

CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICA DE VITÓRIA

CLAUDIONICE RODRIGUES RANGEL

**USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES DA RELAÇÃO DE TRABALHO**

VITÓRIA
2018

CLAUDIONICE RODRIGUES RANGEL

**USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES DA RELAÇÃO DE TRABALHO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me Jeremias Campos Simões

VITÓRIA
2018

CLAUDIONICE RODRIGUES RANGEL

**USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES DA RELAÇÃO DE TRABALHO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof. Me. Jeremias Campos Simões - Orientador

Prof. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx-UCV

Prof. yyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyy-UCV

Dedico este trabalho a todos que me ajudaram, direta ou indiretamente, sem os quais ele jamais teria sido realizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, por ter me proporcionado condições para eu estar concluindo este curso superior, e por estar me formando uma enfermeira. Muito obrigado senhor. Sem tua força jamais teria conseguido.

Agradeço aos meus pais, por todo o carinho e dedicação em minha criação. Aos meus irmãos, por todos os momentos, que me possibilitaram um crescimento saudável.

Às minhas amigas de trabalho, em especial Denilda Oliveira Campos e Roberta Kelly Pereira. Aos meus amigos de faculdade Maxwell Henrique Ferreira, Camile Oliveira e Bruna Zhan. Muito obrigada por tudo.

Ao meu orientador, pelas valiosas dicas, senão nada teria ocorrido.

À Universidade Salesiano, que me proporcionou todo o conhecimento necessário para ser uma profissional competente.

“Todos os dias quando acordo, não tenho mais o tempo que passou, mas tenho muito tempo. Temos todo o tempo do mundo.

Renato Russo (Tempo perdido)

RESUMO

Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) afirmam que, em todo o mundo, a utilização abusiva de drogas está sendo um dos principais problemas para a saúde pública. Assim, este trabalho teve como objetivo geral descrever, a partir da revisão de literatura, o comportamento de uso de substâncias psicoativas pela equipe de enfermagem no ambiente de trabalho e objetivos específicos descrever os tipos de substâncias psicoativas mais consumidas entre profissionais de enfermagem; conceituar o padrão de consumo das substâncias psicoativas e analisar o ambiente de trabalho como fator de uso de substâncias psicoativas para os profissionais de enfermagem. Trata-se de uma revisão de literatura, e para tal intento foram selecionadas produções científicas das bases bibliográficas da Biblioteca Virtual em saúde (BVS), bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências e saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e BDENF – Enfermagem. Os resultados encontrados possibilitaram uma visão mais aprofundada a respeito dos profissionais de enfermagem, usuários de drogas, e do real motivo que os levam a tais práticas lesivas. Nesta perspectiva medidas de promoção de saúde são fundamentais para alcançar a redução dos danos ocasionados pelo uso abusivo de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Enfermagem. Substância psicoativa. Dependência química.

ABSTRACT

Data from the United Nations says that worldwide abuse of drugs is a major problem for public health. Thus, the main objective of this study was to describe the behavior of psychoactive substance use by the nursing team in the work environment and to describe the types of psychoactive substances most frequently used among nursing professionals; to conceptualize the pattern of consumption of psychoactive substances and to analyze the work environment as a factor of use of psychoactive substances for nursing professionals. This was a literature review, and for this purpose we selected scientific productions from the bibliographic databases of the Virtual Health Library (VHL), Latin American and Caribbean Literature in Sciences and Health (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and BDENF - Nursing. The results obtained provided a more in-depth view of nursing professionals, drug users, and the real reason that lead to such harmful practices. In this perspective health promotion measures are essential to achieve the reduction of the damages caused by the abusive use of psychoactive substances.

.

Keywords: Nursing. Psychoactive substance. Chemical Dependency.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Classificação das categorias de drogas.....	32
Figura 02 – Principais fatores geradores de estresse de acordo com enfermeiros.....	33
Figura 03 – Dimensões da Síndrome de Burnout.....	43
Figura 04 – Processo de recuperação.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Panorama geral da relação do consumo de drogas no decurso do tempo.....	27
Quadro 02 – Conceitos relevantes a serem utilizados para a discussão sobre o uso de substâncias psicoativas.....	29
Quadro 03 – Classificação das substâncias psicoativas de acordo com a ação no sistema nervoso central.....	31
Quadro 04 - Características utilizadas para nomenclatura do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais.....	35
Quadro 05 - Nomenclatura de acordo com Código Internacional de Doenças quando do uso de substâncias psicoativas.....	37
Quadro 06 - Descrição complementar da classificação considerando subclassificações.....	38
Quadro 07 - Comparação entre DSM-V e CID-10.....	38
Quadro 08 – Estudos sobre consumo de drogas.....	50
Quadro 09 – Motivos de uso de drogas entre profissionais de saúde.....	51
Quadro 10 – Três categorias comuns ao profissional dependente químico.....	52
Quadro 11 – Princípios para prevenção do uso de substâncias psicoativas.....	56
Quadro 12 – Considerações sobre norma para retorno ao ambiente de trabalho.....	60

LISTA DE SIGLAS

Organização Mundial de Saúde (OMS)

Substâncias Psicoativas (SPA)

Centro Brasileiro de Informação Sobre Drogas (CEBRID)

Secretaria Nacional de Antidrogas – SENAD

Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)

Código Internacional de Doenças 10 (CID-10)

Associação de Psiquiatria Americana (APA)

Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

Transtorno Mental Comum (TMC)

Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas (LENAD)

Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD)

Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD)

Scientific Electronic Library Online (SCIELO)

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

Comissão Interamericana de Controle do Abuso de Drogas (CICAD)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 OBJETIVOS.....	24
1.1.1 Objetivos gerais	24
1.1.2 Objetivos específicos	25
1.2 JUSTIFICATIVA.....	25
2 REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 UM BREVE HISTÓRICO E CONCEITO DE DROGA.....	27
2.2 ORIGENS DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	30
2.3 MOTIVOS DE USO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	32
2.4 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	34
2.4.1 Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V)	34
2.4.2 Código Internacional de Doenças 10 (CID-10)	36
2.4.3 Comparação entre o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais e o Código Internacional de Doenças	38
2.5 FATORES COMPORTAMENTAIS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM.....	39
2.5.1 Síndrome de Burnout	41
2.5.2 Dimensões da Síndrome de Burnout	42
2.5.2.1 Exaustão emocional.....	43
2.5.2.2 Despersonalização.....	44
2.5.2.3 Baixa realização profissional.....	44
2.5.3 Transtorno Mental Comum	45
3 METODOLOGIA	47

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
4.1 PADRÃO DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	49
4.2 TRATAMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DEPENDENTE QUÍMICO.....	51
4.3 RELAÇÃO COM A FAMÍLIA.....	54
4.4 PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO.....	57
4.4.1 Fases de recuperação.....	57
2.9.2 Retorno às atividades laborais.....	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

1 INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, a utilização abusiva de drogas vem sendo um dos principais problemas para a saúde pública. Em média, 185 milhões de pessoas, com idade superior a 15 anos, já consumiram drogas ilícitas, o que equivale a 4,75% da população mundial. Nesse contexto, os enfermeiros são os que estão diretamente em contato com todos os tipos de drogas. Esses profissionais de saúde, em seu cotidiano, enfrentam dificuldades ao se envolverem no uso desses entorpecentes para tentarem aliviar a pressão diária de suas atividades, com escalas desgastantes, levando-os ao uso indiscriminado desses entorpecentes (BRASIL, 2012).

Em uma pesquisa desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ficou constatado que aproximadamente 10% de toda população de centros urbanos utilizam, de forma indiscriminada, substâncias psicoativas, e isso não depende de sexo, idade, classe social. A respeito do uso das substâncias psicoativas de caráter ilícito, e considerando qualquer faixa etária, o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo também as mais graves consequências para a saúde pública mundial (LIMA; BRAGA, 2012).

Tratando da questão de substâncias psicoativas, torna-se mais complexo, considerando as inúmeras variáveis pertinentes no contexto social, histórico, cultural, psicológico e biológico. Por outro lado, está ainda mais presente no dia-a-dia, devido às facilidades em se adquirir, e principalmente quando se trata do profissional da saúde, e neste trabalho remete-se ao profissional de enfermagem, devido à facilidade em se conseguir e se medicar.

Tendo a contextualização apresentada, como base para este estudo, foi levantado a seguinte sugestão: o profissional de enfermagem faz uso de substâncias psicoativas em ambiente de trabalho? Dessa forma, pretende-se desenvolver um estudo bibliográfico no qual apresenta-se as premissas de políticas que deverão ser utilizadas em ambientes de trabalhos, onde os profissionais atuam, para tentar reduzir os danos ocasionados pelo uso abusivo de drogas, orientando e direcionando esses enfermeiros para tratamento adequado.

Pode-se definir as substâncias psicoativas, grosso modo, como substâncias que ao serem consumidas e administradas, alteram o humor, o nível de entendimento ou

mesmo o funcionamento do sistema nervoso central, e que altera as funções básicas do organismo do usuário, gerando como respostas a essa agressão mudanças no comportamento do indivíduo (BRASIL, 2012).

Portanto, o uso excessivo das substâncias psicoativas na sociedade em que vivemos vem sendo uma problemática marcada pelas transformações histórico-culturais e as marcantes inovações dos últimos anos. Nesta perspectiva, o uso abusivo de substâncias psicoativas por profissionais da área de enfermagem, vem crescendo e para tanto, estudos no campo de prevenção, cuidados primários, intervenção e o planejamento de saúde são fatores preponderantes para uma melhor gestão (MEDEIROS et al., 2013).

Nesse contexto, os enfermeiros são os que estão diretamente em contato com todos os diversos tipos de drogas. Esses profissionais de saúde, em seu cotidiano, enfrentam dificuldades ao se envolverem no uso desses entorpecentes para tentarem aliviar a pressão diárias de suas atividades, com escalas desgastantes levando-os ao uso indiscriminado.

Assim, é necessário redescobrir a instituição abrindo espaços não racionais em seu íntimo para que possamos entender o indivíduo enquanto ser humano no exercício do seu trabalho, observando suas emoções, sentimentos, intuições, valores, enfim, as características próprias que são peculiares a ele em suas relações interpessoais. É necessário, também, compreendermos a atuação dos fatores objetivos com o propósito em volta dessas relações, assim como das atividades desempenhadas no trabalho assim buscara por meio uma linguagem simples, mas concretizada em sua contextualização.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivos gerais

- Descrever, a partir da revisão de literatura, o comportamento de uso de substâncias psicoativas pela equipe de enfermagem no ambiente de trabalho.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever os tipos de substâncias psicoativas mais consumidas entre profissionais de enfermagem;
- Conceituar o padrão de consumo das substâncias psicoativas;
- Analisar o ambiente de trabalho como fator de uso de substâncias psicoativas para os profissionais de enfermagem;

1.2 JUSTIFICATIVA

O motivo para que o autor deste trabalho pudesse desenvolver tal tema, tem duas fontes; uma é de cunho pessoal, e a outra, por estar trabalhando há tanto tempo como técnica de enfermagem, e ver diversos amigos entrando por este caminho. Devido a esses dois fatores resolveu abordar este tema, que é tão rotineiro no dia-a-dia da maioria do profissional de enfermagem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 UM BREVE HISTÓRICO E CONCEITO DE DROGA

O termo droga é conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como qualquer produto ou substância que não é gerada pelo organismo humano, e que se ingeridas, poderá interferir sobre os sistemas dos organismos, gerando alterações que poderão levar o agente a se tornar um dependente químico (BRASIL, 2015).

Várias drogas vêm sendo utilizadas pela humanidade há milhares de anos. O álcool, por exemplo, é a droga mais consumida atualmente. Acerca dessa droga Moraes (2008, p. 122), tem uma boa narrativa. Vejamos:

Os estudos antropológicos apontam que, dentre as drogas consumidas pela humanidade, o álcool é uma das mais antigas, uma das mais utilizadas e com diferentes fins, de anestésico a narcótico. Sendo uma substância produzida a partir de elementos disponíveis na natureza (água, açúcar, fermentos e calor), talvez a origem do álcool tenha ocorrido espontaneamente, durante a pré-história humana. Com o posterior desenvolvimento de técnicas agrárias e de utensílios de cerâmica, é provável que o armazenamento, fermentação e comercialização tenham sido facilitados, contribuindo para uma produção sistemática posterior.

Diversas outras drogas tiveram sua origem para fins medicinais e rituais religiosos diversos, em diversas partes do mundo, e aos poucos o homem foi percebendo o seu potencial para outras situações, como o uso para diversão, e assim foram fazendo as devidas modificações. No Quadro 01, uma relação com a data de surgimento (aproximada) das drogas juntamente com suas descrições (NOVO, 2010).

Quadro 01 – Panorama geral da relação do consumo de drogas no decurso do tempo
(continua)

DATA	DESCRIÇÃO
10.000 a.C.	Evidências de que havia existência de plantação de maconha no início da agricultura;
6.000 a.C.	Habitantes da América do Sul dão início ao cultivo de tabaco;
3.500 a.C.	Os Sumérios são ditos como os primeiros usuários de Ópio;
800 a.C.	A destilação da bebida alcoólica é iniciada na Índia;
1.450 d.C.	A cultura de usar folha de coca, pelos povos Incas, espalha-se;
Séc. 17	Inventa-se o gim na Holanda;
Séc. 19	Especula-se que fumar causaria câncer; surgem os charutos e os cigarros;
1805	O químico alemão Friedrich Sertuner separa a morfina e o ópio. Isso foi um feito enorme tendo em vista o enorme consumo da morfina durante as guerras mundiais que se seguiram;
1845	É publicado uma primeira pesquisa sobre os efeitos que as drogas alucinógenas causam no ser-humano;

Quadro 01 – Panorama geral da relação do consumo de drogas no decurso do tempo (conclusão)

DATA	DESCRIÇÃO
1874	Inventa-se a heroína na Inglaterra;
1884	Freud faz uso, pela primeira vez, da cocaína. Passa a receitar aos seus pacientes. Posteriormente cancelou as receitas, pois percebeu os efeitos alucinógenos;
1887	A Alemanha sintetiza a anfetamina;
Final séc. 19	Aparece na Jamaica o movimento rastafári, que faz uso intenso da maconha;
1910	Relatados primeiros casos de danos nasais em virtude do uso da cocaína;
1938	O LSD é sintetizado acidentalmente, e assim descobre-se seus efeitos alucinógenos;
Década 60	O LSD vira símbolo contra-cultura norte-americana (um dos mais fortes símbolos);
1961	A ONU encoraja seus membros a agirem contra o uso dos opiáceos e da cocaína;
Década de 80	Aparecimento do CRACK, com poder de destruição enorme;
1985	Os EUA proíbem o uso do ecstasy em seu território, sendo que esta droga é uma das mais perigosas existentes;

Fonte: Novo (2010) (Adaptado pela autora)

As datas mencionadas no Quadro 01 são apenas ilustrativas, pois é certo que existem uma infinidade de drogas e diversos acontecimentos desde os primórdios da sociedade até os dias atuais. No entanto não pretendemos narrar toda a história das substâncias psicotrópicas.

No Brasil as drogas tiveram seu controle e combate no início após seu engajamento na Conferência Internacional do Ópio, que ocorreu em Haia em 1911, no combate ao uso do ópio e da cocaína. Assim, sob a supervisão da Segurança Pública e Sanitária, o uso de ópio, morfina, heroína e cocaína obteve sua primeira lei brasileira datada de 1921, tendo sua utilização lícita por meio de recomendação médica através de prescrições (NOVO, 2010).

A dependência química pode ser definida como uma doença crônica, que tende a se agravar com o decorrer do tempo, e que se apresenta como fonte geradora de outras doenças, que em algumas situações podem ser fatais. É um transtorno mental grave, oriundo do consumo de substâncias psicoativas que se tornou um grande problema público de saúde. Atinge todas as classes sociais, e causa uma destruição generalizada na vida do sujeito dependente químico, em todos os campos; moral, pessoal, financeiro, psíquico (SILVEIRA et al., 2013).

Quando se fala em substâncias psicoativas, existe uma variedade de conceitos que precisam ser aprendidos para um melhor entendimento do assunto. Essa variedade

de conceitos é apresentada no Quadro 02. Foi feito um resumo bastante sucinto, para dar maior clareza a respeito do que será falado ao longo deste trabalho (BENFICA; VAZ, 2008).

Quadro 02 – Conceitos relevantes a serem utilizados para a discussão sobre o uso de substâncias psicoativas

(continua)

TERMOS	DEFINIÇÕES
Experimentador	É o indivíduo que dolosa ou culposamente procura a experiência, sabendo da antijuricidade do fato.
Dependente	É o indivíduo que apresenta um padrão de comportamento caracterizado pelo uso compulsivo e pela necessidade apreensiva de drogas e de assegurar o seu suprimento.
Dependência	Este termo passou a ser recomendado desde 1964, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para substituir outro com maior conotação moral: o chamado vício. Na falta da droga, os usuários que se acostumaram a consumi-la e apresentam sintomas penosos, levando a um desejo e a uma necessidade absoluta de consumo. Este Quadro caracteriza a chamada “dependência física”, um estado de adaptação do corpo, manifestado por distúrbios físicos quando o uso de uma droga é interrompido. Quando uma determinada droga é utilizada em quantidades frequências elevadas, o organismo se defende estabelecendo um novo equilíbrio em seu funcionamento e adaptando-se a estas substâncias de tal forma que, na sua falta, funcionou mal. Na dependência física, a droga é necessária para que o corpo funcione normalmente. Assim, a suspensão do uso desta substância manifesta-se através de um desajuste metabólico no organismo, normalmente caracterizado por sensações de mal-estar e diferentes graus de sofrimento mental e físico, particulares para cada tipo de droga. Este Quadro é chamado de “Síndrome de Abstinência” e representa os conjuntos de sinais e sintomas decorrentes da falta da droga em usuários dependentes;
Dependência de drogas	Anteriormente à Revisão da Classificação Internacional das Doenças existiam dois tipos de dependência: dependência física e dependência química. A partir desta nova classificação os aspectos psicológicos e físicos foram unificados sob a definição de “dependência de drogas”. Esta mudança ocorreu, pois no passado julgou-se erroneamente que as drogas que induziam a dependência física (e conseqüentemente à síndrome de abstinência) seriam aquelas perigosas, também chamadas de drogas pesadas – “hard drugs”. Por outro lado, as que induziam apenas dependência psíquica eram consideradas as drogas leves – soft drugs. Sabe-se hoje que várias drogas sem a capacidade de produzir dependência física geram intensa compulsão para o uso e sérios problemas orgânicos. Portanto, é inadequado classificá-las como drogas “leves”. Atualmente se aceita que uma pessoa seja “dependente”, sem qualificativo, enfatizando-se que a condição de dependência seja encarada como um Quadro clínico;
Dependência psíquica	É o desejo incontido de obter e administrar a droga para obter prazer ou alívio de desconforto. Atualmente se aceita que uma pessoa seja “dependente”, sem qualificativo, enfatizando-se que a condição de dependência seja encarada como um Quadro clínico;
Dependência física	É o estado caracterizado pelo aparecimento de sintomas físicos ou síndrome de abstinência quando a administração da droga é suspensa;
Síndrome da abstinência	É o conjunto de sinais e sintomas desagradáveis, opostos produzidos pela droga, que surgem com baixo ou nulo teor da droga no sangue;
Hábito	Necessidade de usar uma droga, para obter alívio do desconforto físico ou tensão emocional que aquela provoca. Leva à necessidade de um progressivo aumento da dose para conseguir o mesmo efeito;

Quadro 02 – Conceitos relevantes a serem utilizados para a discussão sobre o uso de substâncias psicoativas

(conclusão)

TERMOS	DEFINIÇÕES
Tolerância	É a diminuição do efeito da mesma dose de uma droga quando administrada de forma repetida por um determinado período de tempo. Isso resulta em necessidade de aumentar a dose para obter o mesmo efeito inicial;
Toxicômano	É o indivíduo que apresenta um invencível desejo ou necessidade de continuar a consumir a droga ou de procurá-la por todos os meios; apresenta uma tendência a aumentar a dose; e adquire dependência de ordem psíquica e física em face dos efeitos da droga.

Fonte: Benfica e Vaz (2008, p. 118)

Esses conceitos possibilitam ao profissional de enfermagem entender os diferentes tipos de sujeitos que utilizam e convivem com o uso e tráfico de drogas, o seu tipo de dependência, o estágio em que se encontra até atingir o estado crônico e a dependência do uso das drogas para o seu dia a dia, porque apenas com entendimento completo a respeito dessas substâncias é que poderá agir a contento para ajudar o seu paciente (BENFICA; VAZ, 2008).

Uma observação pertinente que precisa ser realizada, e aqui é o momento, é acerca do consumo e uso das drogas. Existe uma luta constante do Estado para acabar com as drogas, o que se apresenta como algo ilusório, pois o sistema é sustentado pelo vício do usuário, e diga-se de passagem, em muitos casos não pretende parar de usar drogas. Portanto, com uma demanda agregada enorme, o que o sistema que produz e vende drogas faz é simplesmente alimentar o desejo do usuário de substâncias psicoativas, por isso a melhor arma ao combate contra as drogas é a conscientização de que drogas podem levar ao óbito, e destruir famílias inteiras (REIS; HUNGARO; OLIVEIRA, 2014).

2.2 ORIGENS DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Substâncias psicoativas (SPA) são familiares ao ser-humano há vários séculos. Confunde-se, algumas vezes, com a própria história do homem, pois são usadas desde tempos em que não se tem notícias, apenas vestígios. Foi, e ainda o é, em algumas sociedades, utilizada em rituais religiosos (PRATTA; SANTOS, 2009).

Historicamente, os alucinógenos são usados como parte de práticas religiosas estabelecidas, como o uso de peiote na Native American Church (Igreja Nativa Americana) e no México. O uso ritual por populações indígenas

de psilocibina obtida a partir de determinados tipos de fungos ocorre na América do Sul, no México e em algumas regiões dos Estados Unidos, ou de Ayahuasca nas seitas Santo Daime e União Vegetal. O uso regular de mescalina como parte de rituais religiosos não está vinculado a déficits neuropsicológicos nem psicológicos. No caso de adultos, até o momento parece não haver diferenças de raça ou etnia para a totalidade dos critérios nem para nenhum critério específico (ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA, 2014, p. 526).

Dentre diversas conceituações, pode-se dizer que a droga, também, é definida como uma substância que ao ser ingerida por qualquer ser vivo, altera suas funções vitais, levando a comportamentos diferentes do rotineiro. Assim sendo, pode-se falar em quatro formas possíveis de classificação, segundo a Secretaria Nacional de Antidrogas – SENAD (2002), de acordo com suas origens, que são; naturais, semissintéticas, sintéticas, entorpecentes e psicotrópicas (FIORE, 2012).

As drogas se dividem entre drogas naturais e drogas sintéticas, sendo que o primeiro tipo é aquele que é extraído de planta, de animais e minerais. Um exemplo mais comum é a maconha. Já o segundo tipo de droga é aquele produzido em laboratório, e o exemplar mais conhecido é a cocaína. No Quadro 03, será dada a classificação de acordo com as categorias em que as drogas são divididas (NOVO, 2010).

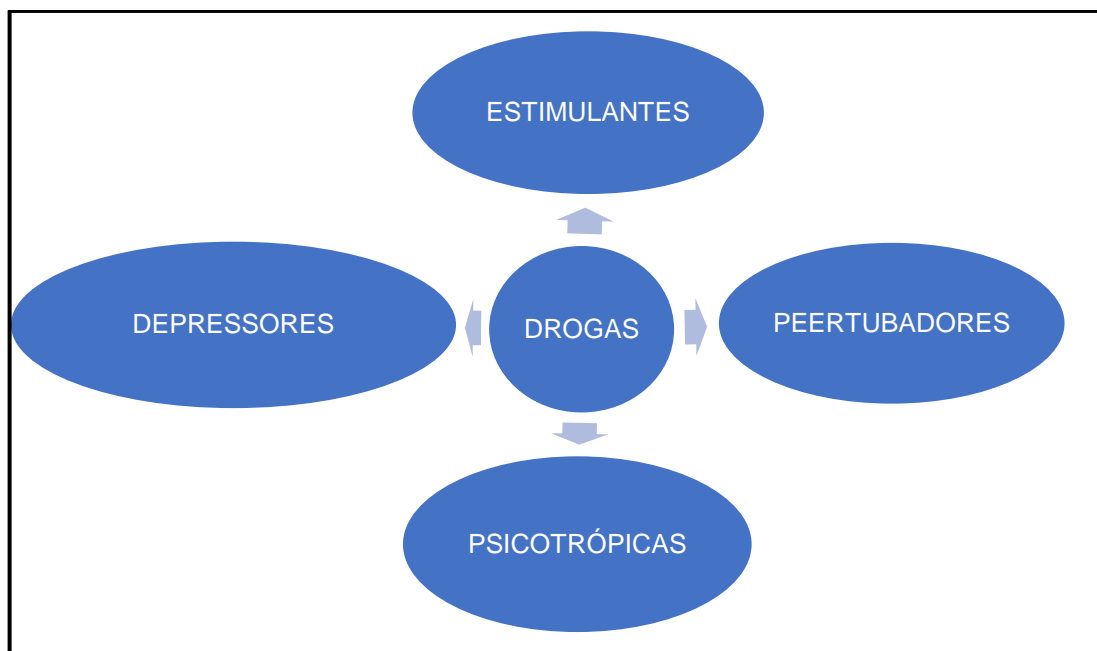
Quadro 03 – Classificação das substâncias psicoativas de acordo com a ação no sistema nervoso central

TIPO	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS
ESTIMULANTES	Incentivam, de modo superficial, atividades no Sistema Nervoso Central, elevando, dessa forma, a atividade cerebral, o que pode causar diversos distúrbios, tais como a insônia. São conhecidas por outros nomes, tais como psicoanalépticos, nooanalépticos, timolépticos;	Cafeína, Nicotina, Anfetamina, Cocaína;
PERTUBADORES	Alteram o Sistema Nervoso Central, deformando a percepção, do usuário, acerca do mundo, das pessoas, das coisas, etc. Distorcem completamente o funcionamento cerebral;	Maconha, Cacto, Cogumelo, LSD;
DEPRESSORES	Tornam as funções do organismo (metabólicas), mais lentas, o que compromete o reflexo, e outras funções básicas;	Herína, Morfina, Antedepressivos;
PSICOTRÓPICAS	Interferem no Sistema Nervoso Central, alterando completamente as atividades cerebral, o comportamento dos usuários, de forma bastante aterrorizante. Podem ser utilizadas de diversas formas, sendo essas por inalação, por injeção, e até mesmo via retal;	---

Fonte: Novo (2010)

Essa relação pode ser melhor visualizada na Figura 01, na qual procurou-se demonstrar de forma visual a divisão que existe das drogas, em suas diversas categorias que aqui serão exploradas.

Figura 01 – Classificação das categorias de drogas



Fonte: Autoria própria (2018)

2.3 MOTIVOS DE USO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: ALGUMAS REFLEXÕES

As substâncias psicoativas, tanto lícitas como ilícitas, criam um grande problema social e de saúde pública, pois desencadeiam prejuízos não somente aos seus usuários, mas para a sociedade de uma forma geral. O uso dessas substâncias psicoativas é realizado por todas as classes sociais, idade, gênero, etc. O uso dessas substâncias altera todas as dimensões do usuário, a todo o instante; reflexos, humor, proatividade e várias outras, além de poder provocar danos irreversíveis ao Sistema Nervoso Central (ZEITOUNE et al., 2012).

Segundo Sá (2016), toda substância psicoativa que o indivíduo usa de forma endógena no organismo, altera o funcionamento natural do sistema nervoso central do indivíduo em seu comportamento físico e psíquico, dando a uma sensação de conforto e de bem-estar momentâneo, mas que se mostra bastante danoso.

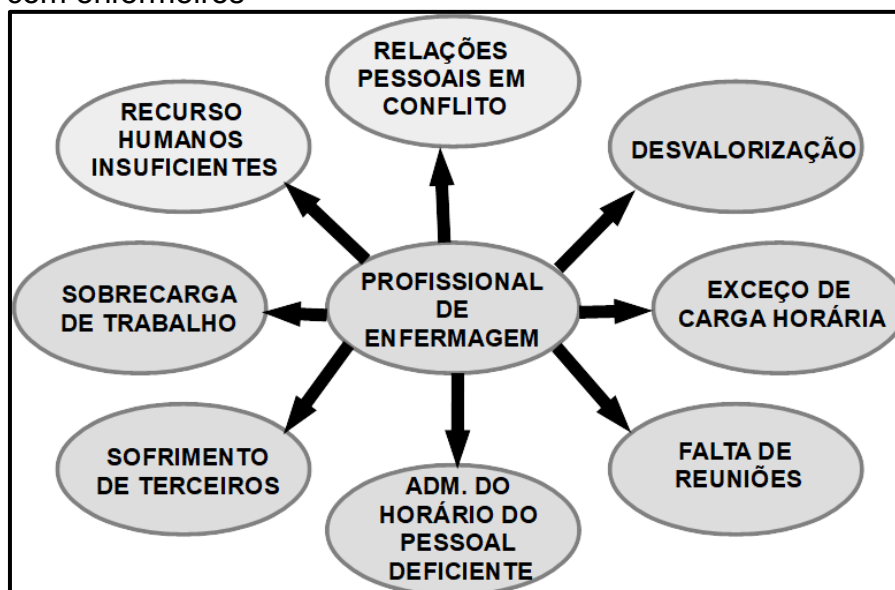
Assim sendo, a quantidade utilizada por este indivíduo aumenta cada vez mais, tornando-o dependente psicologicamente e fisicamente, seja a substância lícita ou ilícita, o que acarreta um problema de saúde pública nacional e internacional, que

ocasiona grandes gastos em matéria econômica, social, política e moral a todas as comunidades consumidoras. Consequentemente, como o Estado se torna um tanto mobilizado para investir, não terá verba para aumentar o custeio da saúde de acordo com a demanda existente, e não pode deixar de investir em outros setores para suprir a grande demanda da saúde (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

As substâncias psicoativas sempre foram usadas milenarmente por muitos nas sociedades com fins religiosos, culturais e medicinais, porém foi no século vinte, que o uso abusivo das substâncias psicoativas, veio a ser uma preocupação, devido aos problemas e impacto social grave que ela vem causando. E os motivos pelos quais o profissional de enfermagem utilizam as substâncias psicoativas são diversos, sejam eles relacionados com o ambiente de trabalho, sejam pessoais ou qualquer outro. Os motivos provenientes do ambiente de trabalho são todos causadores de estresse, conforme pode-se observar na Figura 02 (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

Dessa forma, surge a reflexão em que os fatores de estresse, apresentados na Figura 02, e o fato dessa relação com as práticas da enfermagem favorece, abruptamente, para que o profissional de enfermagem esteja mais propício ao uso de drogas, como uma forma de fugir de sua realidade bastante inglória. Trata-se de uma válvula de escape perigosa, pois em muitas situações acaba destruindo a carreira do profissional sem ele perceber (SILVA; BOTTI, 2011).

Figura 02 – Principais fatores geradores de estresse de acordo com enfermeiros



Fonte: Autoria própria (2018)

Não obstante as situações adversas na vida do profissional de enfermagem, o uso indevido de substâncias abarca padrões de má adaptação oriundas do excessivo uso de substâncias psicoativas, com o usuário fazendo uso diante da recorrência de problemas profissionais, sociais, psicológicos ou físicos e/ou situações perigosas. Visando a segurança dos pacientes, o profissional que faz uso de tais substâncias deve ser removido de seu local de trabalho o quanto antes, pois a instituição corre o risco de ver sua reputação manchada por algum ato do seu funcionário quando estiver sob efeito das substâncias psicoativas (MARQUIS; HUSTON, 2015).

2.4 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

As doenças, de uma forma geral, podem ser classificadas por dois sistemas; *Diagnóstic and Statístical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) e Código Internacional de Doenças 10 (CID-10). A primeira é também conhecida como DSM – V, e trata-se de um manual desenvolvido pela Sociedade Americana de Psiquiatria (APA), para os profissionais atuantes em saúde mental. Já a segunda classificação é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e trata-se de um sistema de classificação de doenças em geral. É a classificação utilizada pelo SUS, e é mais ampla (RESENDE; CALAZANS, 2013).

Esses dois sistemas de nomenclatura das doenças, servem para auxiliar os profissionais a identificarem tais agravos. Eles são descritos separadamente abaixo.

2.4.1 Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V)

O Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM – V) é bastante difundido em centros de pesquisa, por ser um sistema de classificação mais restrito às doenças mentais, e sua última versão, a quinta, foi publicada no ano de 2013.

De acordo com Caponi (2014, p. 744):

O DSM-V se inscreve na mesma estratégia que caracteriza os Manuais de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais desde a ruptura operada no campo da psiquiatria, no ano 1980, pelo DSM-III. A partir desse momento, começou-se a definir as patologias psiquiátricas por referência a agrupamentos de sintomas, o que acarretou a desconsideração das

narrativas dos pacientes, das histórias de vida, das causas sociais e psicológicas específicas que podem ter provocado determinado sofrimento psíquico ou determinado comportamento.

A classificação do DSM-V unificou o abuso e a dependência de substância, que antes eram analisados separadamente, criando, assim, o Transtorno do Uso de Substância, podendo ser leve, moderado ou grave. A principal característica de pacientes que sofrem de tais transtornos é o agrupamento de sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais. Mesmo sabendo dos malefícios que a droga causa, ainda continuam utilizando. Tal nível de transtorno dependerá da quantidade de fatores a serem observados no paciente. Estes fatores são descritos no Quadro 04 (ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA, 2014).

Quadro 04 - Características utilizadas para nomenclatura do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais

NUMERAÇÃO	CARACTERÍSTICA	
1	Substância utilizada por um período de tempo maior do que o que fora pretendido pelo usuário;	
2	Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;	
3	Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização de substância ou na recuperação de seus efeitos;	
4	Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar substância;	
5	Uso recorrente de substância, resultando em fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa;	
6	Uso continuado de substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância;	
7	Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de substância;	
8	Uso recorrente de substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física;	
9	O uso de substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância;	
10	Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos;	Necessidade de quantidades progressivamente maiores de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
		Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de substância;
11	Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos;	Síndrome de abstinência característica de substância;
		substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;

Fonte: Associação de Psiquiatria Americana (2014) (Adaptado pela autora)

Dessa forma, quando os pacientes apresentarem sintomas que estão descritos no Quadro 04, a quantidade de sintomas deverá ser analisada para fazer a devida classificação química do dependente. Existem três classificações; leve, moderada e grave. Após análise adequada e consistente o paciente será enquadrado na categoria leve se apresentar entre dois e três sintomas; será enquadrado na categoria moderado quando apresentar quatro ou cinco sintomas e será colocado na categoria grave quando apresentar seis ou mais sintomas dentre os que foram apresentados no Quadro 04 em questão. Importante destacar o papel do profissional de enfermagem na análise do paciente, pois se o mesmo for enquadrado em uma categoria que não é a verdadeira, ou a que ele se encontra de fato, poderá prejudicar o tratamento subsequente, por isso o profissional precisa estar bastante treinado e experimentado quando aparecer algum paciente nessa situação (ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA, 2014).

2.4.2 Código Internacional de Doenças 10 (CID-10)

A Organização Mundial da Saúde apresenta, em sua estrutura, dois sistemas de referências para caracterizar as condições da saúde, e são elas; O Código Internacional de Doenças, que é mais conhecido como CID-10, e a Classificação Internacional de Funcionalidades, conhecida por sua sigla CIF. A segunda classificação não é utilizada rotineiramente, por enquanto, mas será bastante útil, quando estiver vigorando abundantemente, para pessoas com deficiências, e para as organizações em pró de tais pessoas, pois ainda não existe uma diferenciação clara a respeito do que é deficiência e incapacidade, sendo certo que existe problemas linguísticos no uso de tais termos, confundindo-os frequentemente (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Assim sendo, O Código Internacional de Doenças (CID-10), criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) há várias décadas, é o mais amplamente utilizado, até mesmo do que o DSM-V, abrangendo uma quantidade maior de doenças do que a DSM-V. Ela é sempre atualizada, tentando comportar doenças novas, e atualmente está em sua décima versão. É utilizada de forma padrão em todos os países, sendo que o DSM-V é mais utilizado em centros de pesquisas, devido ao seu desenvolvimento peculiar (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Ainda sobre a história da CID-10, interessante lembrar que seu começo se deu devido ao interesse de se conhecer as causas da morte das pessoas, sendo que o protocolo que deu origem à classificação atual é de 1893, conhecida como Classificação de Bertillon. Assim, depois de grande interesse dos órgãos de saúde pela classificação inicial, passaram a usá-la para classificar os pacientes que estivessem hospitalizados, posteriormente consultas de atenção primária da saúde, até chegar no atual estágio, de classificação das doenças, sendo essa classificação ampla, estendendo-se a vários aspectos da vida do paciente (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Na versão mais atual, em sua quinta unidade, apresenta os Transtornos Mentais e de Comportamento. Os transtornos gerados pelo uso de substâncias psicoativas são narrados nesse contexto. Para cada sintoma, apresenta-se a letra F com dois números, que estão sequenciados de 10 a 19. O Quadro 05 mostra a relação entre o tipo de transtorno e o tipo de substância que foi utilizada, ou que é utilizada, a depender da análise do profissional que esteja fazendo o atendimento ao paciente, daí a importância de se conhecer tais nomenclaturas (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Quadro 05 - Nomenclatura de acordo com Código Internacional de Doenças quando do uso de substâncias psicoativas

DESCRIÇÃO	TIPO DE TRANSTORNO
F10	Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool;
F11	Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de opioides;
F12	Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de canabinoides (maconha);
F13	Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de sedativos e Hipnóticos;
F14	Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de cocaína;
F15	Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de outros estimulantes, incluindo a cafeína;
F16	Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de alucinógenos;
F17	Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de fumo;
F18	Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de solventes voláteis;
F19	Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas;

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2014)

Para completar o Quadro 05, usa-se uma numeração extra, para cada situação específica. Abaixo, no Quadro 06, essa descrição extra é apresentada, juntamente com sua descrição específica para completar a análise que o profissional de

enfermagem precisa fazer quando da entrada de algum paciente em uma unidade de saúde, apresentando os vestígios de ser dependente químico.

Quadro 06 - Descrição complementar da classificação considerando subclassificações

NUMERAÇÃO EXTRA	DESCRIÇÃO
0	Intoxicação aguda
1	Uso nocivo para a saúde
2	Síndrome de dependência
3	Estado de abstinência
4	Estado de abstinência e delírio
5	Transtorno psicótico
6	Síndrome amnésica
7	Transtorno psicótico residual e de início tardio
8	Outros transtornos mentais e de comportamentos
9	Transtorno mental e de comportamento não especificado

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2014)

Portanto, como exemplo, se um paciente chegou a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) apresentando sintomas de que tenha ingerido cocaína, e em estado de abstinência, a numeração do CID - 10 que lhe será gerado vai ser F14.3. Bastará apenas cruzar os dados dos Quadros apresentados.

2.4.3 Comparação entre o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais e o Código Internacional de Doenças

Para finalizar essa seção de modo eficaz, pode-se fazer um comparativo entre os dois sistemas de classificação estudados até agora. Abaixo, no Quadro 07, essa comparação é apresentada. Importante observar que um desses sistemas é mais utilizado no dia-a-dia da prática da saúde (CID-10), enquanto o outro é mais utilizado em centros de pesquisa (DSM-V) (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Quadro 07 - Comparação entre DSM-V e CID-10

(continua)

CARACTERÍSTICAS	DSM-V	CID-10
Tolerância	Tolerância definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) uma necessidade de quantidades progressivas maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado; (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância	Evidência de tolerância de tal forma que doses crescentes da substância são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;

Quadro 07 - Comparação entre DSM-V e CID-10

(conclusão)

CARACTERÍSTICAS	DSM-V	CID-10
Compulsão	Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância.	Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
Perda de controle	A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.	Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de seu início, término e níveis de consumo;
Síndrome de abstinência	Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) síndrome de abstinência característica para a substância; (b) a mesma substância (ou substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.	Estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
Negligência de atividades e tempo gasto	Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância (negligência de atividades). Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos (tempo gasto).	Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicotrópica, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2014); Associação de Psiquiatria Americana (2014) (Adaptado pela autora)

2.5 FATORES COMPORTAMENTAIS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM A ATIVIDADE DO CUIDAR

Quando se observa o profissional de saúde em seu campo de trabalho, e principalmente o profissional da enfermagem, por ser o foco deste trabalho, o que se observa é um sujeito que se tornou peça fundamental na transformação social, pois é participante de projetos que visa o cuidado com o paciente, e a prevenção de saúde quando se refere ao uso de drogas (LOPES et al., 2009).

No entanto, observar o comportamento deste profissional e vê-lo sendo usuário de droga, sendo que outrora era o profissional da saúde que atendia a essa população, demonstra uma mudança de paradigmas impressionante, e prova que há algo de muito errado na conjectura social ora vigente, e que se nada for observado para tentar mudar, de forma drástica, a tendência gráfica é apenas aumentar, pois a quantidade

de usuários de drogas está em curva ascendente, diante das enormes dificuldades que se apresentam a cada dia (NEVES et al., 2017).

O profissional de enfermagem que sofre de dependência química afeta a harmonia não somente do sistema pessoal dele, mas como também de todo o ambiente no qual ele atua, afetando os demais companheiros de trabalho, e colocando em risco os pacientes, pois uma vez que o enfermeiro tenha sua habilidade crítica prejudicada pelo uso das drogas, compromete a integridade física do paciente, aplicando uma medicação fora da dosagem estipulada pelo médico, como exemplo (MARQUIS; HUSTON, 2015).

O cuidado do outro que é o *core business* do profissional de enfermagem, exige que haja por parte deste profissional, uma harmonia entre vários campos da vida, a saber; biológico, psicológico, espiritual, sociológico, etc. Não há como um profissional de enfermagem cuidar de um paciente doente, estando doente. Se o profissional usa drogas, todo o seu campo harmônico está fora de equilíbrio, e por isso precisa, primeiro, se cuidar, para depois cuidar do próximo (SANNA, 2007).

Nas palavras de Sanna, tem-se:

O processo de trabalho **Assistir** ou cuidar em Enfermagem tem como objeto o cuidado demandado por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades. Algumas pessoas entendem que o objeto de trabalho é o corpo biológico desses indivíduos, mas a Enfermagem é uma ciência e uma prática que se faz a partir do reconhecimento de que o ser humano demanda cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual durante toda a vida, que são providos por seus profissionais (SANNA, 2007, p. 222).

Assim, quando o profissional enfermeiro se torna um dependente químico, três áreas de seu comportamento são afetadas; mudanças na personalidade/comportamento, queda no desempenho profissional e falta de compromisso com o trabalho, em termos de horário e presença (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Ainda que tenha a responsabilidade de cuidar do próximo como foco principal de sua atuação profissional, é um ser-humano, e como tal está sujeito a fraquezas, e muitos não possuem bagagem emocional para suportar o sofrimento humano que presencia frequentemente, as cobranças por produtividade, e acaba adoecendo, e usando drogas (NEVES et al., 2017).

Em muitas ocasiões o uso de substâncias psicoativas possui relação direta com o stress no local de trabalho, o que fica caracterizado pela doença chamada de Síndrome de Burnout. Dessa forma, os profissionais utilizam as drogas como uma

forma de fugirem da realidade, abrigando-se em um mundo de fantasias, devido à enorme complexidade das situações que enfrentam (FELIX JÚNIOR; SCHLINDWEIN; CALHEIROS, 2016).

2.5.1 Síndrome de Burnout

O psicólogo norte-americano Freudenberger, na década de setenta, cunhou o termo Burnout para retratar uma realidade que ele próprio estava vivendo. Naquela época não havia a quantidade de acesso à informação que existe hoje, todavia o psicólogo vivia uma rotina de trabalho que é parecida com o que muitos vivem atualmente. Tal síndrome está catalogada na CID-10, no Grupo V. As principais características de tais síndromes é o estresse e a tensão emocional vividas pelo agente, diante de condições extremas de trabalho. É sabido que o estresse é interessante para a tomada de decisões, em alguns momentos da vida, porém, quando esse estresse é prolongado e constante, apresenta outros efeitos indesejáveis, prejudicando o seu agente (ABREU et al., 2002).

Ao que tudo indica, Freudenberger apenas narrou algo que já existia há muito tempo, e que era sentido por profissionais que se dedicavam em suas tarefas mantendo contato, profissionalmente, com outras pessoas. Porém, pode-se pensar nos matemáticos de antigamente, que de tanto dedicar-se aos números, aos seus trabalhos, e não conseguir chegar a algum resultado plausível, sofreram com o que hoje é conhecido como Síndrome de Burnout, e não lidava com outras pessoas, mas trabalhava isoladamente (TEIXEIRA, 2007).

O que é aceito atualmente é que a Síndrome de Burnout não acomete somente quem trabalha diretamente com o público, mas com todos os profissionais que se dedicam integralmente às suas atividades, e como consequência surgem problemas como ansiedade, nervosismo, depressão, entre outros problemas relacionados (TEIXEIRA, 2007).

Hodiernamente pode-se caracterizar a Síndrome de Burnout como sendo composta por três dimensões, a saber; dimensão da exaustão emocional, da despersonalização e redução da realização pessoal. É uma doença inteiramente relacionada ao trabalho

e podem ocorrer sequencialmente, um interagindo com o outro, e até mesmo tendo a existência dos três (BATISTA, 2013).

De uma forma mais objetiva, Batista e outros (2013) assim descreveram a Síndrome de Burnout nos dias atuais:

A Síndrome de Burnout é considerada uma epidemia entre os trabalhadores que lidam com pessoas. Apresenta alta incidência em profissionais como médicos, enfermeiros e professores, no mundo inteiro, e pode ser vista como uma importante questão de saúde pública. Essa síndrome é um dos agravos ocupacionais de caráter psicossocial mais importante na sociedade atual. Burnout é um sério processo de deterioração da qualidade de vida do trabalhador, tendo em vista suas graves implicações para a saúde física e mental (BATISTA et al., 2013, p. 554).

Como foi visto, é uma doença que afeta trabalhadores em todas as profissões, e em especial profissionais da área da saúde, como um todo, pois tem interação direta com outras pessoas, o público em geral (BATISTA, 2013).

Para se fazer um preciso diagnóstico acerca dessa síndrome, precisa-se observar cuidadosamente o profissional, e tentar identificar se os problemas que esse profissional está enfrentando são oriundos das relações de trabalho. As empresas onde esses profissionais atuam precisam estar atentos para tais condições, pois podem afetar bastante a produtividade e altera a harmonia do ambiente laboral. Uma vez que ele esteja identificado, há a necessidade de as fazer uso de medicamentos antidepressivos e acompanhamento com psicoterapeutas. Exercícios físicos também ajudam a extinguir o problema (DIAS; QUEIROS; CARLOTTO, 2010).

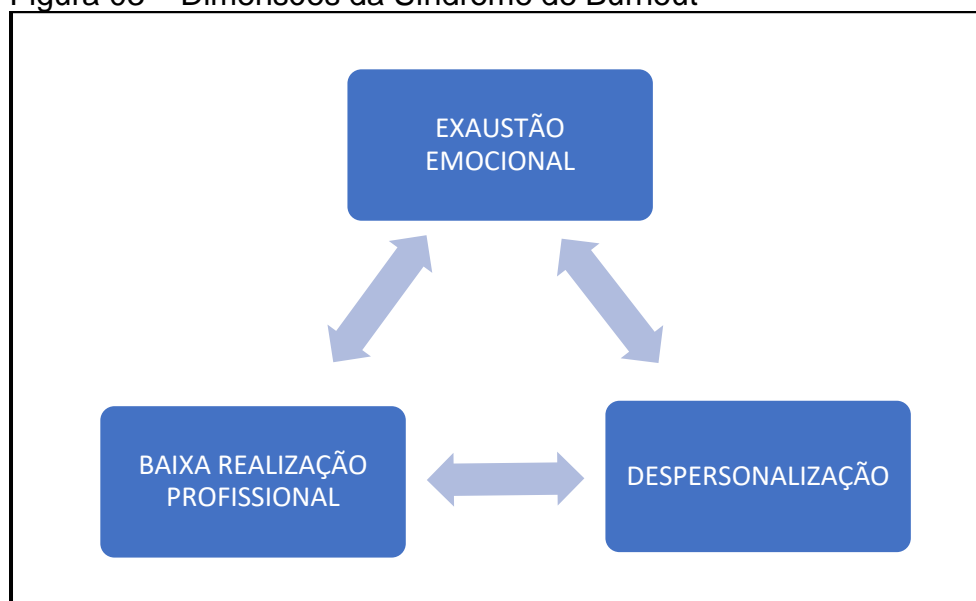
2.5.2 Dimensões da Síndrome de Burnout

As dimensões da Síndrome de Burnout foram propostas por Maslack, e apresentam-se em; i) Exaustão emocional; ii) Despersonalização; iii) Baixa realização profissional. Pode-se conceituá-las individualmente, todavia surgem uma em função da outra, conforme narrado por França e outros (2014).

A primeira dimensão a surgir é a da exaustão emocional proveniente das demandas excessivas do trabalho, em seguida ocorre, como resposta defensiva, a fase de despersonalização ou desumanização, caracterizada pelo afastamento psicológico do profissional de sua clientela e relações sociais. E por fim surge a última fase, que é o sentimento de incompetência e inadequação profissional, chamada de redução do sentimento de realização profissional (FRANÇA et al., 2014, p. 3541).

Como pode-se observar, para o surgimento de cada dimensão da Síndrome de Burnout existe um processo, no qual cada etapa leva ao surgimento da outra etapa, e assim sucessivamente, portanto, autoconhecer-se e ter uma maturidade emocional são ferramentas importantes para tratar e prevenir tal síndrome. Essa divisão é feita apenas para fins pedagógicos, e na Figura 03 ilustra-se o que foi falado a respeito das dimensões da Síndrome de Burnout (FRANÇA et al., 2014).

Figura 03 – Dimensões da Síndrome de Burnout



Fonte: Autoria própria (2018)

2.5.2.1 Exaustão emocional

O abatimento emocional é entendido como a característica mais relevante desta dimensão de burnout, e pode-se apresentar tanto física quanto psiquicamente, ou até mesmo mesclando as duas, levando o seu portador a um estado de completo desequilíbrio e confusão (SANTOS; HONÓRIO, 2014).

Apresenta-se em uma situação na qual o profissional toma ciência de que suas energias e seus atributos emocionais não mais existem, em virtude do contato intenso e direto, em seu local de trabalho, com vários problemas. O trabalhador sente de forma latente que não consegue viver uma vida afetiva plena e realizada, pois suas forças sumiram, e não possui ânimo para qualquer atividade que seja proposta, como se estivesse anêmico (SANTOS; HONÓRIO, 2014).

2.5.2.2 Despersonalização

A palavra pode indicar algo como a perda de personalidade, porém, o que o conceito quer dizer é a respeito da mudança da personalidade das pessoas diante da síndrome, ou seja, o trabalhador passa a não ter mais o afeto como atributo de sua personalidade, e assim torna-se um adulto frio, e sem empatia. Não consegue ver o sofrimento do outro e se compadecer, e nem percebe que entrou nessa condição comportamental (SANTOS; HONÓRIO, 2014).

Algumas características negativas começam a tomar conta de seu ser, tais como a ironia, a indiferença, etc. Não existe mais um vínculo afetivo, e sim um vínculo racional, e assim o trabalhador começa a sofrer de ansiedade, irritabilidade e redução de metas, pois se antes conseguia sentir afeto pelo próximo, e agora não sente mais nenhum afeto, percebe que está com algum problema, mas não consegue procurar meios para solucionar este problema (SANTOS; HONÓRIO, 2014).

2.5.2.3 Baixa realização profissional

Aos poucos a vontade de abandonar o trabalho vai lhe agitando de forma a não ser controlada, e isso interfere em sua produtividade e no seu dia-a-dia, dificultando o contato com outras pessoas de seu local de trabalho, e até mesmo de seu círculo íntimo de amizades, e assim, conseqüentemente, o alcance das metas propostas pela empresa torna-se inalcançável, sendo uma missão quase impossível de ser realizada, em virtude de seus ânimos alterados (SANTOS; HONÓRIO, 2014).

A partir deste momento o trabalhador, erroneamente, conclui que sua atividade ocupacional não possui avanços, evoluções, e demonstra seu desinteresse com o que está realizando. Aos poucos os sinais como baixa estima vão surgindo, juntamente com sentimento de frustração e ineficiência, o que pode levar à perda do emprego, sendo demitido, ou pedindo demissão, por achar que está sendo prejudicial para a empresa. Para o profissional de enfermagem isso é algo preocupante pois lida com vidas e exerce o cuidado, por isso precisa estar com bom ânimo durante todo o período em que se encontra laborando (SANTOS; HONÓRIO, 2014).

2.5.3 Transtorno Mental Comum

Outra doença que se apresenta rotineira é o Transtorno Mental Comum (TMC), termo cunhado por Goldberg e Huxley em 1992, e que se refere a comportamentos não-psicóticos, tais como fadiga, insônia, irritabilidade, esquecimento, etc. Esse transtorno, apesar de parecer comum, no começo, com o decorrer do tempo pode se apresentar como bastante danoso para a saúde do seu portador (SÁ, 2016).

Pesquisas sugerem que existe uma porcentagem global da ordem de 51,1% de usuários que demonstram possuir o TMC. Entre os que possuem tal transtorno, destaca-se aqueles que sentiram sintomas de sentir-se nervoso, tenso e preocupado, algo em torno de 73%. Já 69,1% dormiram mal e 61,2% cansaram-se com facilidade. Esse transtorno é recorrente entre os profissionais de enfermagem, apresentando uma média global de 21,3% de pacientes que possuem tal transtorno (SÁ, 2016).

Lucchese e outros (2014), desenvolveram uma pesquisa em um município da região Centro-Oeste do Brasil, buscando entender a prevalência do TMC. Utilizaram para tal pesquisa o formulário *Self Report Questionnaire* (SQR-20), instrumento validado no Brasil desde 1986. As conclusões a que os pesquisadores chegaram foi que a predominância dessa doença está no sexo feminino, devido a diversos fatores, tais como desvalorização no mercado de trabalho, renúncia de sua vida pessoal para cuidar do outro, sexo mais sensível, excesso de trabalho tanto em sua casa quanto em seu trabalho, dentre outros.

Sá (2016, p. 86), tem uma narrativa interessante a respeito:

Portanto, a energia psíquica que se acumula, torna-se fonte de tensão e desprazer, a carga psíquica cresce até que aparece a fadiga, a astenia, podendo emergir patologias [...]. Nesse sentido, o trabalho pode se tornar deletério e contribuir para depauperar a subjetividade, juntamente com as bases da saúde mental.

Portanto, o profissional da enfermagem precisa, assim como seus pacientes, de cuidado e de atenção por parte do Estado e das empresas onde atua. Porque aquele que cuida não pode adoecer, pois precisa efetuar o cuidado com excelência e satisfação (SÁ, 2016).

3 METODOLOGIA

Para conseguir realizar os objetivos deste trabalho, de falar a respeito do profissional de enfermagem dependente químico, optou-se por fazer uma revisão bibliográfica do tema, utilizando vários autores, começando em 2007 até os dias atuais.

Revisão bibliográfica, também conhecida como revisão de literatura, é um ramo da pesquisa científica que concatena as ideias de diversos autores acerca de um tema específico. Buscou-se respostas através de revisão de estudo teórico, ou seja, a sua criação deve-se a um conhecimento que já existe, permitindo aprofundar na visão do assunto, por intermédio de pesquisas à base de dados.

Para tanto, foi usado como base de dados diversas fontes, tais Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em saúde (BVS), sites governamentais, estudos acadêmicos, livros técnicos do ramo, dentre outras fontes.

Optamos por não utilizar bancos de dados antigos, por entender estarem desatualizados, assim como fontes em idiomas estrangeiros.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 PADRÃO DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Quando se remete às drogas, há de se observar que existem as drogas lícitas e as ilícitas, conforme já foi falado. As drogas lícitas, como tabaco e álcool, dentro das universidades são latentes o seu uso. O álcool é quase como uma espécie de religião; grande quantidade de acadêmicos faz uso dele, diariamente. Diversas pesquisas indicam essa situação como sendo corriqueira. Expandindo a questão e pensando que o hoje universitário, será o profissional de amanhã, então se o universitário chega ao mercado de trabalho como usuário, racional fazer essa análise, pois será um profissional usuário de drogas, aqui no caso, lícitas (ROCHA; DAVID, 2015).

Não existe uma pesquisa exata que indique quantos porcentos dos profissionais de enfermagem fazem uso de substâncias psicoativas, entretanto, há autores, observados em uma pesquisa bibliográfica a respeito do tema, que estimam que o percentual de uso de substâncias psicoativas por parte dos profissionais de enfermagem varia entre 6 e 16%. O que é certo é que a taxa de dependência de uso de tais substâncias por profissionais de enfermagem é superior à média do público em geral, devido a diversos motivos, dentre eles a facilidade em se adquirir a substância da qual é dependente químico (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Isso é uma problemática que precisa ser combatida, pois futuramente, como profissionais com acesso a medicamentos diversos, poderão usar drogas com muito mais facilidade, e drogas diversas, não somente o álcool, o que ocasionará profissionais que poderão colocar seus pacientes em risco, pois estará trabalhando sob o efeito de drogas, o que, fatalmente, irá diminuir as suas percepções acerca da realidade, e assim pode aplicar medicamentos errados, ou em doses excessivas, e vir causa óbito no paciente (SILVA; BOTTI, 2011).

De acordo com Silva e Botti (2011, p. 1287), as drogas que mais são “consumidas por médicos são o álcool, a cocaína, benzodiazepínicos, maconha, opiáceos, anfetaminas e solventes”. Poderíamos expandir esses tipos de drogas para os profissionais de enfermagem, pois a prática de consumo é praticamente a mesma, tendo em vista que esses profissionais estão mais propensos a serem usuários de drogas do que a

população, de uma forma geral, devido a todas as dificuldades que já foram faladas anteriormente, pois ocorre um acúmulo de condições adversas; baixos salários, sofrimento do outro em excesso, alta carga de trabalho, etc.

Uma observação padrão que precisa ser feita é que no curso de enfermagem, há predominância de indivíduos do sexo feminino, e com isso pode-se observar que há uma grande massa de mulheres fazendo uso de drogas, o que comprova a mudança de paradigma social, pois se antigamente as mulheres eram tido, e requerido, como comportadas, hoje em dia essa característica não existe mais (ROCHA; DAVID, 2015).

Nas palavras desses autores fica melhor narrado. Vejamos:

Vale ressaltar que, a categoria de enfermagem é caracterizada por um grande quantitativo de trabalhadores do sexo feminino e com a crescente participação da mulher no mercado de trabalho no Brasil, rompeu-se o estereótipo cultural da “mulher comportada”. A hipótese é de que o trabalho pode ser um fator para o uso e abuso de álcool e drogas entre mulheres, pois a mulher que trabalha, ao sentir-se livre e independente, passa a adotar comportamentos diversos, já que não precisa prestar contas destes, diferentemente de mulheres que possuem dependência econômica de seus parceiros ou família. Trata-se de uma situação de atenção, uma vez que o consumo de drogas por mulheres no Brasil triplicou entre 1993 e 1998 (ROCHA; DAVID, 2015, p. 43).

Reforça esse argumento resultados do II levantamento Nacional de Álcool e outras drogas (LENAD), do Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), de 2013. Nesta pesquisa, “Mulheres e especialmente as mais jovens são a População mais em risco, apresentando maiores índices de aumento entre 2006 e 2012 e bebendo de forma mais nociva”. O Quadro 08 apresenta alguns dados a respeito do consumo de álcool, tabaco e outras drogas (BRASIL, 2013, p. 41).

Quadro 08 – Estudos sobre consumo de drogas

CONSUMO DE DROGAS PELO BRASILEIRO	
TIPO	PORCENTAGEM CONSUMO (%)
ALCOOL	12,3
TABACO	10,1
MACONHA	8,8
SOLVENTES	6,1
BENZODIAZEPÍNICOS	5,6
ESTIMULANTES	3,2
OPIÁCEOS	1,3
ALUCIONÓGENOS	1,1
COCAÍNA	2,9

Fonte: Brasil (2012) (Adaptado pela autora)

De acordo com os estudos de Silva e Botti (2011), os profissionais de saúde que possuem curso superior são os que mais utilizam substâncias lícitas e ilícitas, devido aos motivos que são apresentados no Quadro 09.

Quadro 09 – Motivos de uso de drogas entre profissionais de saúde

PRINCIPAIS MOTIVOS DE USO DE DROGAS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE
Privação do sono;
Acesso fácil a medicamentos;
Perda do tabu em relação a injeções;
História familiar de dependência;
Problemas emocionais;
Depressão;
Sensação de fracasso;
Frustração;
Dificuldade em lidar com a morte;
Estresse no trabalho e em casa;
Busca de emoções fortes;
Autoadministração no tratamento para dor e para o humor;
Fadiga crônica;
Onipotência;
Padrão de prescrição exagerada;

Fonte: Silva e Botti, (2011) (Adaptado pela autora)

Difícil apresentar dados atuais e estatísticas no estado do Espírito Santo, acerca do padrão de uso de drogas entre profissionais de enfermagem, pois tais estudos não existem. Haveria a necessidade, e isso pode ser pensado para estudos futuros, de ter uma pesquisa de campo a respeito. Seria bastante profícuo. Na prática, o que a autora deste trabalho percebe, por já ser atuante no ramo de enfermagem há vários anos, é que as substâncias psicoativas mais utilizadas são; morfina, codeína, antialérgico, tramaldolantina, relaxantes musculares, rivotril, Diazepam, clobazam, entre outras. Todas substâncias lícitas, de uso hospitalar e que corrobora com o que já foi falado; são de fácil acesso pelos profissionais de enfermagem.

4.2 TRATAMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DEPENDENTE QUÍMICO

Tratar um profissional da saúde que seja dependente químico não é algo fácil, tendo em vista que o profissional, ora cuidador, passa a ser o paciente, e devido a isso temem perder o status que a profissão lhe deu, o que pode dificultar exponencialmente a aceitação de que se encontra enfermo, e por consequência o tratamento (SILVA; BOTTI, 2011).

Cabe, nesse caso, ao líder da equipe de enfermagem, o papel de identificar o profissional que seja usuário de substâncias psicoativas, removê-lo de sua função, para não prejudicar o paciente e os demais companheiros de trabalho, e promover o correto tratamento, para que o profissional dependente químico possa voltar a trabalhar e ser produtivo (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Quando o profissional de enfermagem passa a usar drogas, alguns padrões podem ser identificados. Eles podem ser distribuídos em três categorias, a saber; i) mudança de personalidade/comportamento; ii) mudança no desempenho profissional; iii) mudança de horário e presença no trabalho. Abaixo, no Quadro 10, esses padrões de uso e frequência são discriminados (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Quadro 10 – Três categorias comuns ao profissional dependente químico (continua)

MUDANÇAS CARACTERÍSTICAS NOS EMPREGADOS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA	
MUDANÇA NA PERSONALIDADE OU NO COMPORTAMENTO	Irritabilidade cada vez maior com pacientes e colegas de trabalho, normalmente seguida de bastante calma;
	Isolamento social; faz refeições sozinho, evita funções sociais no local de trabalho;
	Mudanças de humor extremado e rápido;
	Recordação eufórica de eventos e desculpas bem preparadas pelos comportamentos;
	Interesse incomum e forte por narcóticos ou pelo local de guarda dessas substâncias;
	Mudança repentina e intensa na aparência pessoal ou em qualquer outro aspecto;
	Esquecimento que varia de simples perda de memória de curto prazo a esquecimento total;
	Mudança na aparência física, o que pode incluir perda de peso, rubor facial, órbitas avermelhadas, modo de andar desequilibrado, fala arrastada, tremores, inquietação, diaforese, queimaduras com cigarro que parecem arranhões, icterícia e ascite;
	Atitude defensiva exagerada em relação a erros com medicamentos;
MUDANÇAS NO DESEMPENHO PROFISSIONAL	Tem dificuldades de atender a horários e prazos
	Faz registros em prontuários sem lógica ou capricho
	Apresenta alta frequência de erros medicamentosos, ou erros de julgamento que afetam o atendimento ao paciente;
	Voluntaria-se com frequência como enfermeiro responsável pelos medicamentos;
	Apresenta uma quantidade grande de pacientes confiados a ele com queixas de sua medicação não ter sido eficiente para o alívio da dor;
	Cumprimento consistente com as exigências mínimas de desempenho profissional, ou realiza o mínimo trabalho necessário;
	Comete erros de julgamento;
	Dorme ou “tira sonecas” rápidas quando em serviço;
Queixa-se de outros colegas em relação à qualidade e à quantidade de seu trabalho;	

Quadro 10 – Três categorias comuns ao profissional dependente químico
(conclusão)

MUDANÇAS CARACTERÍSTICAS NOS EMPREGADOS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA	
MUDANÇAS NA ASSIDUIDADE E NO USO DO TEMPO	Cada vez mais ausente no trabalho, sem explicação ou aviso adequado; ausências mais frequentes às segundas e às sextas-feiras;
	Horas de almoço demoradas;
	Uso excessivo de ausências por doença ou solicitações desse tipo de ausência após os dias de folga;
	Pedidos frequentes de compensação de horas de trabalho;
	Chegadas precoce ao trabalho, ou saídas tardias, sem razão aparente;
	Atrasos consistentes;
	Desaparecimentos frequentes e inexplicados da unidade;

Fonte: Marquis e Hustoun (2015, p. 614-615)

Marquis e Hustoun possuem uma narrativa interessante a respeito do processo de uso de substâncias psicoativas por parte do profissional de enfermagem, principalmente quando este já se encontra em estágios críticos. Vejamos:

Quando a dependência aumenta, o funcionário cria tolerância à droga e deve usar quantidades maiores e com mais frequência para conseguir o mesmo efeito. A essa altura, a pessoa já tomou uma decisão consciente de usar substâncias químicas. O indivíduo passa a lançar mão com frequência de alguns mecanismos de defesa, como justificar, negar e barganhar em relação à droga. É normal o empregado, nesse estágio, começar a usar a substância química no trabalho e fora dele. Nesse estágio, a atuação profissional costuma decair em relação a assiduidade, julgamento, qualidade e relações interpessoais. O grande declínio no estado de ânimo da unidade, consequência de um funcionário em quem não se pode confiar e que está improdutivo, fica aparente (MARQUIS; HUSTOUN, 2015, p. 615).

Outra faceta interessante a se observar é que não obstante o profissional de enfermagem conheça os perigos das substâncias psicoativas, mesmo assim faz uso dessas substâncias, sem se importar com os efeitos que serão gerados, conforme bem explica Scholze e outros (2017, p. 29)

Embora este profissional, pelo conteúdo do seu trabalho e sua formação, conheça os efeitos prejudiciais do álcool, tabaco e demais substâncias nos níveis biopsicossocial, encontram-se vulneráveis ao uso. Assim é preciso compreender que por traz dos profissionais, há pessoas que pertencem a uma sociedade que incentiva o consumo de algumas substâncias, e que sofrem as mesmas influências que os indivíduos que não fazem parte da área da saúde.

Ou seja, antes de ser um profissional da enfermagem, é um ser-humano como qualquer outro, sujeito aos mesmos fracassos que qualquer um esteja sofrendo (SCHOLZE, 2017).

Vejamos o que diz Sá (2016, p.47), a respeito:

O profissional de enfermagem está exposto às sucessivas condições de risco, relativas à organização e ao ambiente de trabalho, capazes de gerar

desordens internas e externas ao laborador, reproduzindo sentimentos, que originam consequências malélicas a sua saúde. Sendo assim, as repercussões negativas do ambiente de trabalho na saúde do profissional podem, por conseguinte, refletir diretamente na eficácia do seu processo de trabalho, alimentando um ciclo vicioso, no qual o trabalhador e o processo de produção de cuidados permanecem em constante desarmonia. Essa situação expõe o cliente a ser cuidado, objeto de trabalho da enfermagem, a uma qualidade de assistência prejudicada.

Assim, levando em consideração que há uma possibilidade de prevenção, e que isso é uma questão bastante interessante para cessar a possibilidade de utilização de drogas psicoativas por parte dos profissionais da saúde, pode-se dizer que uma forma de tratamento bastante eficaz, e que estimula ao profissional não usar substâncias psicoativas, é a readequação do ambiente de trabalho deste profissional (MARQUIS; HUSTOUN, 2015).

Como foi visto, o profissional de enfermagem é quase impelido a usar drogas, devido à alta carga de trabalho, ao ambiente estressante, a longas jornadas ininterruptas de trabalho, sofrimento humano, etc. Todos esses fatores contribuem para que o enfermeiro seja levado a usar drogas, portanto, criar um ambiente que dê harmonia ao profissional, e que o ajude a trabalhar de forma suave, é uma grande ajuda para o profissional, pois aquelas variáveis que poderiam levar o profissional a usar drogas, não mais existirá (SCHOLZE, 2017).

Por outro lado, caso o profissional não consiga resistir aos estímulos, e comece a usar drogas que vão lhe fazer mal, diretamente, e aos pacientes, indiretamente, então há a necessidade de seguir os mesmos protocolos que são elaborados para a pessoa que não possui nenhum conhecimento da área médica, chegando ao ponto de internar o referido profissional para um tratamento adequado (SÁ, 2016).

4.3 RELAÇÃO COM A FAMÍLIA

Como é sabido por todos, o apoio familiar para um usuário de substância psicoativa é de fundamental importância para a sua recuperação, tendo em vista os laços emocionais existentes, e que independentemente de qualquer situação, perduram diante de qualquer obstáculo (SILVA; PINTO; MACHINESKI, 2013).

Nas palavras de Silva, Pinto e Machineski (2013, p.476),

Nesse contexto, o papel da família é fator determinante tanto no ciclo em que o usuário se encontra na comunidade terapêutica, quanto no período de sua reinserção social. Pois, o ambiente emocional familiar tem grande influência

no processo de recuperação do indivíduo, sendo necessária uma rede de apoio à família e ao dependente químico no pós-tratamento.

Em muitas situações, devido ao receio que o profissional em frente de perder o status adquirido pela profissão, como profissional que cuida do outro, se opõe a entrar em um tratamento para dependentes químicos, e as melhores pessoas que conseguem convencer o usuário de que ele precisa se equilibrar, são aqueles participantes de sua família (MORAES, 2008).

Corroborando para o fato anterior, a necessidade de a família ajudar na conscientização de que o usuário precisa de ajuda, o fato de que, com o tempo, o usuário dependente químico pode acabar provocando discórdia na própria família, devido a um comportamento moldado pelas drogas, e que não condizem com o outrora real comportamento do usuário, seja com relação aos pais e irmãos/irmãs, seja com relação à esposa (o), filhos, etc (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

Assim, um usuário sem condições de arcar com o seu vício, acaba por destruir o que possui dentro de casa para mantê-lo, e com isso a paz e a harmonia do lar se perdem, por isso a grande necessidade de a família do usuário de substâncias psicoativas participar ativamente das tentativas de recuperação de seu membro problemático (MORAES, 2008).

Nessa mesma medida os amigos mais próximos, mais íntimos do profissional dependente químico. Eles precisam atuar ativamente na recuperação de seu amigo, porque além de estar recuperando o próximo, ajudando, atributo característico de sua profissão, o próximo, no caso, é o seu amigo; uma pessoa conhecida e bastante querida (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

Assim, uma vez que o usuário aceita se internar para fazer o devido tratamento de desintoxicação, os familiares precisam estar presentes, para que o usuário sinta que tem alguém conhecido, que o ama, próximo, para auxiliar no que for preciso. O lado emotivo das relações familiares possui um poder de cura de grande valor, que aliados aos devidos tratamentos, podem oferecer uma cura constante e duradoura ao paciente (MORAES, 2008).

O Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), do Ministério da Justiça, estabeleceu quatro princípios que relacionam a família e os dependentes químicos. No Quadro 11 esses princípios são apresentados (BRASIL, 2012b).

Quadro 11 – Princípios para prevenção do uso de substâncias psicoativas

PRINCÍPIOS PARA PLANEJAMENTO E PREVENÇÃO CONTRA O USO DAS DROGAS
Programas de prevenção cuja base esteja na família precisam ajudar a reforçar as relações familiares e incluir as habilidades parentais: prática no desenvolvimento, discussão e aplicação de políticas familiares sobre o abuso de substância e treinamento em educação e informação sobre drogas;
A relação familiar é o alicerce do vínculo entre pais e filhos. O vínculo pode ser fortalecido através de treinamento de habilidades no apoio dos pais aos filhos, na melhor comunicação entre pais e filhos e no envolvimento dos pais com as atividades que seus filhos exercem;
Acompanhamento e supervisão dos pais são fundamentais para a prevenção do abuso de drogas. Essas habilidades podem ser melhoradas com treinamento no estabelecimento de regras, técnicas para monitoramento das atividades dos filhos, reforço para comportamento adequado e disciplina moderada e consistente para o cumprimento das regras familiares definidas;
Educação e informação sobre drogas para os pais ou cuidadores reforçam o que as crianças estão aprendendo sobre os efeitos nocivos das drogas e abrem oportunidades para discussões familiares sobre o abuso de substâncias lícitas ou ilícitas. Intervenções breves focadas na família podem mudar positivamente o comportamento dos pais, reduzindo, dessa forma, os riscos de abuso de drogas de seus filhos;

Fonte: Brasil (2012b) (Adaptado pela autora)

O que está exposto no Quadro 11 dar a entender acerca de uma relação familiar com filhos adolescentes usuários de drogas, no entanto, se pensarmos que um adulto que esteja predisposto a usar drogas, tenha começado quando ainda era adolescente, que o vínculo familiar é para toda uma vida, faz todo o sentido os princípios relatados. As relações familiares precisam ser cultivadas, pois não é algo que acaba, ou que pode acabar, como se fosse um relacionamento qualquer; é algo mais forte e profundo, e bastante complexo (BRASIL, 2012b).

No entanto, nunca é tarde para se ter um recomeço, portanto, caso o vínculo familiar entres os pais ou irmãos de um usuário de substância psicoativa, tenha se rompido ao longo da vida, sempre há tempo para recompor os laços perdidos, reatar as alianças quebradas, e refazer os vínculos afetivos que existem entre os familiares, e que certamente ajudarão na recuperação do profissional usuário de substância psicoativa, e que precisa de tratamento (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

Outrossim, o tempo em que o usuário ficará sob cuidados de outros profissionais, será o estritamente necessário para uma completa desintoxicação, e para isso não tem um tempo específico, pois varia de usuário para usuário, dependendo da força de vontade de cada um, e da forma como o organismo vai se comportar diante da ausência do tóxico (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

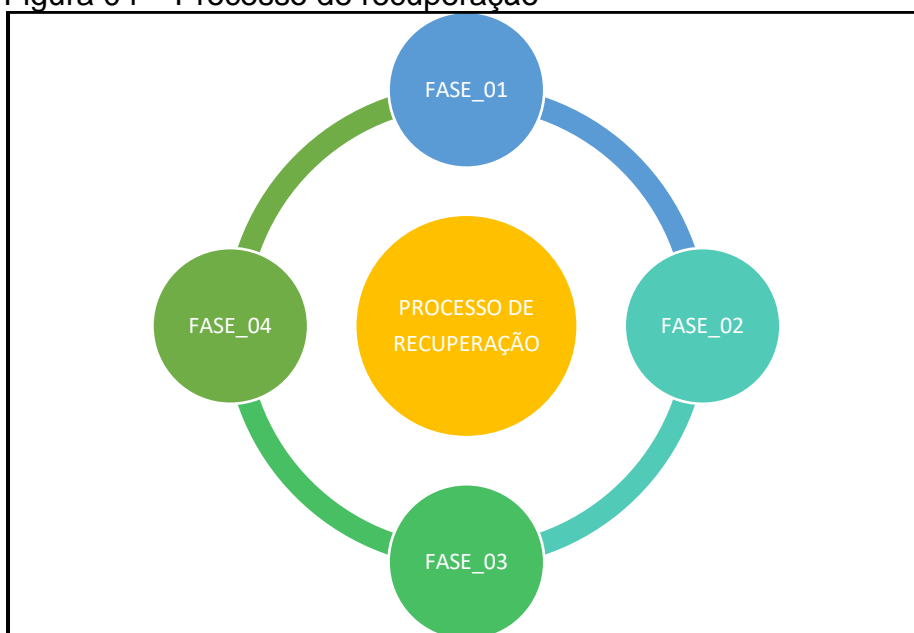
4.4 PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO

O processo de recuperação é bastante dispendioso, e muitas vezes o profissional dependente químico reluta em aceitar que é um dependente químico por diversos motivos, tais como o ostracismo profissional, que poderá sofrer, perda do campo de trabalho, marginalização por parte dos outros companheiros de trabalho, enfim, diversos fatores interferem. Entretanto, uma vez o dependente químico seja descoberto, necessário é que surja um processo de recuperação, para posterior volta ao ambiente de trabalho (MARQUIS; HUSTOUN, 2015).

4.4.1 Fases de recuperação

Muitos autores entendem não haver um processo detalhado a respeito da recuperação de um profissional dependente químico, entretanto, muitos entendem que existe algum padrão, algumas fases, mesmo não havendo um processo em si existente, que possam indicar que o profissional está se recuperando. Tais fases são divididas em fase 1, fase 2, fase 3 e fase 4, conforme Figura 04 (MARQUIS; HUSTOUN, 2015).

Figura 04 – Processo de recuperação



Fonte: Autoria própria (2018)

Durante a primeira fase, o profissional usuário de substância psicoativa ainda nega que seja dependente químico, quando confrontado por seus familiares e por chefes dos seus locais de trabalho. Porém, resolve diminuir o uso para tranquilizar seus amigos e familiares, acreditando que futuramente irá voltar a usá-los novamente. Nessa fase já existe um começo bastante promissor (MARQUIS; HUSTOUN, 2015).

Na segunda fase de recuperação, com o dependente já ciente de que é um dependente químico, e com isso reduz a forma de negação que vê diante do uso das substâncias psicoativas, o usuário percebe que a dependência química é a causadora de muitos distúrbios em sua vida, e não é a solução, e sim o agravamento de alguns problemas. Nesta fase o profissional anseia por mudanças, mas não entende o tamanho do problema no qual está envolvido, ou seja, falta ter uma visão holística de toda a situação. Essa fase costuma durar cerca de três meses (MARQUIS; HUSTOUN, 2015).

Na terceira fase o profissional procurar entender a real situação em que se encontra, e com isso busca encontrar outras formas de contornar o problema, pois entra em uma maturidade que lhe possibilita procurar soluções para sair do problema. Geralmente ele procura grupos de apoios a dependentes químicos, sintonizando sua situação com outros que estejam no mesmo dilema. Nesta etapa do processo de recuperação o profissional visualiza tudo o que viveu e costuma a ter sentimentos de humilhação e vergonha por ter se tornado um dependente químico (MARQUIS; HUSTOUN, 2015).

Na última fase do processo de recuperação o profissional “[...] consegue se conscientizar dos motivos da dependência, desenvolvendo habilidades de enfrentamento que as auxiliarão a lidar com mais eficiência com estressores”. Como resposta a essa mudança mental, o profissional consegue aumentar sua autoestima, o respeito por si e pelo amor que lhe são dispensados por seus amigos e familiares e a autopercepção de que substâncias psicoativas são danosas à sua vida em toda sua plenitude e que por isso devem ser evitadas em qualquer momento que esteja vivendo, seja eles bons ou ruins. Essa mentalidade fortalecida precisa prevalecer na mente do profissional de enfermagem que esteja se recuperando da dependência química (MARQUIS; HUSTOUN, 2015, p. 619).

4.4.2 Retorno às atividades laborais

Muitos profissionais se protegem, e por isso, o receio de ver algum colega perder seu emprego devido a ser um dependente químico, leva outros profissionais a não denunciar que seu amigo faz uso de substâncias, e por isso, como foi dito, cabe ao chefe desse profissional dependente químico visualizar comportamentos e atitudes de usuários de substâncias psicoativas, e assim afastar o profissional de suas atividades (MARQUIS; HUSTOUN, 2015).

Contudo, afastar o profissional de enfermagem dependente químico de suas funções laborais, primariamente, além de proteger o paciente de futuros e prováveis erros, uma vez que o profissional estará fora de si na maior parte do tempo, é também uma forma de proteger o profissional e suas habilidades profissionais, pois uma vez que esteja recuperado, poderá voltar a trabalhar regularmente (MARQUIS; HUSTOUN, 2015).

Importante salientar que os empresários precisam criar ambientes positivos para o labor em enfermagem, por dois motivos; para evitar que o profissional faça uso das substâncias que irão lhe tornar um dependente químico, e para receber de volta o profissional que foi um usuário, e que se recuperou. Essa questão social de apoio, no ambiente de trabalho, ao ex-dependente químico, precisa ser bastante disseminada, para não fazer de um problema local, um problema generalizado, pois uma vez que o dependente químico é identificado, e mandado embora, poderá encontrar emprego em outro estabelecimento de saúde, e continuar com suas práticas de uso de substâncias psicoativas. Por outro lado, caso a empresa não aceite receber de volta o funcionário reabilitado, poderá criar mais problemas ao profissional, que mesmo tendo se recuperado completamente, está propício a fazer uso de drogas novamente. Por isso a necessidade de encorajar os empresários do setor da saúde a tratar o profissional dependente químico, e não passar o problema adiante (MARQUIS; HUSTOUN, 2015).

Obviamente que a volta do profissional ao seu local de trabalho estará sujeita a normas rígidas, pois mesmo tendo uma segunda chance, a unidade de saúde onde o profissional voltará a exercer suas práticas profissionais precisa zelar por sua reputação, junto à comunidade em geral, e mais importante, precisa zelar pela integridade da saúde de seu paciente. Para isso diversas normas são exigidas para o

retorno do profissional recuperado. Tais normas estão descritas no Quadro 12. Vejamos (MARQUIS; HUSTOUN, 2015).

Quadro 12 – Considerações sobre norma para retorno ao ambiente de trabalho

NORMAS DE RETORNO
Não haverá tolerância para nenhum uso de substância psicoativa;
O empregado deve ser designado ao turno do dia durante seu primeiro ano de retorno;
O empregado deve trabalhar sempre que possível ao lado de um profissional de enfermagem que se recuperou com sucesso;
O empregado deve consentir com exames de urina aleatórios, com sondagem toxicológica ou alcoólica;
O empregado deve fornecer evidências de envolvimento continuado em grupo de apoio, como Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos. Os empregados precisam de encorajamento para participar de reuniões várias vezes por semana;
O empregado deve ser encorajado a participar de programa estruturado pós-atendimento;
O empregado deve ser estimulado a buscar aconselhamento ou terapia individual sempre que necessário;

Fonte: Marquis e Hustoun (2015, p. 620)

Como pode ser visto no Quadro 12, as normas para o retorno do profissional após um processo de recuperação de dependência química são bastante rígidas, uma vez que provavelmente uma segunda recaída com relação às drogas não será tolerada. O retorno desse profissional não resume a aceitar o que foi colocado no Quadro 12, sendo que essas normas apenas fazem parte de um conjunto de normas que o profissional deverá seguir para voltar a trabalhar como profissional de saúde na empresa onde estava antes de sair para participar do processo de recuperação (MARQUIS; HUSTOUN, 2015).

O profissional que retornar ao local de trabalho precisa compreender que sempre será fiscalizado, mesmo estando recuperado em toda plenitude de seu comportamento, e devido a isso precisa ter humildade em aceitar tal fiscalização, pois será necessária, pois o foco de atenção das unidades de saúde é na promoção da saúde do doente que está aos seus cuidados (MARQUIS; HUSTOUN, 2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As drogas são as substâncias que fazem parte da sociedade desde tempos remotos, e que em seu começo foi utilizado, predominantemente, em rituais religiosos. Em outros momentos, ao longo dos séculos, de forma medicinal e recreativa.

Na área da saúde, ficou constatado por intermédio de pesquisas de revisão bibliográfica que a quantidade de usuários gira em torno de 6 a 16%. É um número relativamente alto diante da quantidade de trabalhadores da saúde que atuam em suas respectivas áreas. Estudos mais detalhados fazem-se necessários para comprovar efetivamente os dados aqui levantados.

A Comissão Interamericana de Controle do Abuso de Drogas (CICAD), e os Institutos Internacionais de Liderança em Enfermagem têm funcionado como facilitadores do estudo do fenômeno de drogas na América Latina, estimulando a expansão da produção de pesquisas e artigos relacionados a esse tema.

No transcorrer de nossas reflexões, percebemos que alguns profissionais de saúde utilizam as drogas tentando minimizar ou reverter o burnout (síndrome de desgaste profissional). Com isso, acabam por desenvolver outros desequilíbrios e infringem os preceitos da ética e estética da profissão, visto que o efeito da droga altera o comportamento, modifica o raciocínio lógico, a tomada de decisões e a execução de procedimentos especializados, colocando em risco a vida das pessoas sob seus cuidados.

Além disso, cabe destacar a parcela de responsabilidade das instituições de saúde que não valorizam a promoção da qualidade de vida de seus colaboradores e nem sempre abordam o fenômeno das drogas em seus programas de educação continuada. Por outro lado, salientamos que os profissionais de saúde também são responsáveis por sua atuação diante do fenômeno das drogas.

As unidades de educação também merecem atenção, em especial os da graduação de enfermagem, que, em grande parte, tratam desse tema na disciplina de saúde mental/psiquiatria, quase não dando ênfase, e dessa forma os acadêmicos não se sensibilizam diante do agir e interagir em face do consumo de substâncias psicoativas

A escassez de projetos de prevenção e as exageradas propagandas de bebidas alcoólicas e de cigarros são outros fatores que, juntos ao pouco conhecimento, podem

fazer com que indivíduos de diferentes faixas etárias, classe social e educação ao consumo de drogas. Essa situação não é diferente entre os profissionais da saúde, destacando neste estudo os enfermeiros.

Ao registrar essas reflexões acerca do uso de drogas por profissionais enfermeiros e a relação entre o cuidar de si mesmo e o cuidar do outro, esperamos desencadear a discussão sobre a temática. Queremos chamar a atenção para o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, por profissionais de saúde, alertando para a problemática.

Estudos sobre o consumo de substâncias psicoativas entre profissionais da enfermagem constatou que a grande parte dos usuários possuíam uma jornada extra de trabalho e não exerciam atividades físicas. Consideravam o local de trabalho bastante estressante e diziam que conheciam os efeitos dos psicofármacos, considerando os problemas psíquicos o fator principal para o uso deles.

Daí a necessidade de se ter um ambiente de trabalho positivo, para equilibrar as relações pessoais dos profissionais de saúde, com sua profissão, para não serem tentados a entrar nos mundos das drogas e acabar com suas carreiras que foram conquistadas com tanta dificuldade.

Uma vez que o profissional tenha caído no mundo das drogas psicoativas, importante frisar o papel do líder de equipe para reconhecer o profissional dependente químico, e retirá-lo de suas atividades, para resguardar a integridade dos pacientes, pois geralmente os colegas de trabalho do dependente sentem receio em denunciá-lo, por achar que podem prejudicá-lo ainda mais, caso seja mandado embora.

Importante o processo de recuperação do dependente químico, para retornar para suas atividades laborais, pois certo é que após passar pelos estágios de recuperação, e superando todas as adversidades, estará apto a retornar para suas rotinas, mas para isso terá que firmar um rígido acordo com as empresas, se comprometendo a não usar substâncias psicoativas, pois caso usem, podem perder a segunda oportunidade que tiveram.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Klayne Leite de et al. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 22-29, June 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 maio 2018.
- ASSOCIAÇÃO DE PSQUIATRIA AMERICANA. **Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V**. Trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BATISTA, Jaqueline Brito Vidal et al. Síndrome de Burnout: compreensão de profissionais de Enfermagem que atuam no contexto hospitalar. **Rev. Enf. UFPE on line.**, Recife, 7(2):553-61, fev., 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10267/10897>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.
- BENFICA, Francisco Silveira; VAZ, Márcia. **Medicina Legal**. Porto Alegre: Livro do Advogado, 2008.
- BRASIL. CEBRID. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. **Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. Departamento de Psicobiologia da Unifesp. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. OBID - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Cromo sete Gráfica e Editora, 2012. Disponível em: <<http://www.cebrid.com.br/livreto-informativo-sobre-drogas/>>. Acesso em: 19 de março de 2018.
- _____. Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. 2013. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf>. Acesso em: 07 de maio de 2018.
- _____. Ministério da Justiça. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 2015. Disponível em: <http://www.conseg.pr.gov.br/arquivos/File/Livro_completo_SENAD5.pdf>. Acesso em: 04 de junho de 2018.
- _____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social** – Brasília: SENAD; 2012b. 248p.
- CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 741-763, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300741&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 de junho de 2018.
- DIAS, Sofia; QUEIROS, Cristina; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. **Aletheia**, Canoas, n. 32, p. 4-21, ago. 2010. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 jun. 2018.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 324-335, June 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 de junho de 2018.

FELIX JÚNIOR, Itamar José; SCHLINDWEIN, Vanderléia de Lurdes Dal Castel; CALHEIROS, Paulo Renato Vitória. A relação entre o uso de drogas e o trabalho: uma revisão de literatura PSI. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 104-122, jul. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 maio 2018.

FIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de abril de 2018.

FRANÇA, Thaís Lorena Barbosa de Santos et al. Síndrome de Burnout: características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 8(10):3539-46, out., 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6347>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

LIMA, Helder de Pádua; BRAGA, Violante Augusta Batista. Grupo de auto-ajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 887-95. Disponível em: <https://uniad.org.br/images/stories/20_copia.pdf>. Acesso em: 04 de junho de 2018

LOPES, Gertrudes Teixeira et al. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre usuários de drogas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 518-523, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

LUCHESE, Roselma et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 200-207, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300200&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 03 de jun. 2018.

MACHINESKI, Gicelle Galvan; SCHNEIDER, Jacó Fernando; CAMATTA, Marcio Wagner. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 126-132, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de maio de 2018.

MARANGONI, Sônia Regina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 662-670, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 de junho de 2018.

MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol J. **Administração e liderança em enfermagem, teoria e aplicação**. 8ª ed., São Paulo - SP: Editora Artes Médicas Sul LTDA, 2015.

MEDEIROS, Katruccy Tenório et al. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 269-279, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de maio 2018.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, Feb. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de maio de 2018.

NEVES, Fernanda Borba et al. Uso de substâncias psicoativas lícitas por estudantes de enfermagem. **Revista Interdisciplinar de Direito**, [S.l.], v. 10, n. 2, out. 2017. ISSN 2447-4290. Disponível em: <<http://revistas.faa.edu.br/index.php/FDV/article/view/177>>. Acesso em: 05 de maio 2018.

NOVO, Maria Carolina D´ Arcádia. **Drogas: fora da lei e dentro do usuário**. Vox Forensis, Espírito Santo do Pinhal, v. 3, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <<http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/32426>>. Acesso em: 05 de maio 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde**. São Paulo. Vol. 1. 1200p. Editora Edusp, 2014.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 maio 2018.

REIS, Lucia Margarete dos; HUNGARO, Anai Adario; OLIVEIRA, Magda Lúcia Felix de. Public policies for confronting the use of illicit drugs: social perception in a community. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1050-1058, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401050&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de maio de 2018.

RESENDE, Marina Silveira de; CALAZANS, Roberto. Neurose e psicose na CID-10 e DSM-IV: o que é ignorado? **Analytica**, São João del Rei, v. 2, n. 3, p. 145-174, jan. 2013. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972013000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2018.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde: retrato de alunos de cursos lato sensu de uma instituição pública. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 42-48, mar. 2015.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 maio 2018.

SÁ, Fernanda Corrêa de. **Substância Psicoativa no Contexto da Enfermagem Hospitalar: prazer que suscita e sofrimento que produz**. 2016. 174 f. Dissertação de mestrado (Mestre em enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016. Disponível em:

<<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/2375/1/Fernanda%20Corr%C3%AAa%20de%20%C3%A1.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, Apr. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 de junho de 2018.

SANTOS, Ana Cristina de Oliveira; HONÓRIO, Luiz Carlos. **As dimensões da síndrome de Burnout no trabalho dos pastores da Igreja Presbiteriana do Brasil em Minas Gerais**. 2014, Minas Gerais. Disponível em:

<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2014_EnANPAD_GPR359.pdf>. Acesso em 05 maio 2018.

SILVA, Valdete Lourenço; BOTTI, Nadja Lappann. O consumo de drogas lícitas e ilícitas pelos profissionais da área da saúde. **Revista Enferm. UFPE on line**; 5(5): 1286-1294, Jul. 2011. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6859>>. Acesso em: 03 de junho de 2018.

SILVA, Genézi Guedes da; PINTO, Melissa Ricardo; MACHINESKI, Gicelle Galvan. Percepção dos familiares de usuários de substâncias psicoativas em relação ao tratamento em comunidade terapêutica. **Cogitare Enferm.** 2013 Jul/Set; 18(3):475-81 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33558>>. Acesso em: 04 de junho de 2018.

SILVEIRA, Camila da et al. Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2001-2006, Julho 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de maio 2018.

SCHOLZE, Alessandro Rolim et al. Uso de substâncias psicoativas entre trabalhadores da enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 18, p. 23-30, dez. 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 21 maio 2018.

TEIXEIRA, Fernanda Gomes. **Síndrome de Burnout em profissionais da educação**: um estudo com professores da rede municipal do ensino fundamental de rio grande/RS. 2007. 83 f. Dissertação de pós-graduação (Mestre em enfermagem) - Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, 2007. Disponível em:<<http://www.repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/2904/fernandateixeira.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

ZEITOUNE, Regina Célia Gollner et al. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57-63, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 04 June 2018.