



LITERATURE INTEGRATIVE REVIEW ARTICLE

THE CONSUMPTION OF LAWFUL AND ILLICIT DRUGS FOR THE
PROFESSIONALS OF THE HEALTH AREAO CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS PELOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE
EL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS POR LOS PROFESIONALES DEL AREA DE SALUDValdete lourenço Silva¹, Nadja Lappann Botti²

ABSTRACT

Objective: to examine the relationship between health professionals and the consumption of licit and illicit drugs to determine physical or psychological dependence. **Method:** literature search was undertaken to document analysis of secondary sources. The database used were books and journals. **Results:** we identified alarming rates of consumption, as the prevalence of drug use by health professionals at tertiary level, with emphasis on legal drugs like alcohol and tobacco. Being the professional wear and easy access to legal drugs as a factor in the collaborative process of addiction and the difficulty in recognizing them as patients. **Conclusion:** we recommend the creation and implementation of policies and programs of promotion, protection, prevention and rehabilitation of drug use, licit or not, as a strategy of quality of life for health professionals. **Descriptors:** health professional; drugs; disorders related to substance use

RESUMO

Objetivo: analisar a relação entre profissionais de saúde e o consumo de drogas lícitas e ilícitas que determinem dependência física ou psíquica. **Método:** pesquisa bibliográfica realizada com análise documental de fontes secundárias. A base de dados utilizada foram livros e periódicos científicos. **Resultados:** identificaram-se taxas preocupantes de consumo, como a prevalência do uso de drogas por parte de profissionais de saúde de nível superior, com ênfase em drogas legais como álcool e tabaco. Sendo o desgaste profissional e o fácil acesso a drogas lícitas como fator colaborativo no processo de dependência e a dificuldade dos mesmos em reconhecerem-se como pacientes. **Conclusão:** recomenda-se a criação e implementação de políticas e programas de promoção, proteção, prevenção e reabilitação do uso de drogas, lícitas ou não, como estratégia de qualidade de vida para os profissionais de saúde. **Descritores:** profissional de saúde; drogas ilícitas; transtornos relacionados ao uso de substâncias

RESUMEN

Objetivo: examinar la relación entre profesionales de la salud y el consumo de drogas lícitas e ilícitas para determinar dependencia física o psicológica. **Método:** búsqueda en la literatura se llevó a cabo para documentar el análisis de fuentes secundarias. La base de datos utilizados fueron los libros y revistas. **Resultados:** se identificaron tasas alarmantes de consumo, la prevalencia del consumo de drogas por los profesionales de la salud en el nivel terciario, con énfasis en las drogas legales como el alcohol y el tabaco. Siendo el desgaste profesional y fácil acceso a drogas legales como un factor en el proceso de colaboración de la adicción y la dificultad en el reconocimiento de ellos como pacientes. **Conclusión:** Recomendamos la creación e implementación de políticas y programas de promoción, protección, prevención y rehabilitación del consumo de drogas, legales o no, como una estrategia de calidad de vida para los profesionales de la salud. **Descriptores:** profesional de la salud; las drogas; los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

¹Enfermeira graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC - Minas, campus Betim). Betim (MG), Brasil. E-mail: dethls@yahoo.com.br; ² Professora da Universidade Federal de São João Del-Rey Doutora em Enfermagem Psiquiátrica/ USP. São João Del-Rey (MG), Brasil. E-mail: nadjaclb@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O consumo de drogas está presente em nossa sociedade desde os primórdios da humanidade. Em geral esta temática é apresentada relacionada à juventude, sexo, criminalidade, marginalidade e/ou condições econômicas e sociais. Atualmente, verifica-se o aumento do uso de drogas; neste sentido a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que parte considerável da carga mundial de doenças e incapacidade pode ser atribuída ao seu consumo.¹ No Brasil, já se considera o uso abusivo de drogas como problema de saúde pública. A Secretaria Nacional de Políticas Sobre Droga, responsável pela Política Nacional de Drogas, propõe ações de caráter preventivo e educativo na criação de programas de saúde para o trabalhador e seus familiares, prevenção do uso de drogas no ambiente de trabalho em todos os turnos, visando à melhora da qualidade de vida; também objetiva regular o atendimento assistencial em saúde para os transtornos psiquiátricos e abuso de drogas, visando tratamento adequado.²

No I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, identificaram o álcool e o tabaco como às principais drogas consumidas no país.³ Dentre os resultados relevantes, está a confirmação de que o consumo de drogas lícitas no país, especialmente o álcool e tabaco, é superior ao das drogas ilícitas:

O uso de certas drogas lícitas - tabaco, por exemplo, - perde um pouco de seu glamour, mas prevalece ainda a pedagogia do terror (a exemplo das fotos divulgadas nos maços de cigarros). O uso do álcool continua sendo evocado de forma glamourizada - associado à juventude, à beleza, ao sucesso de figuras públicas- e incentivando, como na recente publicidade do “experimenta, experimenta”, numa abordagem bem diferente dos cliques das campanhas contra drogas de uso ilícito: nesse caso o prazer é totalmente negado, predominando imagens de perigo, doença, escuridão, degradação física, horror e morte. Assim permanece a confusão entre o verdadeiro e falso, que não contribuem para esclarecer as diferenças do uso que fora, e continuam sendo, construídas historicamente. O esclarecimento se compromete, assim como a construção de uma consciência de riscos.^{4:195}

Diante desta problemática, é necessária a adoção de diferentes formas de intervenção, que possam realmente compreender a complexidade e amplitude do consumo de drogas lícitas e ilícitas. Neste campo, se faz necessário expor a intensidade dos problemas

de saúde decorrentes do uso de substâncias sem a pressão e exagero habitualmente usados no tratamento do tema.

Outro aspecto importante a ser considerado refere-se ao imaginário social em relação ao usuário de drogas. Neste sentido a Organização Mundial de Saúde (OMS), revela que cerca de 10% da população dos centros urbanos consomem abusivamente substâncias psicoativas, independente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.⁵ Fatos alarmantes e que enfatiza a questão da Política Pública em não priorizar grupos determinados, mas criar programas de prevenção, promoção e ações que englobem a sociedade. Na contemporaneidade o consumo de drogas não se encontra mais relacionado à determinada faixa etária ou condição social, neste viés é importante ampliar a discussão.

Neste tocante, atualmente no Brasil verifica-se expressivo consumo de drogas por universitários. Estudo realizado em curso particular de Enfermagem revela alto consumo de álcool entre os acadêmicos, destacando maior percentual pelos estudantes do sexo feminino.⁶ Trata-se de um fato preocupante, pois podem trazer aos futuros profissionais consequências graves no decorrer do exercício profissional ao se tornarem dependentes de álcool.

Estudo sobre o uso de álcool e outras drogas por estudantes de medicina indica prevalência do consumo de álcool, tabaco, solventes, maconha, tranqüilizantes e cocaína.⁷ O percentual de uso dessas substâncias aumenta nos últimos anos de graduação, além disto os solventes são mais usados do que a maconha, pelo fácil acesso ao éter e clorofórmio dentro dos hospitais pelos acadêmicos da área da saúde.

O padrão mais freqüente de drogas consumidas por médicos são o álcool, cocaína, benzodiazepínicos, maconha, opiáceos, anfetaminas e solventes. Investigações sobre a saúde dos médicos no Brasil enfatizam o preocupante número de médicos que usam drogas, além do álcool e do tabaco. O fato de serem vistos como agentes envolvidos no processo cuidar/curar imputa estereótipos, fato que torna ainda mais complexo o processo de auto-aceitação para tratamento do uso abusivo.^{8,9}

Sabe-se que os trabalhadores de Enfermagem, especificamente da área hospitalar, estão expostos fisicamente aos riscos de substâncias químicas, radiações, contaminações biológicas, excesso de calor, sistema de plantões e excessiva carga horária; convivem com uma realidade de baixos salários, falta de reconhecimento profissional,

Silva VL, Botti NL.

e sofrem psiquicamente, devido ao contato com o sofrimento e a dor, a doença e a morte; tendo que conviver com tais circunstâncias paralelamente aos seus problemas emocionais, o que pode fazer com que essas condições de trabalho favoreçam o uso de drogas.⁷

A partir destas considerações iniciais, o fato de que o uso de drogas por profissionais da saúde ainda seja investigado no Brasil de forma irrelevante, posto que haja poucos estudos a respeito, temos como objetivo neste trabalho identificar na literatura científica qual a prevalência do uso de drogas entre profissionais de saúde e quais os fatores que possibilitam o uso de drogas por profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa bibliográfica realizada com análise documental de fontes secundárias:

The consumption of lawful and illicit drugs for the...

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente por livros e artigos científicos (...). A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.^{10:65}

A análise documental tem o sentido de captar a evidência do sentido de uma atividade. Semelhante à pesquisa bibliográfica, a fonte é composta de material que não recebeu tratamento analítico, as fontes usadas são relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, documentos arquivados em órgãos públicos e instituições privadas, oferecem vantagens como riqueza de dados, natureza histórica, custo, tempo, elimina o acesso direto, tendo limitações como representatividade e objetividade.¹¹

Titulo do artigo	Autor	Ano	Periódicos
Padrão de uso de bebidas alcoólicas de estudantes de Medicina	Borini B, Oliveira Martins MG,et AL	1994	Jornal Brasileiro Psiquiatria SP
Suicídio entre médicos estudantes de Medicina	Meleiro, A.M.A.S	1998	Revista Médica Associação e Brasileira
Uso de álcool e drogas Andrade ,et AL medicina da UNESP	Kerr-Correa F, de Psiquiatria	1999	Revista Brasileira por estudantes de
Uso e abuso de drogas IMESC Brasil	Galduróz FCJ	2001	Revista Digital psicotrópicas no
A pesquisa sobre tabagismo entre médicos de Rio Grande, RS: prevalência e perfil do fumante	Halty LS, Huntner, Dumont M, Oliveira Netto FI, et al	2002	Jornal de Pneumologia
Uso de álcool entre profissionais de saúde	Kenna GA, Wood MD	2004	Jornal Drug alcohol
Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química	Palhares-Alves HN, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques et al	2005	Revista Psyche (São Paulo)

Figura 1. Relação dos artigos encontrados segundo título, periódicos e ano de publicação.

Titulo do artigo	Autor	Ano	Periódicos
Dependência química entre médicos na cidade de Recife	José Francisco Albuquerque	2005	Revista Brasileira
Enfermeiro e uso abusivo de drogas: comprometendo o	Zeferino Santos, VEP, Radunz V, TE, Frello AT	2006	Revista de Enfermagem
Uma experiência pioneira no Brasil a criação de uma rede de apoio aos médicos dependentes de álcool e drogas.Um relatório preliminar	Palhares-Alves, Laranjeira R, Nogueira-Martins LA	2007	Revista Brasileira Enfermagem
Prevalência do Tabagismo entre profissionais de saúde	Silva LM, Lacerda JFA, Araujo EC, Cavalcanti	2008	Revista de Enfermagem UFPE
Consumo de álcool pelos acadêmicos de um curso noturno de enfermagem	Botti NCL, Simoes WMB, Lima AFD	2009	Revista de Enfermagem UFPE

Figura 2. Relação dos artigos encontrados segundo título, periódicos e ano de publicação.

DISCUSSÃO

As Figuras 3 e 4 apresentam os principais dados secundários encontrados referentes à

identificação do profissional de saúde e drogas utilizadas:

Profissional	Principais Dados
Médico Enfermeiro Psicólogo Biólogo Assistente Social	77 profissionais (69,4%) fazem uso de bebidas alcoólicas, com menor prevalência de uso entre os indivíduos do Serviço Social; 4 profissionais (3,6% e 5,2%) do sexo masculino (3 da Medicina e 1 da Biologia Clínica) são considerados bebedores excessivos; o conceito predominante encontrado foi o de doença (56,8%). ¹²
Dentista Enfermeiras Farmacêuticos Médicos	479 (68,7%) finalizaram a pesquisa que investigou os padrões de uso de álcool no último mês, episódios de uso pesado, consequências negativas e influências sociais e profissionais deste uso. ¹³
Enfermeiros Médicos Auxiliares enfermeiro ACS	Dentre os resultados observou-se que houve predominância de profissionais do gênero feminino; que os de nível superior são os que mais praticam o tabagismo 32,7%; metade dos enfermeiros fuma menos de 20 cigarros por dia; 50% dos médicos fumam 20 cigarros ou mais; 100% dos auxiliares de enfermagem fumam menos de 20 por dia; 53,0% dos agentes comunitários fumam menos de 20 cigarros por dia; quanto à tentativa de parar de fumar, 66,7% dos enfermeiros, 75,0% dos médicos, 100% dos auxiliares de enfermagem e 70,0% dos agentes comunitários já fizeram várias tentativas. ¹⁴
Médicos	Prevalência de tabagismo de 18,3% (15,9% fumantes regulares + 2,4% fumantes ocasionais), a prevalência de tabagismo regular quanto ao gênero foi de 17,8% entre homens e 12,5% entre mulheres. ¹⁵
Estudantes e de Enfermagem MG	Em relação à primeira experiência com bebida alcoólica, 90,06% (317) dos estudantes de Enfermagem do sexo feminino já experimentaram bebidas alcoólicas e 52,27% (184) se embriagaram. No sexo masculino, 85,36% (35) já experimentaram bebida alcoólica e 56,10% (23) se embriagaram. A idade média da primeira experiência no consumo de bebida alcoólica foi 15,40 anos para as mulheres e 16,41 para os homens. ⁶

Figura 3. Dados relativos à utilização de drogas lícitas por profissionais da saúde

Profissional	Principais Dados
Médicos	56% usam o álcool há mais de 20 anos, com uso diário. Para outras substâncias,frequência de uso de até 10 anos; 85% apresentam problemas no casamento e exercício profissional, 37,5% sofreram acidentes de trânsito apenas 7,8% notificados. ¹⁶ Causas de procura por atendimento: comorbidade entre transtorno mental e dependência química (67,7%), dependência química (20,8%), transtornos mentais (7,8%), burnout (4,2%). Intervalo médio entre a identificação do problema e a busca de tratamento: 7,5 anos. ⁸ Maioria do sexo masculino (87,8%), casados (60,1%), com idade média de 39,4 anos; 66% já haviam sido internados por causa do uso de álcool e/ou drogas; 79% possuíam residência médica. Especialidades mais envolvidas: clínica médica, anestesiologia e cirurgia. ¹⁷ Dos entrevistados usaram pelo menos uma vez: tabaco (44,4%), álcool (65,7%), maconha (14,5%), cocaína (4,1%), estimulantes (14,3%), ansiolíticos (24%), analgésicos (10,7%), psicodélicos (2,5%), heroína (0,2%), inalados (1,8%). ⁹
Médicos e Enfermeiros	30 a 100 vezes mais propensos que a população em geral a se tornarem quimicamente dependentes (principalmente, medicamentos). Apresentam elevado grau de síndrome de exaustão se comparados com outros profissionais. ¹⁸
Estudantes da Faculdade de Medicina	Amostra: 303 acadêmicos matriculados na Famed/UFU (questionário anônimo). 66,34% dos entrevistados consomem bebidas alcoólicas. ¹⁹ Amostra: 62 escolas médicas norte-americanas e três canadenses. Conclusão: o suicídio é a segunda causa de morte entre os estudantes de medicina, perdendo apenas para os acidentes. ²⁰
Psicanalistas	Nenhum dos psicanalistas declarou fazer uso de drogas ilícitas, entretanto 12% já trabalharam sob efeito de psicofármacos e 4% relataram o uso de analgésicos poderosos. Declararam-se fumantes 12%, informando o desejo de largar o cigarro. Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, 13% não bebem 60% fazem-no raramente e em ocasiões especiais, e 12% formam uma fatia que aponta para o uso abusivo do álcool. Entre os que bebem 42% consomem de duas a três doses e 6% mais de três; 18% confessaram que se embriagaram no último ano e 4% relataram ter trabalhado sob efeito do álcool. ²¹
Universitários	1349 alunos (69%) disseram ter usado álcool, 28% fazem uso do tabaco, 19% já fizeram uso de inalantes/solventes, 14% de maconha, 8% de anfetaminas sem prescrição médica, 5% de anabolizantes, 4% de cocaína e 3% de êxtase. ²²

Figura 4. Dados relativos à utilização de drogas lícitas e ilícitas por profissionais da saúde

O uso de drogas lícitas e ilícitas por profissionais de saúde é um fato alarmante que detecta a falta de atenção e ações para o tema, o que colabora para o crescente número de dependentes. As situações favoráveis para o uso, aliadas a falta de intervenções de promoção e prevenção tornam propício o uso das drogas. Sendo que na maioria das vezes só é declarado na fase tardia, quando as chances de recuperação estão diminuídas. Na maioria das vezes o acesso à maioria das substâncias lícitas é sem ônus para os usuários, que atuam diretamente com elas, e não são questionados sobre a quantidade ou para que seja usada.⁹

Neste estudo verificou-se que dentre os profissionais de saúde usuários de substâncias lícitas e ilícitas, os de nível superior são os que mais consomem. Entre os principais motivos que levam estes profissionais, geralmente de especialidades de alto risco como anestesiologia, emergência e psiquiatria, a se tornarem usuários de drogadição estão: a privação do sono, acesso fácil aos medicamentos, perda do tabu em relação a injeções, história familiar de dependência, problemas emocionais, depressão, frustração, sensação de fracasso, 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 e padrão de prescrição exagerada. As drogas

mais usadas são álcool, tabaco, cocaína, benzodiazepínicos, maconha, opiáceos, anfetaminas e solventes.²³

Estudos apontam os médicos anestesistas como os que mais utilizam substâncias psicotrópicas, fato que pode estar relacionado ao estresse relacionado à profissão que lida com a doença, dor e morte, o que pode levá-los à automedicação e à frustração, pois há elevado índice de suicídio nessa especialidade médica. O acesso facilitado de drogas dentro dos blocos cirúrgicos destacando o fármaco fentanil, que é usado no tratamento da dor aguda e crônica de alta intensidade e na anestesia como adjuvante de anestésico mais potente, e o sufentanil, usado como adjunto na anestesia equilibrada e como agente anestésico primário. Ambos pertencem ao grupo de opióides, por atuarem nos receptores neuronais. Atuam no organismo provocando turvação do funcionamento mental, alteração do humor, euforia, sensação de flutuação, distanciamento, confusão mental, pupilas contraídas, rubor, diminuição dos movimentos respiratórios e intestinais, contrações musculares, além de possuírem efeitos semelhante à morfina e causam dependência.²⁴

Profissionais de saúde e o uso de drogas psicotrópicas é um tema pouco abordado na produção científica, devido aos estigmas imputados aos usuários. Há um paradoxo entre o papel do profissional de saúde onde, de

cuidador/curador, passa a ser o cliente/paciente, o que provoca grande dificuldade de aceitação do profissional como agente passivo de cuidados, o que faz com que eles carreguem uma série de temores, como a perda de status e respaldo (em função da possibilidade de erros), abalo no perfil profissional mitificado no decorrer da história (historicamente a cura era vista como algo sagrado e a doença como algo profano) e dificuldades em se aceitarem como doentes e que necessitam de cuidados, o que colabora para que o problema se agrave.⁹

Especificamente devido à estigmatização que o tema proposto envolve:

A ideia de estigmatização aproxima-se da noção de “desvio social”. A classificação de grupos desviantes pode também ser considerada como expressão particular de um processo de estigmatização: ter-se-ia, de um lado, grupos rotulados ou estigmatizados como “desviantes” e “normais” emergem como tipos que se afirmam contrativamente, constituindo assim, essencialmente, uma manifestação de categorização social. Como princípios de classificação e diferenciação social, “estigma” e “desvio social” remetem a problemática de delimitação de grupos sociais e de demarcação de suas respectivas posições estruturais.^{25:30}

A sociedade tem regras nas quais o indivíduo se insere na mesma, sob risco de viver às suas margens - fato que lhe acarreta estigmas e comportamento desviante. Os profissionais de saúde em relação à dependência química encontram grandes barreiras, por atuarem na área e por temerem as reações e consequências ao se assumirem como dependentes químicos. É importante, então, identificar até que ponto o comportamento tido como desviante e os estigmas podem imputar dificuldades a estes profissionais na busca de tratamento e reconhecimento do problema.²³

A visão que os médicos têm da dependência química, aliada à formação específica deficiente, leva a um senso comum de intratabilidade e desesperança. O médico teme o estigma, a falta de confidencialidade, a perda da reputação e o desemprego. Ocorre, assim, uma “conspiração do silêncio”: familiares e colegas tendem a negar ou não abordar o problema, temendo as consequências. A identificação é feita de forma abrupta e tardia. [...] A orientação e encaminhamento para tratamento adequado trata-se, fundamentalmente, de um compromisso ético. A intervenção, nestes casos, pode ser “salvadora de vidas”, tanto para o médico quanto para pacientes, e o que costuma ser “raiva e irritação” pode se transformar em

“eterna gratidão” ao fim de um tratamento bem sucedido.^{17:139}

A dependência é redefinida como um “mau comportamento”, e não mais como doença, ampliando a base de sustentação social e cultural do conceito. Afirmar-se a ideia de que os recursos capazes de organizar intervenções efetivas estão na própria comunidade em que estes profissionais estão inseridos, contrapondo os tradicionais agentes externos de intervenção. A dependência química é uma doença crônica e complexa, e a utilização de drogas legais e ilegais deve ser avaliada da mesma forma e não em função de questões econômicas, políticas, e culturais.⁴

Os principais sinais de dependência química são: emagrecimento e palidez, descuido com a higiene pessoal, alterações comportamentais, depressão, isolamento, aumento de conflitos profissionais e domiciliares, aumento de despesas sem justificativas, uso frequente e exagerado de sanitários, automedicação, entre outros.

De acordo com a CID-10, a Síndrome de Dependência representa um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido consumo de uma substância psicoativa. Caracterizado pelo desejo de usar a substância psicotrópica à dificuldade de controlar o consumo, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a um aumento da tolerância pela droga e consequentemente, a um estado de abstinência física. Essa dependência torna o processo complexo e de difícil intervenção, aliado a fatores que contribuem para mascarar a real situação do dependente.²⁶

O léxico das falas, discursos e representações sobre drogas são provenientes prioritariamente de um repertório médico, na medida em que o drogado é, antes de tudo, considerado um doente. Um grande empecilho para os profissionais de saúde que na mística e ultrapassada cultura popular são vistos como agentes curativistas, não passivos dos males que afetam a maioria das pessoas.²⁵

Estudos afirmam que o uso prejudicial de álcool, é de longe, o principal problema da Saúde Pública no campo das drogas. Muito mais do que no caso das drogas ilícitas, a ausência de uma política pública abrangente, porém não repressiva, para o álcool, atenta às complexidades culturais do problema usadas no enfrentamento das pressões do mercado, constitui a lacuna a ser urgentemente sanada. A demissão da responsabilidade do Estado nessa área é histórica e estrutural: a

prevenção é errática e ineficaz, a legislação cede às pressões do mercado, a rede pública de saúde responde de maneira inadequada ao problema, com a danosa internação em hospitais psiquiátricos e as ações de redução de danos incipientes e pontuais. A permissividade com a venda, propaganda e pressões do mercado de bebida convivem com a passividade diante do problema de saúde pública e com a cruel intolerância com os usuários que precisam de tratamento, que são expostos, marginalizados e ridicularizados pela sociedade.⁴

Ainda segundo a autora, a questão do uso prejudicial de álcool tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica historicamente. As implicações sociais, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. A ausência de priorização, por parte do Ministério da Saúde (MS), de uma política de saúde integral dirigida ao consumidor de drogas lícitas e ilícitas pode ser percebida a partir do impacto econômico e social que tem recaído sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), despreparado para lidar com o problema em vários aspectos, visto a falta de recursos financeiros, estruturais, físicos, recursos humanos qualificados, de políticas de saúde adequadas e a irrelevância e tolerância do Estado que determinam a visão caótica deste cenário.

No Brasil, o consumo de tabaco e álcool, assim como das drogas legais e ilegais em geral, passou a ser objeto de uma forte intervenção reguladora estatal desde o início do século XX, que redundou em tratados internacionais, legislações específicas, aparatos policiais e numa consequente hipertrofia do preço e do lucro comercial. Ao mesmo tempo, desenvolveu-se um imenso aparato de observação, intervenção e regulação dos hábitos cotidianos das populações. O controle de hábitos populares tornou-se o objeto de corporações policiais, teorias médicas, psicólogos industriais e administradores científicos, que se desenvolveu a passos lentos e de maneira errônea, pois o foco não deveria pertencer a uma determinada classe e na junção de todas elas para que haja ações eficazes de saneamento do agravo.²⁷

As instituições acadêmicas poderiam pensar na inclusão de disciplinas que dessem suporte aos graduandos em relação ao tema proposto neste trabalho, o que resultaria numa forma de fornecer embasamento científico ao tema abordado, proporcionar quebra de estereótipos, direcionar e encorajar a busca de tratamento.

Uma investigação sobre o suicídio entre profissionais e estudantes da área de saúde afirma que o médico, por ser na maioria das vezes, ativo, ambicioso, competitivo, compulsivo, entusiasta e individualista, é facilmente frustrado em suas necessidades de realização e reconhecimento. Isto pode ser suficiente para produzir ansiedade, depressão e necessidade de cuidados psiquiátricos. Mas se houver preconceitos com a psiquiatria, o médico buscará outras opções, como a somatização, levando ao abuso de álcool, drogas ou até mesmo suicídio.²⁰

O tratamento da dependência química consiste de diagnóstico, avaliação, desintoxicação, educação, psicoterapia especializada, integração em grupos de autoajuda (alcoólatras e narcóticos anônimos), reintegração na atividade profissional e controle pós-tratamento inicial.

O retorno às atividades profissionais está relacionado com entendimento e aceitação de sua patologia por parte do profissional de saúde, participação ativa do paciente no seu tratamento em busca de apoio de programas com alcoólatras anônimos e narcóticos anônimos (AA e NA), participação familiar, em caso de patologias psiquiátricas prévias buscarem tratamento e retornar ao trabalho somente se estabilizada ou sanada, suporte efetivo de colegas de trabalho, receber monitoração pós-tratamento, reinserção na sociedade e romper vínculos impostos pela drogadição ou conformismo social. A recaída na dependência química esta relacionada com: patologias psiquiátricas associadas, alterações de relacionamento familiar, ausência de estrutura psíquica para suportar o nível de stress oferecido pela atividade profissional, não aceitação de sua patologia e abandono do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise feita com base na literatura presente nas referências citadas sobre o uso de drogas, lícitas e ilícitas por profissionais de saúde no Brasil, verificaram-se taxas preocupantes de consumo, como a prevalência do uso de drogas por parte de profissionais de saúde de nível superior, com ênfase em drogas legais como álcool e tabaco, o que nos faz considerar preocupante a questão dos graduandos de cursos da área da saúde, em que a dependência química refletirá de forma danosa no futuro profissional dos mesmos. Outro aspecto interessante é a falta de atuação e intervenção das instituições de ensino, que atuam de forma omissa e descompromissada com as demandas oriundas do meio. Destacamos também o fácil acesso a

drogas lícitas dentro dos hospitais, que deveriam ter mais controle destes fármacos e oferecer suporte aos profissionais e programas de educação continuada sobre o tema, além de, com a devida descrição, identificá-los e auxiliá-los no tratamento ao invés de demiti-los.

Em relação ao Estado que adote uma nova abordagem para lidar com as drogas lícitas e ilícitas, que devem estar em um mesmo patamar, e não de uma forma onde a primeira esteja vinculada à juventude, beleza e prazer; e a segunda vista como ato criminoso. Que sejam assumidas políticas públicas rigorosas no controle das drogas lícitas, que são as mais consumidas, além de investimento de recursos em prevenção, promoção e tratamento para os dependentes químicos e uma política voltada para os profissionais de saúde que ofereça condições dignas de trabalho, utilização de estratégias e instrumentos facilitadores que colaborem para proporcionar qualidade de vida aos mesmos. Indispensável iniciativa, por fim, seria ainda investir em pesquisas para mostrar o quadro real de profissionais dependentes, já que tem poucos estudos relacionados ao tema, o que dificulta a atuação de forma concreta para solucionar e sanar o agravo.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Informe mundial de saúde. Genebra: OMS; 2003.
2. Brasil. Decreto n. 6117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências[homepage na internet; acesso em 2009 Mar 19]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm.
3. Ministério da Saúde (Brasil), Gabinete de Segurança Institucional e Presidência do Conselho Nacional Antidrogas, Secretaria Nacional Antidrogas, Diretoria de Políticas de Prevenção e Tratamento. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
4. Ascerald G, organizador. Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p. 168-9.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2001. p.9-29.
6. Botti NCL, Lima AFD, Simões WMB. Uso de substâncias psicoativas entre acadêmicos de Enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais. SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas 2010, 6(1):1-13.
6. Kerr-Correa F, Andrade AG, Bassit AZ, Boccuto NMVF. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP. Rev bras psiquiatr. 1999; 21(2):95-100.
7. Palhares-Alves HN, Laranjeira R, Nogueira-Martins LA. Uma experiência pioneira no Brasil: a criação de uma rede de apoio aos médicos dependentes de álcool e drogas. Rev bras psiquiatr. 2007; 29(3):258-61.
8. Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB, Gouveia VV. A saúde dos médicos do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2007.
9. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2006.
11. Borini B, Oliveira CM, Martins MG, Guimarães RC. Padrão de uso de bebidas alcoólicas de estudantes de medicina (Marília, São Paulo) - Parte 1. J Bras Psiquiatr. 1994; 43(2):93-103.
12. Kenna GA, Wood MD. Uso de álcool entre profissionais de saúde. Drug alcohol depend. 2004 jul; 75(1):107-116.
13. Silva LM, Lacerda JFA, Araujo EC, Cavalcanti AMTS. Prevalence of smoking among health professionals. Rev. enferm. UFPE on line[periódico na internet]. 2008 Abr/Jun[acesso em 2010 Fev 15]; 2(1):112-20. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/413/pdf_361 DOI: 10.5205/reuol.413-11246-1-LE.0201200815
14. Halty LS, Huntner, Dumont M, Oliveira Netto FI, Pasqualini T, Lempek T, et al. A pesquisa sobre tabagismo entre médicos de Rio Grande, RS: prevalência e perfil do fumante. J pneumol. 2002; 28(2):77-83.
15. Albuquerque JF. Dependência química entre médicos na cidade de Recife. Movimento Médico. 2005 Maio; 2(4):26-7.
16. Palhares-Alves HN, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques ACPR, Ramos SP, Laranjeira RR. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. Rev Assoc Med Bras. 2005; 51(3):139-43.
17. Zeferino MT, Santos VEP, Radunz V, Carraro TE, Frello AT. Enfermeiro e uso abusivo de drogas: comprometendo o cuidado de si e do outro. Rev enferm UERJ. 2006 Dez; 14(4):599-605.
18. Silva PEMR. Projeto de prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas: viva mais. São Paulo: Unicamp; 2002. Inquérito sobre o consumo de substâncias psicoativas

- entre estudantes da UNICAMP[acesso em 2008 Ago 03]; Disponível em: www.prdu.unicamp.br/vivamais/Programa_Viva_Mais_agosto_2003.pdf
19. Meleiro AMAS. Suicídio entre médicos e estudantes de Medicina. Rev Assoc Med Bras. 1998; 44: 135-40.
20. Pimentel D, Vieira MJ. Perfil e saúde mental de psicanalistas. Psyche (São Paulo). 2005 jun; 9(15):155-66.
21. Galduróz FCJ. Uso e abuso de drogas psicotrópicas no Brasil. Rev IMESC. 2001;(3):37-42.
22. Niel M. Anestesiistas e o uso de drogas: um estudo quantitativo. São Paulo: UFSP; 2003. p.16-90.
23. Mycek MJ, Harvey RA, Champe PC. Farmacologia Ilustrada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.108-39.
24. Velho G. Desvio e divergência: uma crítica da patologia social. 7ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.
25. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. CID-10 - Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. [homepage na internet; acesso em 2009 Abr 02]. Brasília: DATASUS, Ministério da Saúde; 1993. Disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm
26. Carneiro HVR, Venâncio RP. Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda; 2006.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/08/08

Last received: 2011/05/07

Accepted: 2011/05/09

Publishing: 2011/07/01

Address for correspondence

Valdete Lourenço Silva
Rua Elias Perpétuo de Oliveira, 440 – Bairro Industrial
CEP: 32223-040 – Contagem (MG), Brasil