência do consumo de drogas.

Através da revisão de literatura sobre os questionários que avaliam o padrão de consumo de álcool e drogas entre trabalhadores foi verificado que muitos não eram auto-



aplicáveis. Foi decidido elaborar um questionário que mensurasse além do padrão de uso de drogas, as variáveis relativas às características da atividade laboral e as ações de prevenção ao uso de drogas por parte dos trabalhadores e das instituições empregadoras, porém de forma que o próprio trabalhador respondesse.

A elaboração do questionário foi baseada na revisão de literatura da primeira etapa do estudo e em instrumentos utilizados em pesquisas sobre drogas, como as realizadas em âmbito nacional. As questões mais relevantes e que tinham relação com os objetivos deste estudo foram adaptadas. Também foram utilizadas duas escalas validadas previamente no contexto brasileiro, o AUDIT e a JSS.

O AUDIT foi escolhido por ser uma escala amplamente utilizada em estudos sobre avaliação do uso de álcool, que, em geral, é a droga mais consumida em nossa sociedade, como retrata as pesquisas de âmbito nacional. Enquanto, a JSS é uma escala que avalia o estresse laboral através das condições de trabalho, que pode ser aplicada para qualquer tipo atividade laboral. É um formato reduzido e adaptado do JCQ.

Vale lembrar a estrutura do questionário elaborado, que foi constituído de cinco partes: I - informações sócio-demográficas; II - informações ocupacionais; III - informações sobre o consumo de álcool e outras drogas; IV - informações sobre o estresse laboral; e V - informações a realização de programa de prevenção ao uso de drogas no ambiente de trabalho pela instituição de saúde.

A parte I tinha a intenção de levantar as informações sobre faixa etária, sexo, cor ou etnia, estado civil, religião, escolaridade, nacionalidade, naturalidade, número de filhos, renda familiar, renda individual e condições de moradia. Nenhuma dificuldade foi reportada pelos participantes ao responderem as questões relacionadas aos aspectos sócio-demográficos.

A parte II pretendia identificar algumas características ocupacionais relacionadas a quantidade de tempo, em anos, que o participante trabalha em instituição de saúde, carga horária semanal, tipo de contratação, setor de trabalho, existência ou não de outro vínculo empregatício, entre outras. Foram encontradas algumas dificuldades no preenchimento das questões desta parte. As dificuldades foram percebidas pela forma de preenchimento das perguntas pelos participantes, demonstrando que essas questões precisam ser reformuladas, especificando nos enunciados que as informações investigadas se referem à instituição de saúde em que exerce sua atividade laboral por mais tempo.

A parte III visava identificar a prevalência e o padrão de consumo de drogas lícitas e ilícitas entre os trabalhadores. As questões versavam quanto à experimentação de drogas, o tipo de drogas experimentadas, a idade que experimentou drogas, tempo de uso, a situação

que faz uso, frequência do uso de drogas, se alguma vez conseguiu interromper o uso e qual foi o período de abstinência, o local em que costuma usar maiores quantidades de bebidas alcoólicas, se apresentou algum problema decorrente do uso do álcool, entre outros. Para investigar o uso do álcool, especificamente, e detectar dependência e os problemas associados ao seu uso, foi utilizado o AUDIT.

Considera-se que as perguntas desta parte precisam ser reformuladas para evitar viés na informação fornecida pelo respondente. Muitos participantes consideraram o termo drogas como drogas ilícitas, excluindo as drogas lícitas. Por isso, algumas perguntas não foram respondidas, reduzindo a avaliação sobre o uso e abuso de álcool. Os participantes sugeriram à descrição dos tipos de drogas no enunciado das questões, reafirmando que drogas incluem as lícitas e ilícitas. Em relação ao preenchimento do AUDIT, nenhuma dificuldade foi relatada.

A Parte IV é composta pela escala Job Stress Scale, aplicável a todos os tipos de trabalho e utilizada em estudos de diversos países. Suas perguntas se referem aos aspectos psicossociais do trabalho, ou seja, relaciona os níveis de controle do trabalhador sobre o próprio trabalho e de demandas psicológicas oriundas do ambiente laboral e as repercussões sobre a estrutura psíquica e orgânica dos trabalhadores. Também não houve dificuldade para o preenchimento desta escala.

A parte V visava mapear as formas de enfrentamento pelo trabalhador e pela instituição de saúde diante do uso abusivo de drogas por seus funcionários. Uma das perguntas abertas tinha o objetivo de buscar elementos capazes de melhorar ou facilitar o desenvolvimento da atividade laboral do profissional de saúde. Outras perguntas versaram sobre a realização de atividades educativas pela instituição empregadora; quais atividades a instituição realiza com o intuito de reduzir a demanda pelo consumo de drogas, entre outras. Não foi destacada nenhuma dificuldade para o preenchimento das referidas questões.

A aplicação do questionário transcorreu de modo satisfatório em todas as turmas de especialização. Previamente, foi marcado um horário com os professores que estariam ministrando as aulas para as cinco turmas. Como a própria pesquisadora aplicou os questionários, foi possível verificar as dificuldades relatadas por alguns participantes quando preencheram o instrumento. Tais dificuldades foram relatadas nos parágrafos supracitados.

Através da análise dos resultados, foi possível verificar que grande parte dos participantes não faz uso regular de drogas, incluindo álcool e tabaco. E, dentre as drogas utilizadas de forma regular, a que prevalece é o álcool. Lembrando que nesta pesquisa, considerou-se como uso regular, o consumo de drogas em três ou mais dias por semana.

A droga que se apresentou com maior freqüência de uso foi o álcool, e o consumo, para a maioria dos participantes, mostrou ser arriscado, o que pôde ser verificado pela aplicação do AUDIT. Esta escala demonstrou ser um bom teste para identificar consumo arriscado e problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas.

Em relação ao uso de drogas, excluindo o álcool e o tabaco, as que apresentaram maior prevalência no consumo são as anfetaminas e os benzodiazepínicos, diferentemente da população em geral, o que pode estar relacionado ao fato dos profissionais de saúde ter um maior acesso a esses tipos de drogas, além de usarem como uma forma de reduzir o estresse laboral ou para ajudar a diminuir o cansaço decorrente das longas jornadas de trabalho que desenvolvem semanalmente.

Quanto a avaliação do estresse laboral através da aplicação da Job Stress Scale, observou-se que o trabalho ativo apresentou a menor proporção dentre as outras situações de trabalho, indicando que os trabalhadores, provavelmente, desenvolvem o estresse relacionado às condições de trabalho. No entanto, o tipo de atividade laboral mais adequada a qualquer trabalhador é aquele que possibilita o alto controle sobre sua atividade, mesmo na presença de muita demanda psicológica. Consideramos, portanto, que a Job Stress Scale é uma escala que apresenta uma mensuração relevante sobre o estresse laboral, que pode estar relacionado ao uso de drogas por trabalhadores, se revelando em um instrumento importante para ser aplicado juntamente a questionários de prevalência e padrão de consumo de álcool e drogas entre trabalhadores.

Muitos trabalhadores de enfermagem trabalham em média 50 horas semanais, apresentando uma carga horária semanal de trabalho superior ao regulamentado por legislação, que corresponde a 40 horas semanais. Soma-se a isso, o fato de apresentarem mais de um vínculo empregatício, alguns têm dois ou três empregos, levando a desenvolverem dupla ou tripla jornada de trabalho, principalmente, no caso das mulheres que realizam tarefas domésticas.

Quanto ao desenvolvimento de atividades preventivas no trabalho, foi referido pelos participantes que gostariam que a instituição de saúde em que trabalham, desenvolvesse algum programa de prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Inclusive, algumas sugestões foram descritas por eles como uma forma de facilitar e/ou melhorar o desenvolvimento do trabalho, como: a redução de carga horária, melhores condições de trabalho, ginástica laboral, sala de repouso, melhor relação interpessoal, dinâmicas de grupo, eventos culturais, cursos de aperfeiçoamento e de educação continuada, melhor planta física do posto de trabalho, entre outras.

Algumas sugestões descritas são apenas ações que visam amenizar o estresse laboral ou outro problema tido como conflituoso para o desenvolvimento da atividade laboral, porém não são questões resolutivas para os problemas apresentados, que em sua grande maioria são de ordem organizacional.

Destaca-se, ainda, o fato de grande parte dos alunos participantes da pesquisa não terem considerado que álcool e tabaco também são drogas, e não apenas as drogas ilícitas, mesmo sendo profissionais de saúde com nível superior, o que se constituiu em um dificultador para o adequado preenchimento das questões. Isto indica também a necessidade de que o tema seja contemplado nas graduações da área da saúde, nos ambientes de trabalho, e nos processos de educação permanente.

Em relação à dimensão operacional do estudo, houve dificuldades importantes. Inicialmente, a proposta da pesquisa era avaliar o padrão de consumo de álcool e drogas, e as condições de trabalho que pudessem influenciar tal uso entre trabalhadores de indústria. Porém, com a crise econômica mundial vivenciada no ano de 2009, as empresas contatadas, multinacionais em sua maioria, sofreram reestruturação interna e mudança nos cronogramas de trabalho, impedindo o desenvolvimento da pesquisa. Mas, além disso, verificamos que houve, por parte dos gestores, uma resistência em participar da pesquisa, pela apreensão de serem expostas diante da possibilidade de algum funcionário ser usuário de drogas lícitas ou ilícitas. Num contexto de instabilidade econômica e política, certamente isto se agrava, mas esta resistência certamente estará presente em qualquer situação, e precisa ser considerada em estudos deste tipo.

Para a realização de estudos ampliados, portanto, há a necessidade de que as empresas – indústrias, serviços, organizações e outros – estejam sensibilizadas para a questão das drogas, superando a visão punitiva e a mitificação quanto ao uso e abuso de substâncias. É importante que tanto trabalhadores quanto empregadores assumam o ônus de encarar esta questão, uma vez que não há como negar que os problemas decorrentes do uso abusivo, em especial do álcool, estão presentes nos cotidianos de trabalho.

Há também o questionamento quanto à importância de que as representações sindicais estejam se apropriando deste debate, e acompanhando os estudos nos ambientes de trabalho, de forma a garantir ao trabalhador de que não haverá desdobramentos negativos em termos de punição ou demissões, no caso de serem usuários de álcool e/ou drogas.

O enfermeiro do trabalho que é uma figura importante no meio laboral para a promoção e prevenção ao uso de drogas, muitas vezes se depara com empecilhos para desenvolver tais atividades, devido aos interesses diversos da empresa, no sentido de uma

maior produção e lucratividade. Assim, devemos atentar que o enfrentamento dessas questões se dá em um plano coletivo de organização dos trabalhadores. O enfermeiro também deve participar, como profissional de saúde comprometido com o bem-estar dos trabalhadores.

Em resumo, verifica-se que o questionário desenvolvido apresentou lacunas que devem ser revistas, com vistas à reformulação de algumas questões, no sentido de facilitar a compreensão dos respondentes de qualquer nível de escolaridade, uma vez que a proposta foi de elaborar um questionário auto-aplicável para manter o sigilo e o anonimato dos trabalhadores.

Para uma primeira aproximação à questão, o estudo cumpriu os objetivos formulados. Mesmo com as dificuldades e necessidades de reformulação apontadas, reafirmamos a relevância de dar continuidade a estudos com vistas ao desenvolvimento de instrumentos auto-aplicáveis de mensuração da prevalência e padrão de uso de álcool e drogas por trabalhadores, de que a enfermagem se aproprie desta temática no desenvolvimento de pesquisas sobre saúde e trabalho. Neste sentido, o presente estudo pretendeu colaborar para este processo, inaugurando uma primeira sistematização e organização, num formato de questionário, de questões capazes de atender a estes objetivos, e levantando algumas outras a fim de subsidiar estudos posteriores.

## REFERÊNCIAS

ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004.

ALVES, R. *Conversas com quem gosta de ensinar*. São Paulo: Cortez Editora, 1984 apud MENDES, I.A.C. A integração da enfermagem na América Latina e os desafios no preparo de lideranças para o desenvolvimento de pesquisas na área de drogas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n. especial, p. 765-766, set./out. 2005.

AMARAL, R.A.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) – Campus Capital. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 26, n. 3, p. 156-163, 2004.

ANDERSON, D.G.; RILEY, P. Determining Standards of Care for Substance Abuse and Alcohol Use in Long-Haul Truck Drivers. *Nurs. Clin. N. Am.*, v. 43, p. 357-365, 2008.

ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

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

BAGATOLLI, D. E.; GIACOMELLI, E. T. Comportamentos sinalizadores do uso de drogas: conhecer para abordar. In: CONGRESSO DE EDUCAÇÃO, 1., 2007, Cascavel. *Anais...* Cascavel: UNIPAN, 2007. p. 1-13. Disponível em: <[http://www.unipan.br/congresso/pdf\\_congresso/COMPORTAMENTOS%20SINALIZADO%20RES%20DO%20USO%20DE%20DROGAS.pdf](http://www.unipan.br/congresso/pdf_congresso/COMPORTAMENTOS%20SINALIZADO%20RES%20DO%20USO%20DE%20DROGAS.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2008.

BARROS, M.V.G. *Atividades físicas no lazer e outros comportamentos relacionados à saúde dos trabalhadores da indústria no estado de Santa Catarina, Brasil*. 1999. 131 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999 apud FONSECA, S.A. *Inatividade física no lazer e outros fatores de risco à saúde em industriários catarinenses, 1999 e 2004*. 2005. 100f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

BASTOS, F.I. et al. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, supl. 1, p. 109-117, 2008.

BAUMER, C.M.W.C. *Fatores de risco do trabalho associados ao histórico de dependência ou abuso de substâncias psicoativas*. 2004. 133f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

BENNETT, J.B.; LEHMAN, W.E.K. Workplace Substance Abuse Prevention and Help Seeking: Comparing Team-Oriented and Informational Training. *J. Occup. Health Psychol.*, v. 6, n. 3, p. 243-254, 2001.

CAMPA MAGALLÓN, T.J.; ROBAZZI, M.L.C.C. Consumo de Alcohol en Trabajadores de Una Industria en Monterrey, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n. especial, p. 819-826, nov./dez. 2005.

CAMPOS, J.F. *Trabalho em Terapia Intensiva: avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro*. 2008. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < [http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=801](http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=801)>. Acesso em: 02 dez. 2009.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16, p. 115-129, set. 2004/fev.2005.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory – Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. *Rev. Psico-USF*, v.11, n. 2, p. 167-173, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psicousf/v11n2/v11n2a05.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2009.

CARVALHO, D.B.B (Coord.). *Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007*: Relatório. Brasília, DF, Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país*: 2001. São Paulo, 2002.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*: 2005. São Paulo, 2006.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS.  
*Livreto Informativo Sobre Drogas Psicotrópicas*. São Paulo, 2003. Disponível em:  
<<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Resolução 196-96*, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

CORTAZA RAMÍREZ, L.; ALONSO CASTILLO, M.M. Afecto y Consumo de Alcohol en Trabajadores de la Industria Petroquímica del Sur de Veracruz, México. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 3, n. 1, art. 01, 2007. Disponível em:  
<[www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp](http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp)>. Acesso em: 20 jun. 2009.

DAVID, H.M.S.L.; CAUFIELD, C. Mudando o foco: um estudo exploratório sobre uso de drogas e violência no trabalho entre mulheres das classes populares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n. especial, p.1148-1154, nov./dez. 2005.

DEITZ, D.; COOK, R.; HERSCH, R. Workplace Health Promotion and Utilization of Health Services. *J. Behav. Health Serv. Res.*, v. 32, n. 3, p. 306-319, 2005.

DELANEY, W.; GRUBE, J.W.; AMES, G.M. Predicting likelihood of seeking help through the employee assistance program among salaried and union hourly employees. *Addiction.*, v.93, n. 3, p. 399-410, 1998.

DUARTE, P. C. A. V. Abordagem, Atendimento e Reinserção Social. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Brasil). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar*. Brasília, DF, 2008. p.122-151.

DUARTE, P. C. A. V.; CRUZ, D. D. O.; TROIAN, S. M. L. Prevenção. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Brasil). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar*. Brasília, DF, 2008. p.80-95.

FENG, W. et al. The impact of problem drinking on employment. *Health Econ.*, v. 10, p. 509-521, 2001.

FONSECA, S.A. *Inatividade física no lazer e outros fatores de risco à saúde em industriários catarinenses, 1999 e 2004*. 2005. 100f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.



GALDURÓZ, J.C.F.; NODO, A.R.; CARLINI, E.A. *IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID, 1997. 130p apud SOUZA, D.P.O.; SILVEIRA FILHO, D.X. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 10, n. 2, p. 276-287, 2007.

GRUNBERG, L. et al. Work Stress and Self-Reported Alcohol Use: The Moderating Role of Escapist Reasons for Drinking. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 4, n. 1, p. 29-36, 1999.

GUIMARÃES, L. A. M. Fatores Psicossociais de risco no trabalho. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO TRABALHO, 2., 2006, Goiânia. *Anais...* Goiânia: PRT18, 2006. Disponível em: <[http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2006/saude\\_mental/anais/artigos/Liliana\\_A.M.Guimaraes.pdf](http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2006/saude_mental/anais/artigos/Liliana_A.M.Guimaraes.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2008.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. *ASSIST: Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde: Versão preliminar 1.1*. São Paulo: OMS, 2008.

IBGE. *Classificação Nacional de Atividades Econômicas: versão 2.0*. Rio de Janeiro, 2007a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2008.

IBGE. *Questionário do Censo Demográfico de 2000*. Rio de Janeiro, 2007b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2008.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE et al. *Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector: Country Case Studies Research Instruments: Survey Questionnaire*. Geneva, 2003. Disponível em:

[http://www.icn.ch/SewWorkplace/WPV\\_HS\\_questEN.pdf#search=%22ilo%22](http://www.icn.ch/SewWorkplace/WPV_HS_questEN.pdf#search=%22ilo%22)> apud MUSAYÓN OBLITAS, F.Y.; CAUFIELD, C. Workplace violence and drug use in women workers in a Peruvian Barrio. *International Nursing Review*, v. 54, p. 339-345, 2007.

KALIMO, R.; ELBATAWI, M. A.; COOPER, C. L. (Comp.). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relacion con la salud*. Ginebra: Organization Mundial de la Salud, 1988 apud SANTOS, A. B. et al. Alcoolismo e trabalho: como estão relacionados? In: ENCONTRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 9., 2007, João Pessoa. *Anais...* João Pessoa: UFPB, 2007. p. 1-6. Disponível em: <<http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/extensao/documentos/anais/6.SAUDE/6PRACPEX01.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

KARASEK, R. et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 3, n. 4, p. 322-355, 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&uid=9805280&cmd=showdetailview&indexed=google>>. Acesso em: 27 nov. 2007

KESSLER, F.; PECHANASKY, F. (Org.) *Escala de Gravidade de Dependência: versão 6*. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

LANCHEROS CARRILLO, L.P.; MAURO, M.Y.C. O trabalho como fator de risco ou fator de proteção para o consumo de álcool e outras drogas. *Rev. Texto Contexto Enferm.*, v. 13, n. 2, p. 217-225, abr./jun. 2004.

LANCHEROS CARRILLO, L.P.; MAURO, M.Y.C. Uso e abuso de álcool e outras drogas: ações de promoção e prevenção no trabalho. *Rev. Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 25-33, 2003.

LARANJEIRA, R. et al. (Org.) *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: <[www.obid.senad.gov.br/](http://www.obid.senad.gov.br/)> <[www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br)>. Acesso em: 25 nov. 2007.

LIMA, C. *Alcohol related disorders and job strain among bank workers in Brazil*. 2006. Tese (Doctorate of Philosophy) - Institute of Psychiatry, Kings College of London, London, 2006.

LUIS, M.A.V.; LUNETTA, A.C.F. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n. especial, p. 1219-1230, nov./dez. 2005.

MABUCHI, A.S. et al. Uso de Bebidas Alcoólicas por Trabalhadores do Serviço de Coleta de Lixo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.15, n. 3, mai./jun. 2007.

MACEDO, L. E. T. et al. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2327-2336, out. 2007.

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 Rev. Enferm.*, v. 11, n. 4, p. 639-644, dez. 2007.

MATANO, R.A. et al. Assessment of binge drinking of alcohol in highly educated employees. *Addictive Behaviors*, v. 28, p. 1299-1310, 2003.

MENDES, I.A.C. A integração da enfermagem na América Latina e os desafios no preparo de lideranças para o desenvolvimento de pesquisas na área de drogas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n. especial, p. 765-766, set./out. 2005.

MERLO, Á. R. C. et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. *Psicologia & Sociedade*, v. 15, n. 1, p. 117-136, jan./jun. 2003.

MORAES, G. T. B.; PILATTI, L. A. Alcoolismo e as Organizações: por que investir em programas de prevenção e recuperação de dependentes químicos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 24., 2004, Florianópolis, *Anais...* Florianópolis: ENEGEP, 2004. Disponível em: <[http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEgEP2004\\_Enegep0404\\_1055.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEgEP2004_Enegep0404_1055.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2008.

MUSAYÓN OBLITAS, F.Y.; CAUFIELD, C. Workplace violence and drug use in women workers in a Peruvian Barrio. *International Nursing Review*, v. 54, p. 339-345, 2007.

NASCIMENTO, E.C.; NASCIMENTO, E.; SILVA, J.P. Uso de álcool e anfetaminas entre caminhoneiros de estrada. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 2, p. 290-293, 2007.

NASSIF, L. E. Um caso de dependência alcoólica e suas possíveis relações com o trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho. *Casos Clínicos em Psiquiatria*, Belo Horizonte, v.4, n.12, 2002 apud SANTOS, A. B. et al. Alcoolismo e trabalho: como estão relacionados? In: ENCONTRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 9., 2007, João Pessoa. *Anais...* João Pessoa: UFPB, 2007. p. 1-6. Disponível em: <<http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/extensao/documentos/anais/6.SAUDE/6PRACPEX01.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Brasil). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar*. Brasília, DF, 2008. p. 20-38.

OYEFESO, A.; CLANCY, C.; FARMER, R. Prevalence and associated factors in burnout and psychological morbidity among substance misuse professionals. *BMC Health Services Research*, v. 8, n. 39, p. 1-9, 2008.

PINHO, R.S.N. de. *Uso de estimulantes, queixas do sono e estado de humor em motoristas profissionais de caminhões*. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REIS, E. J. F. B. et al. Docência e exaustão emocional. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 27, n. 94, p. 229-253, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 10 maio 2008.

ROBERTO, C.S. et al. Drogas e trabalho: uma proposta de intervenção nas organizações. *Psicol. cienc. prof.* [online], v.22, n.1, p.18-29, mar. 2002. Disponível em: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932002000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 nov. 2007.

SANTANA, V.S. et al. Migração, trabalho na indústria petroquímica e consumo de bebidas alcoólicas. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 1, n. 2, p. 149-160, 1998.

SANTOS, A. B. et al. Alcoolismo e trabalho: como estão relacionados? In: ENCONTRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 9., 2007, João Pessoa. *Anais...* João Pessoa: UFPB, 2007. p. 1-6. Disponível em: <<http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/extensao/documentos/anais/6.SAUDE/6PRACPEX01.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Brasil). *A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2009.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Brasil). *Cartilha “Álcool e Jovens”*. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Brasil). *Cartilha “Mudando Comportamentos”*. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Brasil). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar*. Brasília, DF, 2008.

SESI. *Levantamento sobre Uso de Drogas entre Trabalhadores da Indústria*. Brasília, DF, 2000.

SOLDERA, M. et al. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n. 2, p. 277-283, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 20 ago. 2007

SOUZA, D.P.O.; ARECO, K.N.; SILVEIRA FILHO, D.X. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 4, p. 585-592, 2005. Disponível em: <[www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)>. Acesso em: 20 jun. 2009.

SOUZA, D.P.O.; MARTINS, D.T.O. O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, 1995. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, n. 2, p. 391-400, 1998 apud SOUZA, D.P.O. SILVEIRA FILHO, D.X.. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 10, n. 2, p. 276-287, 2007.

SOUZA, D.P.O.; SILVEIRA FILHO, D.X. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 10, n. 2, p. 276-287, 2007.

VÁSQUEZ MENDOZA, E.; PILLON, S.C. La formación de enfermeras y el fenómeno de lãs drogas em Colombia: conocimientos, actitudes y creencias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n. especial, p. 845-853, set./out. 2005.

ZEFERINO, M.T. et al. Enfermeiros e uso abusivo de drogas: comprometendo o cuidado de si e do outro. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 599-606, out./dez. 2006.

**APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados para a revisão de literatura**

**Eixo 1 – Perfil das produções**

Perfil Geral de todas as produções

- 1) Código para a RSL: \_\_\_\_\_
- 2) Nº de Classificação na Base de Dados: \_\_\_\_\_
- 3) Ano: \_\_\_\_\_
- 4) Natureza:
  - artigo                       dissertação de mestrado                       tese de doutorado
  - outra natureza: \_\_\_\_\_
- 5) Onde foi publicado (revista, etc.)? \_\_\_\_\_
- 6) Modalidade:
  - revisão teórica                       pesquisa de campo                       relato de experiência
  - outra modalidade: \_\_\_\_\_
- 7) Autor (es): \_\_\_\_\_
- 8) Número de autores:
  - 1                       2                       3                       Mais de 3
- 9) Característica do (s) autor (es):
  - docente                       assistente                       não especificado
  - Outro \_\_\_\_\_
- 10) Se dissertação ou tese, qual IES? \_\_\_\_\_
- 11) Número de folhas/páginas: \_\_\_\_\_

Perfil das produções modalidade pesquisa de campo

- 1) Abordagem:
  - QT                       QL                       QT-QL
- 2) Tipo do Estudo:
  - exploratório                       pesquisa participante                       transversal
  - descritivo                       estudo epidemiológico                       longitudinal
  - etnográfico                       pesquisa ação

( ) outro tipo: \_\_\_\_\_

3) Sujeitos:

( ) trabalhadores de serviço

( ) trabalhadores de indústria

( ) trabalhadores rurais

( ) trabalhadores (não especificou)

( ) outro: \_\_\_\_\_

4) Local de realização:

( ) indústria

( ) serviço

( ) meio rural

( ) outro: \_\_\_\_\_

5) Técnicas utilizadas na coleta de dados:

( ) observação

( ) entrevista estruturada

( ) questionário

( ) encontros coletivos/grupo focal

( ) formulário

( ) outra (s) técnica (s): \_\_\_\_\_

6) Tipo de instrumento utilizado na coleta de dados

( ) questionário auto-aplicável

( ) questionário por entrevista

( ) roteiro de entrevista

( ) outro: \_\_\_\_\_

7) Descrever os instrumentos de coleta de dados utilizados:

---



---



---



---

Aspectos gerais de outras produções selecionadas:

---



---



---

## **Eixo 2 – Resultados em Evidência**

---



---



---



---



---





8.1 ). Você costuma freqüentar culto ou atividades de sua religião?

- 1( ) Não tenho religião  
 3( ) Não freqüento  
 2( ) Sim, freqüentemente  
 4( ) Sim, raramente

9. Qual o seu grau de instrução?

- 1 ( ) Nunca foi a escola  
 3 ( ) Ensino fundamental incompleto (antigo 1º grau)  
 5 ( ) Ensino fundamental completo (antigo 1º grau)  
 7 ( ) Ensino médio incompleto (antigo 2º grau)  
 9 ( ) Ensino médio completo (antigo 2º grau)  
 11( ) Ensino superior completo (antigo 3º grau)  
 13( ) Ensino superior incompleto (antigo 3º grau)  
 2 ( ) Lê e escreve  
 4 ( ) Curso técnico  
 6 ( ) Especialização  
 8 ( ) Mestrado  
 10( ) Doutorado  
 12( ) Pós-doutorado

10. Você estuda atualmente?

- 1( ) Não estudo atualmente  
 2( ) Sim, freqüente escola de 1º ou 2º grau do Sistema Público  
 3( ) Sim, freqüente escola de 1º ou 2º grau da rede particular  
 4( ) Sim, freqüente curso de graduação (faculdade) do Sistema Público  
 5( ) Sim, freqüente curso de graduação (faculdade) da rede particular  
 6( ) Sim, freqüente curso de pós-graduação do Sistema Público  
 7( ) Sim, freqüente curso de pós-graduação da rede particular

11. Qual é o curso de pós-graduação que você realiza nesta instituição de ensino?

- 1( ) Não freqüente curso de pós-graduação  
 2( ) Gestão em Saúde da Família  
 3( ) Enfermagem Obstétrica  
 4( ) Enfermagem Intensivista  
 5( ) Enfermagem em Estomaterapia  
 6( ) Enfermagem Neonatal  
 7( ) Enfermagem do Trabalho  
 8( ) Outro: \_\_\_\_\_

12. Possui filhos?

- 1( ) Sim. Quantos vivem com você? \_\_\_\_\_ 2( ) Não

13. Qual é o salário mensal familiar, em Reais, aproximadamente?

**(Compreende a soma do salário mensal de todas as pessoas que residem em seu domicílio.)**

14. Qual é o seu salário mensal, em Reais, aproximadamente?

## PARTE II – Gostaríamos de saber agora um pouco de sua HISTÓRIA PROFISSIONAL

15. Há quanto tempo você trabalha em instituição de saúde?

- 1( ) Menos de 01 ano  
 3( ) De 03 a 05 anos  
 5( ) Mais de 10 anos: \_\_\_\_\_ anos  
 2( ) De 01 a 02 anos  
 4( ) De 06 a 10 anos



23. (Se respondeu NÃO, vá para a questão 37) Quais os tipos de drogas que você já experimentou ou usou? (Esta questão admite mais de uma resposta.)

- 1( ) bebidas alcoólicas  
 2( ) maconha  
 3( ) cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda  
 4( ) heroína  
 5( ) LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte  
 6( ) cocaína, crack  
 7( ) morfina, codeína, ópio  
 8( ) ansiolíticos, tranqüilizantes, diazepam, sedativos  
 9( ) bolinhas, rebites, êxtase, remádio para emagrecer (estimulantes)  
 10( ) solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolo (inalantes)  
 11( ) outras substâncias  
 12( ) nenhuma

24. Quantos anos você tinha quando experimentou drogas pela primeira vez na vida?

25. Atualmente você faz uso regular (uso regular: se usa drogas em 3 ou mais dias por semana) de alguma droga?

- 1( ) Sim 2( ) Não

26. (Se respondeu NÃO, vá para a questão 37) Há quanto tempo você faz uso regular de drogas? (Se o uso for menor que 1 ano, coloque zero na lacuna ao lado.)  ano(s)

27. Que tipo de droga você usa?

- 1( ) bebidas alcoólicas  
 2( ) maconha  
 3( ) cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda  
 4( ) heroína  
 5( ) LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte  
 6( ) cocaína, crack  
 7( ) morfina, codeína, ópio  
 8( ) ansiolíticos, tranqüilizantes, diazepam, sedativos  
 9( ) bolinhas, rebites, êxtase, remádio para emagrecer (estimulantes)  
 10( ) solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolo (inalantes)  
 11( ) outras substâncias  
 12( ) nenhuma

28. Quantos anos você tinha quando iniciou o uso de drogas?

29. Em que tipo de situação você faz uso de drogas? (Esta questão admite mais de uma resposta.)

- |                                            |                                   |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1( ) Para namorar ou ter relações sexuais  | 2( ) Quando está feliz            |
| 3( ) Para ajudar a falar em público        | 4( ) Para substituir comida       |
| 5( ) Para relaxar quando está tenso        | 6( ) Para controlar a dor         |
| 7( ) Para se acalmar quando está com raiva | 8( ) Para melhorar a depressão    |
| 9( ) Para se alegrar quando está triste    | 10( ) Antes de ir para o trabalho |
| 11( ) Para tirar a ansiedade               | 12( ) Durante o trabalho          |

- 13( ) Para lidar com o medo  
 14( ) Após um dia de trabalho  
 15( ) Para celebrar situações especiais  
 16( ) Para dormir  
 17( ) Para ouvir música  
 18( ) Nenhuma das anteriores  
 19( ) Outra: \_\_\_\_\_

30. Nos últimos 30 dias, com que frequência você utilizou alguma droga?

- 1( ) Nenhuma  
 2( ) 1 ou 2 vezes  
 3( ) 1 ou 2 vezes por semana  
 4( ) 1 ou 2 vezes por mês  
 5( ) Diariamente ou quase todos os dias

31. Nos últimos 30 dias, com que frequência o seu consumo de drogas resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?

- 1( ) Nenhuma  
 2( ) 1 ou 2 vezes  
 3( ) 1 ou 2 vezes por semana  
 4( ) 1 ou 2 vezes por mês  
 5( ) Diariamente ou quase todos os dias

32. Nos últimos 30 dias, com que frequência você deixou de fazer coisas que normalmente realizava, por causa do seu consumo de drogas?

- 1( ) Nenhuma  
 2( ) 1 ou 2 vezes  
 3( ) 1 ou 2 vezes por semana  
 4( ) 1 ou 2 vezes por mês  
 5( ) Diariamente ou quase todos os dias

33. Algum amigo, parente ou outra pessoa demonstrou preocupação com seu uso de drogas ou sugeriu que você parasse?

- 1( ) Não  
 2( ) Sim, nos últimos 3 meses  
 3( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses

34. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de drogas e não conseguiu?

- 1( ) Não  
 2( ) Sim, nos últimos 3 meses  
 3( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses

35. Alguma vez você conseguiu interromper o uso de droga (abstinência/limpo) por pelo menos 1 ano?

- 1( ) Sim  
 2( ) Não

36. Neste momento, é importante para você realizar algum tratamento para interromper o uso de drogas?

- 1( ) Não é importante  
 2( ) É pouco importante  
 3( ) É importante  
 4( ) É muito importante  
 5( ) É extremamente importante

### **AS PERGUNTAS A SEGUIR ESTÃO RELACIONADAS AO USO DE ÁLCOOL.**

37. Caso nunca tenha bebido na vida, assinale, dentro das alternativas abaixo, a que melhor representa a razão deste fato:

- 1( ) Já bebi na vida  
 2( ) Presença de problemas relacionados à bebida na família  
 3( ) Religião  
 4( ) Razões de saúde  
 5( ) Outros. Qual(is): \_\_\_\_\_

38. **(Caso nunca tenha bebido na vida, vá para a questão 43)** Caso tenha parado de beber, assinale, dentro das alternativas abaixo, a que melhor representa a razão deste fato:

- 1( ) Não parei de beber  
 2( ) Presença de problemas relacionados à bebida na família  
 3( ) Religião  
 4( ) Razões de saúde  
 5( ) Outros. Qual(is): \_\_\_\_\_

39. **(Caso tenha parado de beber, vá para a questão 43)** Indique nas alternativas abaixo o local onde você costuma consumir maiores quantidades de bebidas alcoólicas:

- 1 ( ) Bar/restaurante próximo à escola ou faculdade      2 ( ) Festa  
 3 ( ) Bar/restaurante próximo ao local de trabalho      4 ( ) Hotel/Motel  
 5 ( ) Bar/balada      6 ( ) No trabalho  
 7 ( ) Casa de amigo      8 ( ) Casa de parentes  
 9 ( ) Shopping Center      10( ) Dirigindo  
 11( ) Sua casa      12( ) Esporte  
 13( ) Bebe a mesma quantidade em qualquer lugar  
 14( ) Outro. Qual(is): \_\_\_\_\_

40. Nos últimos 30 dias, você tem apresentado problemas decorrentes do uso de bebida alcoólica?

- 1( ) Sim      2( ) Não

41. **(Se respondeu NÃO, vá para a questão 42)** Assinale dentre das alternativas abaixo, o principal problema decorrente do uso de bebida alcoólica:

- 1( ) Sociais      2( ) Físicos  
 3( ) No trabalho      4( ) Legais  
 5( ) Familiares      6( ) Envolvimento em brigas

42. Você considera que o consumo de álcool e outras drogas afetam o desenvolvimento do seu trabalho.

- 1( ) Discordo fortemente      2( ) Concordo  
 3( ) Discordo      4( ) Concordo fortemente

**AS PERGUNTAS A SEGUIR ESTÃO RELACIONADAS AO USO DE ÁLCOOL AO LONGO DOS ÚLTIMOS 12 MESES (AUDIT). PARA RESPONDÊ-LAS, PEDIMOS QUE UTILIZE A TABELA ABAIXO:**

| <b>EQUIVALÊNCIAS DE DOSE PADRÃO</b>               |                                       |                                               |                                          |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Cerveja</b>                                    | <b>Vinho</b>                          | <b>Cachaça, vodca, uísque ou conhaque</b>     | <b>Uísque, rum, licor, etc.</b>          |
| <b>1 dose:</b> 1 copo de chope (350ml) ou 1 lata. | <b>2 doses:</b> 1 copo comum (250ml). | <b>1,5 doses:</b> Meio copo americano (60ml). | <b>1 dose:</b> 1 dose de dosador (40ml). |
| <b>2 doses:</b> 1 garrafa.                        | <b>8 doses:</b> 1 garrafa.            | <b>Mais de 20 doses:</b> 1 garrafa.           |                                          |

43. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? (**Se respondeu NUNCA, vá para as questões 51 e 52**)

- |                           |                                 |
|---------------------------|---------------------------------|
| 1( ) Nunca                | 2( ) 2 a 3 vezes por semana     |
| 3( ) Mensalmente ou menos | 4( ) 4 ou mais vezes por semana |
| 5( ) 2 a 4 vezes por mês  |                                 |

44. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome de bebida alcoólica?

- |             |                 |
|-------------|-----------------|
| 1( ) 1 ou 2 | 2( ) 7, 8 ou 9  |
| 3( ) 3 ou 4 | 4( ) 10 ou mais |
| 5( ) 5 ou 6 |                 |

45. Com que frequência você toma “cinco ou mais doses” numa ocasião?

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1( ) Nunca                       | 2( ) Semanalmente                 |
| 3( ) Menos do que uma vez ao mês | 4( ) Todos ou quase todos os dias |
| 5( ) Mensalmente                 |                                   |

46. Nos últimos 12 meses, com que frequência você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1( ) Nunca                       | 2( ) Semanalmente                 |
| 3( ) Menos do que uma vez ao mês | 4( ) Todos ou quase todos os dias |
| 5( ) Mensalmente                 |                                   |

47. Nos últimos 12 meses, com que frequência você deixou de fazer coisas que normalmente realizava devido ao uso de bebidas alcoólicas?

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1( ) Nunca                       | 2( ) Semanalmente                 |
| 3( ) Menos do que uma vez ao mês | 4( ) Todos ou quase todos os dias |
| 5( ) Mensalmente                 |                                   |

48. Nos últimos 12 meses, com que frequência você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, mesmo após ter bebido bastante no dia anterior?

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1( ) Nunca                       | 2( ) Semanalmente                 |
| 3( ) Menos do que uma vez ao mês | 4( ) Todos ou quase todos os dias |
| 5( ) Mensalmente                 |                                   |

49. Nos últimos 12 meses, com que frequência você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1( ) Nunca                       | 2( ) Semanalmente                 |
| 3( ) Menos do que uma vez ao mês | 4( ) Todos ou quase todos os dias |
| 5( ) Mensalmente                 |                                   |

50. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi incapaz de lembrar do que aconteceu devido à bebida alcoólica?

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1( ) Nunca                       | 2( ) Semanalmente                 |
| 3( ) Menos do que uma vez ao mês | 4( ) Todos ou quase todos os dias |
| 5( ) Mensalmente                 |                                   |







72. Existem bares/restaurantes que vendem bebidas alcoólicas próximo ao seu local de trabalho?

1( ) Sim 2( ) Não

73. Você acha que o fato de ter locais próximo ao seu local de trabalho que vendem bebidas alcoólicas está relacionado ao uso de álcool e outras drogas por trabalhadores de saúde?

1( ) Sim 2( ) Não

74. Você acha que alguns funcionários usam álcool e/ou outras drogas devido a algum estresse no trabalho e/ou condições de trabalho?

1( ) Sim 2( ) Não

75. Em sua opinião, os trabalhadores que têm problemas com o uso/abuso de álcool e outras drogas buscam apoio:

1( ) Na empresa 2( ) Na família  
3( ) Na igreja 4( ) Nos profissionais de saúde  
5( ) Nos colegas de trabalho 6( ) Outro: \_\_\_\_\_

76. Que tipo de melhorias você acha que poderia ajudar a diminuir o uso de álcool e outras drogas pelos funcionários? (**Esta questão admite mais de uma resposta.**)

1( ) Melhorias no ambiente de trabalho  
2( ) Alteração da carga horária de trabalho  
3( ) Melhor relação com o patrão  
4( ) Melhor relação entre os funcionários  
5( ) Mais transportes (ônibus, trem, etc.) próximos ao local de trabalho  
6( ) Horário de almoço adequado  
7( ) Poder opinar em relação ao seu trabalho  
8( ) Poder dar sugestões para melhoria do trabalho  
9( ) Implantação de um plano carreira  
10( ) Outra(s): \_\_\_\_\_

77. Você gostaria que a instituição de saúde onde trabalha desenvolvesse algum programa de prevenção ao uso de álcool e outras drogas?

1( ) Sim 2( ) Não

78. (**Se respondeu NÃO, vá para a questão 79**) Quais das atividades listadas abaixo você gostaria que a instituição de saúde desenvolvesse para realizar a prevenção do uso de álcool e outras drogas? (**Esta questão admite mais de uma resposta.**)

1( ) Exibição de filmes  
2( ) Palestras sobre drogas, HIV/AIDS, hepatite e/ou doenças sexualmente transmissíveis - DSTs  
3( ) Criação/apresentação de peças de teatro  
4( ) Distribuição de materiais educativos  
5( ) Distribuição de preservativos  
6( ) Produção e distribuição de histórias em quadrinhos  
7( ) Realização de atividades esportivas e/ou jogos  
8( ) Apresentação de relatos pessoais  
9( ) Realização de fóruns, seminários, congressos, simpósios sobre álcool e/ou outras drogas  
10( ) Realização de eventos culturais, turísticos e sociais  
11( ) Realização de eventos de mobilização comunitária

- 12( ) Articulação com os meios de comunicação para a veiculação de informações sobre prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas
- 13( ) Realização de eventos em datas festivas e/ou comemorativas
- 14( ) Articulação com escolas e outras instituições de ensino para a realização de atividades de prevenção
- 15( ) Realização de campanhas comunitárias de prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas
- 16( ) Articulação com empresas públicas e privadas para incentivo à promoção de ações de prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas
- 17( ) Outras atividades: \_\_\_\_\_

79. Pensando em sua saúde, dê sugestões que poderiam facilitar/melhorar o desenvolvimento do seu trabalho?

---

---

---

---

### SUGESTÕES

Por favor, descreva qual(is) questão(ões) você teve dificuldade para responder e justifique. Apresente sugestões para melhorar a compreensão da(s) questão(ões).

---

---

---

---

---

**APÊNDICE C** – Características sócio-demográficas.

Tabela 35 - Distribuição da população segundo a nacionalidade. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Nacionalidade</b>    | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|-------------------------|------------|--------------|
| Brasileiro nato         | 110        | 99,1         |
| Naturalizado brasileiro | 1          | 0,9          |
| Estrangeiro             | -          | -            |
| <b>Total</b>            | <b>111</b> | <b>100,0</b> |

Tabela 36 - Distribuição da população segundo o estado de origem. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Estado de origem</b> | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|-------------------------|------------|--------------|
| Rio de Janeiro          | 101        | 91,0         |
| Minas Gerais            | 5          | 4,5          |
| Bahia                   | 1          | 0,9          |
| Pernambuco              | 1          | 0,9          |
| Paraná                  | 1          | 0,9          |
| Santa Catarina          | 1          | 0,9          |
| Tocatins                | 1          | 0,9          |
| <b>Total</b>            | <b>111</b> | <b>100,0</b> |

Tabela 37 - Distribuição da população de acordo com a religião. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Religião</b>       | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|-----------------------|------------|--------------|
| Catolica              | 50         | 45,0         |
| Evangélica            | 28         | 25,2         |
| Espiritismo           | 17         | 15,3         |
| Umbanda               | 2          | 1,8          |
| Agnóstico ou ateu     | 1          | 0,9          |
| Sem religião definida | 9          | 8,1          |
| Outra                 | 4          | 3,6          |
| Candomblé             | -          | -            |
| <b>Total</b>          | <b>111</b> | <b>100,0</b> |

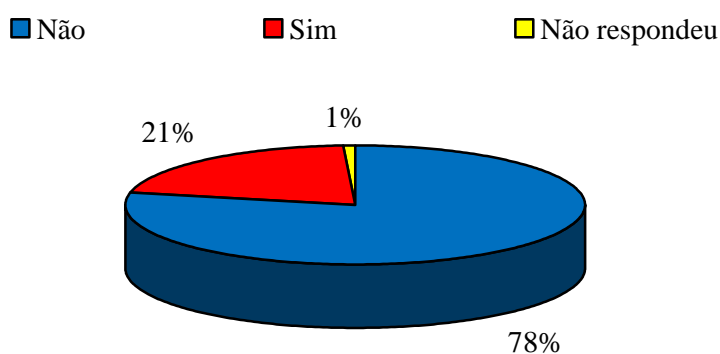


Gráfico 12 - Distribuição da população segundo a existência de filhos. Rio de Janeiro, 2010

Tabela 38 - Distribuição da população quanto a frequência em cultos e/ou atividades religiosas. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Cultos e/ou atividades religiosas</b> | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|------------------------------------------|------------|--------------|
| Sim, raramente                           | 49         | 44,1         |
| Sim, frequentemente                      | 47         | 42,3         |
| Não frequento                            | 12         | 10,8         |
| Não tenho religião                       | 2          | 1,8          |
| Não respondeu                            | 1          | 0,9          |
| <b>Total</b>                             | <b>111</b> | <b>100,0</b> |

Tabela 39 - Distribuição da população segundo o salário mensal individual. Rio de Janeiro, 2010

| <b>Salário mensal</b> | <b>F</b>   | <b>%</b>     |
|-----------------------|------------|--------------|
| 800   1920            | 32         | 28,8         |
| 1920   3040           | 32         | 28,8         |
| 3040   4160           | 22         | 19,8         |
| 4160   5280           | 13         | 11,7         |
| 5280   6400           | 2          | 1,8          |
| 6400   7520           | 1          | 0,9          |
| 7520   8640           | -          | -            |
| 8640   9760           | -          | -            |
| 9760   10880          | -          | -            |
| 10880   12000         | -          | -            |
| 12000   13120         | 1          | 0,9          |
| Não respondeu         | 8          | 7,2          |
| <b>Total</b>          | <b>111</b> | <b>100,0</b> |

**APÊNDICE D** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO:** Questionário sobre o Consumo de Álcool e Drogas entre Profissionais de Saúde: um estudo exploratório.

Fui convidado(a) a participar do estudo “Questionário sobre o Consumo de Álcool e Drogas entre Profissionais de Saúde: um estudo exploratório”, o qual tem por objetivos: 1) Desenvolver um questionário auto-aplicável que permite identificar a prevalência e padrão de consumo de álcool e drogas entre profissionais de saúde, assim como, as formas de enfrentamento por parte do trabalhador e das instituições empregadoras; 2) Realizar análise descritiva do questionário desenvolvido e de seus principais resultados; 3) Avaliar a compreensão das perguntas do questionário desenvolvido, a partir das sugestões e respostas marcadas pelos sujeitos do estudo.

Esta investigação tem a garantia de ser livre, portanto, fui informado(a) de que mesmo após o seu início, posso recusar-me a responder a qualquer pergunta específica, ou de submeter-me a qualquer intervenção que considero inadequada, assim como, posso decidir interromper a minha participação a qualquer momento, sem nenhum ônus ou consequência.

Estou ciente que durante o preenchimento do questionário algumas perguntas poderão causar desconforto, porém sei que esta pesquisa visa a qualidade de vida do trabalhador, através de sugestões sobre a promoção e prevenção do uso de álcool e outras drogas no trabalho.

Recebi a garantia de que será mantido o sigilo de minha identificação na apresentação dos resultados, bem como, minhas respostas às perguntas serão usadas apenas para fins de pesquisa. Também confirmo que recebi uma cópia do presente documento.

Diante destes esclarecimentos, autorizo à Mestranda Patrícia Rodrigues da Rocha, pesquisadora do referido Projeto de Dissertação de Mestrado, que está sob orientação da Dr<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Helena Maria Scherlowski Leal David, a utilizar as informações fornecidas por mim, em seu estudo.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_.

Assinatura (participante): \_\_\_\_\_

Assinatura (pesquisador): \_\_\_\_\_

**ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética.**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



Rio de Janeiro, 31 de agosto de 2009

Do: Comitê de Ética em Pesquisa  
Prof<sup>ª</sup>. Patrícia Maria C. O. Duque  
Para: Aut. Patrícia Rodrigues da Rocha  
Orient. Prof<sup>ª</sup>. Helena Maria S. L. David

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (2520-CEP/HUPE) "ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE PREVALÊNCIA E PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S<sup>ª</sup>., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

  
Prof<sup>ª</sup>. Patrícia Maria C. O. Duque  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

## ANEXO B – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT)

### AUDIT - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo: **“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”**. Explique o que você quer dizer com **“consumo de álcool”**, usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados, etc. Marque as respostas relativas a quantidade em termos de **“doses-padrão”**. Marque a pontuação de cada resposta no quadradinho correspondente e some ao final

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</b></p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10]<br/>           (1) Mensalmente ou menos<br/>           (2) De 2 a 4 vezes por mês<br/>           (3) De 2 a 3 vezes por semana<br/>           (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>                                                      | <p><b>6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</b></p> <p>(0) Nunca<br/>           (1) Menos do que uma vez ao mês<br/>           (2) Mensalmente<br/>           (3) Semanalmente<br/>           (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> |
| <p><b>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?</b></p> <p>(0) 1 ou 2<br/>           (1) 3 ou 4<br/>           (2) 5 ou 6<br/>           (3) 7, 8 ou 9<br/>           (4) 10 ou mais</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>                                                                                                                    | <p><b>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</b></p> <p>(0) Nunca<br/>           (1) Menos do que uma vez ao mês<br/>           (2) Mensalmente<br/>           (3) Semanalmente<br/>           (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>                                                 |
| <p><b>3. Com que frequência você toma “cinco ou mais doses” de uma vez?</b></p> <p>(0) Nunca<br/>           (1) Menos do que uma vez ao mês<br/>           (2) Mensalmente<br/>           (3) Semanalmente<br/>           (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p><u>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</u></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> | <p><b>8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar do que aconteceu devido à bebida?</b></p> <p>(0) Nunca<br/>           (1) Menos do que uma vez ao mês<br/>           (2) Mensalmente<br/>           (3) Semanalmente<br/>           (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>                                               |
| <p><b>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</b></p> <p>(0) Nunca<br/>           (1) Menos do que uma vez ao mês<br/>           (2) Mensalmente<br/>           (3) Semanalmente<br/>           (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>                             | <p><b>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</b></p> <p>(0) Não<br/>           (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses<br/>           (2) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>                                                                                                               |
| <p><b>5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</b></p> <p>(0) Nunca<br/>           (1) Menos do que uma vez ao mês<br/>           (2) Mensalmente<br/>           (3) Semanalmente<br/>           (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>                        | <p><b>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</b></p> <p>(0) Não<br/>           (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses<br/>           (2) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>                                                                   |
| <p><b>Anote aqui o resultado:</b> <math>\underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} = \underline{\quad}</math></p> <p style="text-align: center;">Q1    Q2    Q3    Q4    Q5    Q6    Q7    Q8    Q9    Q10</p>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

Equivalências de Dose Padrão

CERVEJA: 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata = 1 "DOSE" ou 1 garrafa - 2 "DOSES"

VINHO: 1 copo comum (250ml) = 2 "DOSES" ou 1 garrafa = 8 "DOSES"

CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: "meio copo americano" (60ml) = 1,5 "DOSES" ou 1 garrafa = mais de 20 "DOSES"

UÍSQUE, RUM, LICOR, etc. : 1 "dose de dosador"(40ml) - 1 "DOSE"

ANEXO C – Teste pata triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas (ASSIST)

Nome: \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
 Entrevistador: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASSIST - OMS**

| 1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou?<br><i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i> | NÃO | SIM |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| a. derivados do tabaco                                                                                       | 0   | 3   |
| b. bebidas alcoólicas                                                                                        | 0   | 3   |
| c. maconha                                                                                                   | 0   | 3   |
| d. cocaína, crack                                                                                            | 0   | 3   |
| e. anfetaminas ou êxtase                                                                                     | 0   | 3   |
| f. inalantes                                                                                                 | 0   | 3   |
| g. hipnóticos/sedativos                                                                                      | 0   | 3   |
| h. alucinógenos                                                                                              | 0   | 3   |
| i. opióides                                                                                                  | 0   | 3   |
| j. outras, especificar                                                                                       | 0   | 3   |

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

| 3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?<br><i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i> | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMINALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco                                                                                                                                 | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| b. bebidas alcoólicas                                                                                                                                  | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| c. maconha                                                                                                                                             | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| d. cocaína, crack                                                                                                                                      | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| e. anfetaminas ou êxtase                                                                                                                               | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| f. inalantes                                                                                                                                           | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| g. hipnóticos/sedativos                                                                                                                                | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| h. alucinógenos                                                                                                                                        | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| i. opióides                                                                                                                                            | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| j. outras, especificar                                                                                                                                 | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |

**NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS**

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodka, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

**QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ALCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.**

| 2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?<br><i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMINALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco                                                                                                                                          | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| b. bebidas alcoólicas                                                                                                                                           | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| c. maconha                                                                                                                                                      | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| d. cocaína, crack                                                                                                                                               | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| e. anfetaminas ou êxtase                                                                                                                                        | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| f. inalantes                                                                                                                                                    | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| g. hipnóticos/sedativos                                                                                                                                         | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| h. alucinógenos                                                                                                                                                 | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| i. opióides                                                                                                                                                     | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| j. outras, especificar                                                                                                                                          | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

| 4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro? | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMINALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco                                                                                                                                                                 | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| b. bebidas alcoólicas                                                                                                                                                                  | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| c. maconha                                                                                                                                                                             | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| d. cocaína, crack                                                                                                                                                                      | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| e. anfetaminas ou êxtase                                                                                                                                                               | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| f. inalantes                                                                                                                                                                           | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| g. hipnóticos/sedativos                                                                                                                                                                | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| h. alucinógenos                                                                                                                                                                        | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| i. opióides                                                                                                                                                                            | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| j. outras, especificar                                                                                                                                                                 | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |



**5.** Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc)*, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

|                          | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|--------------------------|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco   | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| b. bebidas alcoólicas    | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| c. maconha               | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| d. cocaína, crack        | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| f. inalantes             | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| g. hipnóticos/sedativos  | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| h. alucinógenos          | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| i. opióides              | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| j. outras, especificar   | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |

**7.** Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)* e não conseguiu?

|                          | NÃO, Nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------------------------------|
| a. derivados do tabaco   | 0          | 6                        | 3                                |
| b. bebidas alcoólicas    | 0          | 6                        | 3                                |
| c. maconha               | 0          | 6                        | 3                                |
| d. cocaína, crack        | 0          | 6                        | 3                                |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0          | 6                        | 3                                |
| f. inalantes             | 0          | 6                        | 3                                |
| g. hipnóticos/sedativos  | 0          | 6                        | 3                                |
| h. alucinógenos          | 0          | 6                        | 3                                |
| i. opióides              | 0          | 6                        | 3                                |
| j. outras, especificar   | 0          | 6                        | 3                                |

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

**6.** Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)*?

|                          | NÃO, Nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------------------------------|
| a. derivados do tabaco   | 0          | 6                        | 3                                |
| b. bebidas alcoólicas    | 0          | 6                        | 3                                |
| c. maconha               | 0          | 6                        | 3                                |
| d. cocaína, crack        | 0          | 6                        | 3                                |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0          | 6                        | 3                                |
| f. inalantes             | 0          | 6                        | 3                                |
| g. hipnóticos/sedativos  | 0          | 6                        | 3                                |
| h. alucinógenos          | 0          | 6                        | 3                                |
| i. opióides              | 0          | 6                        | 3                                |
| j. outras, especificar   | 0          | 6                        | 3                                |

**Nota Importante:** Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

**8- Alguma vez você já usou drogas por injeção?**  
(Apenas uso não médico)

| NÃO, nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|------------|--------------------------|----------------------------------|
|            |                          |                                  |

**Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável**

|                                                                     |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Uma vez por semana ou menos<br>Ou menos de três dias seguidos       | Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável" |
| Mais do que uma vez por semana<br>Ou mais do que três dias seguidos | Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*                          |

**PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA**

|                      | Anote a pontuação para cada droga. SOME <u>SOMENTE</u> das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7 | Nenhuma intervenção | Receber Intervenção Breve | Encaminhar para tratamento mais intensivo |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|-------------------------------------------|
| Tabaco               |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Álcool               |                                                                                       | 0-10                | 11-26                     | 27 ou mais                                |
| Maconha              |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Cocaína              |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Anfetaminas          |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Inalantes            |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Hipnóticos/sedativos |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Alucinógenos         |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Opióides             |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |

**Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.**

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

## ANEXO D – Job Stress Scale

*Agora, temos algumas perguntas sobre características de seu trabalho.*

- a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- 1  Frequentemente 2  Às vezes 3  Raramente 4  Nunca ou quase nunca
- b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
- 1  Frequentemente 2  Às vezes 3  Raramente 4  Nunca ou quase nunca
- c) Seu trabalho exige demais de você?
- 1  Frequentemente  Às vezes 3  Raramente 4  Nunca ou quase nunca
- d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?
- 1  Frequentemente 2  Às vezes 3  Raramente 4  Nunca ou quase nunca
- e) O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?
- 1  Frequentemente 2  Às vezes 3  Raramente 4  Nunca ou quase nunca
- f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- 1  Frequentemente 2  Às vezes 3  Raramente 4  Nunca ou quase nunca
- g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- 1  Frequentemente 2  Às vezes 3  Raramente 4  Nunca ou quase nunca
- h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- 1  Frequentemente 2  Às vezes 3  Raramente 4  Nunca ou quase nunca
- i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- 1  Frequentemente 2  Às vezes 3  Raramente 4  Nunca ou quase nunca
- j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- 1  Frequentemente 2  Às vezes 3  Raramente 4  Nunca ou quase nunca
- k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?
- 1  Frequentemente 2  Às vezes 3  Raramente 4  Nunca ou quase nunca

*A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho.*

- l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalhar.
- 1  Concordo totalmente 2  Concordo mais que discordo 3  Discordo mais que concordo  
4  Discordo totalmente

m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

1  Concordo totalmente 2  Concordo mais que discordo 3  Discordo mais que concordo  
4  Discordo totalmente

n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

1  Concordo totalmente 2  Concordo mais que discordo 3  Discordo mais que concordo  
4  Discordo totalmente

o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas me compreendem.

1  Concordo totalmente 2  Concordo mais que discordo 3  Discordo mais que concordo  
4  Discordo totalmente

p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

1  Concordo totalmente 2  Concordo mais que discordo 3  Discordo mais que concordo  
4  Discordo totalmente

q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

1  Concordo totalmente 2  Concordo mais que discordo 3  Discordo mais que concordo  
4  Discordo totalmente

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)