

Fatores associados ao uso de medicamentos ansiolíticos entre bombeiros militares

Factors associated with the use of anxiolytic drugs among military firefighters

Danielle Sandra da Silva de Azevedo¹ , Eduardo de Paula Lima¹ , Ada Ávila Assunção¹ 

RESUMO: *Introdução:* O uso de ansiolíticos é uma opção no tratamento de sintomas psíquicos. Contudo, ainda que o uso seja controlado há riscos de dependência, intoxicação e alterações cognitivas. O uso não controlado entre trabalhadores agrava tais problemas. *Objetivos:* Identificar a prevalência do uso de ansiolíticos e conhecer os fatores associados ao consumo em bombeiros militares. *Método:* Pesquisa transversal de base censitária investigou 711 bombeiros de Belo Horizonte, Minas Gerais, por meio de autorrelato. Regressão logística multinomial foi utilizada para verificar associação entre características sociodemográficas, condições de vida, trabalho e saúde e consumo de ansiolíticos de modo controlado ou não. *Resultados:* A prevalência do uso de ansiolíticos foi 9,9%. Para 7,5% dos bombeiros o consumo ocorreu sem indicação e/ou controle terapêutico especializado. O uso controlado foi associado ao relato compatível com Transtorno Mental Comum (OR = 23,6; IC95% 6,54 – 85,11). O uso não controlado foi associado ao tempo de serviço (OR = 2,57; IC95% 1,03 – 6,40), ao tabagismo (OR = 3,22; IC95% 1,50 – 6,91) e ao Transtorno Mental Comum (OR = 4,02; IC95% 2,17 – 7,45). *Conclusão:* A alta prevalência de consumo indica alerta para as ações dos programas de saúde ocupacional.

Palavras-chave: Saúde mental. Saúde ocupacional. Ansiolíticos. Bombeiros. Fatores de risco.

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor correspondente: Danielle Sandra da Silva de Azevedo. Avenida Prof. Alfredo Balena, 190, 7º andar, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: daniellemestrado@yahoo.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Introduction: Use of anxiolytic drugs is an option for treating psychological symptoms. However, even if their use is controlled, there are risks of dependence, intoxication and cognitive alterations. Uncontrolled use among workers worsens these problems. **Objectives:** Identify the prevalence of anxiolytic use and to know the factors associated with consumption in military firefighters. **Method:** Cross-sectional survey of 711 firefighters from Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, was conducted through self-reporting. Multinomial logistic regression was used to investigate associations between sociodemographic characteristics, living, working and health conditions and anxiolytic consumption in a controlled or uncontrolled manner. **Results:** Prevalence of anxiolytic use was 9.9%. For 7.5% of firefighters the consumption occurred without indication and/or specialized therapeutic control. Controlled use was only associated with symptoms compatible with Common Mental Disorder (OR = 23.6; 95%CI 6.54 – 85.11). Uncontrolled use was associated with length of service (OR = 2.57; 95%CI 1.03 – 6.40), smoking (OR = 3.22; 95%CI 1.50 – 6.91) and symptomatology compatible with Common Mental Disorder (OR = 4.02; 95%CI 2.17 – 7.45). **Conclusion:** The high prevalence of consumption indicates alert to occupational health programs. **Keywords:** Mental health. Occupational health. Anti-anxiety agents. Firefighters. Risk factors.

INTRODUÇÃO

Ansiolíticos são medicações psicotrópicas coadjuvantes no tratamento da ansiedade e de outros transtornos mentais¹. Trata-se de um problema de saúde pública² em razão do crescente consumo e da gravidade dos efeitos adversos³.

Ao optar pela utilização de ansiolíticos é fundamental esclarecer ao usuário o caráter temporário da prescrição⁴ e o necessário monitoramento do consumo⁵. Ansiolíticos podem provocar dependência, intoxicação, alterações cognitivas e comportamentais⁶.

O uso desse tipo de medicação pode ser uma estratégia diante das barreiras que o usuário encontra para enfrentar suas angústias⁷. Por um lado, algumas barreiras têm relação com a dificuldade de compensação dos efeitos afletivos por meio de enfrentamentos positivos, como atividades físicas e sociais⁸, fortalecimento dos laços familiares⁹ e confiança religiosa ou espiritual¹⁰. Por outro, os obstáculos podem estar relacionados às deficiências dos serviços de saúde mental³. Em diversas localidades há escassez de profissionais habilitados a reconhecer os graves riscos inerentes aos psicotrópicos e as demais possibilidades de tratamento¹¹.

Desequilíbrios entre recursos internos do indivíduo e contextos desfavoráveis às respostas positivas ampliam a chance do consumo de ansiolíticos⁷. Trabalhadores dos serviços de emergências atuam em ambiente caracterizado por altas demandas laborais, uma vez que lidam com eventos traumáticos, executam tarefas diante de riscos iminentes e agem sob pressão temporal¹². Tais exigências podem exceder a capacidade de enfrentamento cotidiano às fortes reações emocionais¹³.

No caso dos bombeiros militares, além de estarem sob altas demandas inerentes aos profissionais de emergências¹², ainda estão inseridos em um trabalho determinado por rigidez disciplinar e hierárquica¹⁴. Portanto, a natureza das atividades e os fatores psicossociais negativos podem influenciar a saúde mental desses profissionais¹⁵.

Ações assistenciais e mecanismos de proteção à saúde de todos os trabalhadores são recomendados tanto por diretrizes das agências internacionais¹⁶ quanto por políticas públicas no Brasil¹⁷. Estudos epidemiológicos enfocando a utilização de psicofármacos por trabalhadores em serviço podem subsidiar o planejamento das ações de vigilância ocupacional ao identificar os fatores associados ao consumo. Contudo, são raras as investigações que buscaram conhecer as circunstâncias do uso de ansiolíticos em grupos de trabalhadores de emergências urbanas. Os objetivos do presente estudo foram identificar a prevalência do uso de ansiolíticos e conhecer os fatores associados ao consumo em bombeiros militares.

MÉTODO

Estudo transversal baseado em dados provenientes do inquérito intitulado “Transtorno de Estresse Pós-Traumático em bombeiros de Belo Horizonte, Brasil”¹⁸. Os sujeitos foram os bombeiros masculinos do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG) em exercício há mais de 12 meses nos três batalhões, com sede em Belo Horizonte. Bombeiros com menos de um ano foram excluídos considerando o tempo mínimo necessário de exposição aos estressores ocupacionais para se observar efeitos sobre a saúde¹⁹. A exclusão de mulheres ocorreu em razão do reduzido número no efetivo (7,3%), o que inviabilizaria a construção de modelos multivariados separados por sexo. Além disso, elas são mais susceptíveis ao uso de ansiolíticos e menos atuantes no serviço operacional (setor mais exposto aos fatores de risco)¹⁸.

Do total de 954 bombeiros com mais de um ano na corporação, 160 foram considerados inelegíveis: 70 mulheres, 30 em férias ou licença, 30 cedidos para outras unidades e 30 participantes da etapa piloto. Assim, 794 bombeiros foram convidados a participar e 711 (89,5%) responderam ao inquérito, superando a meta estipulada para estudos na área da saúde (60%)²⁰.

Os dados foram coletados entre fevereiro e agosto de 2011, por meio de questionário estruturado, autopreenchido de forma anônima. A adequação e a aplicabilidade foram testadas em um estudo piloto.

O desfecho (uso de ansiolíticos) foi investigado em três grupos:

1. não usuários (não uso);
2. usuários com indicação clínica e sob acompanhamento médico (uso controlado);
3. usuários sem indicação clínica e/ou acompanhamento médico (uso não controlado).

A variável foi elaborada a partir das respostas para três perguntas do referido instrumento, considerando os últimos 12 meses:

1. “Você já fez uso de calmantes (remédios para ansiedade)?”;
2. “Alguma vez um médico lhe informou que você teve ou tem transtorno de ansiedade?”;
3. “Você já fez acompanhamento psiquiátrico?”.

O primeiro grupo (“não uso”) foi composto pelos bombeiros que responderam “não” para a primeira pergunta. O segundo (“uso controlado”) foi constituído por aqueles cujas

respostas foram positivas para as três perguntas. O terceiro (“uso não controlado”) englobou os sujeitos com respostas negativas para a segunda e/ou a terceira pergunta.

A diferenciação entre os grupos buscou examinar empiricamente o cuidado dos sujeitos vulneráveis ao uso de ansiolíticos, uma vez reconhecida a exposição aos estressores ocupacionais. Sendo assim, identificou-se a presença da patologia mental indicativa de consumo de ansiolíticos (pergunta 2) e considerou-se relevante identificar se a terapia farmacológica ocorria na vigência de acompanhamento por profissionais especializados (pergunta 3). Para comparar as prevalências de uso de ansiolíticos, as frequências localizadas na literatura foram agrupadas conforme a classificação adotada na presente investigação.

As variáveis explicativas foram agrupadas em quatro blocos, considerando o nível de aproximação com o desfecho:

- sociodemográficas (nível mais distal);
- eventos de vida estressantes;
- condições de trabalho;
- condições de saúde (nível mais proximal).

As variáveis sociodemográficas estudadas foram: cor da pele, situação conjugal, filhos, escolaridade e renda familiar mensal.

Os eventos de vida estressantes foram avaliados por meio de perguntas validadas sobre situações vivenciadas nos últimos 12 meses, classificadas em eventos adversos e discriminação social²¹. Ambas as variáveis foram categorizadas conforme a quantidade de eventos vividos.

As variáveis referentes às condições de trabalho foram: posição, tempo de serviço, estressores operacionais, estressores organizacionais (demanda, controle, apoio) e ambiente físico. A exposição aos estressores operacionais foi avaliada pela Lista de Eventos Traumáticos²², adaptada para profissionais de emergências, na qual enumera 15 estressores típicos vivenciados durante o trabalho nos últimos 12 meses. Considerando a mediana do escore total, a variável foi analisada de forma dicotômica.

Os estressores organizacionais foram construídos mediante os indicadores de aspectos psicossociais do trabalho, avaliados pelo *Job Content Questionnaire* (JCQ) na versão adaptada em português²³. Tal instrumento mapeia a percepção dos estressores psicossociais no trabalho que dizem respeito à demanda requerida pelas tarefas, ao controle sobre o trabalho e ao apoio social. Com base na mediana, as dimensões foram analisadas como variáveis dicotômicas.

O ambiente físico do trabalho foi investigado inquirindo sobre disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI), ruído no local de trabalho, ruído originado fora do trabalho e adequação de recursos materiais para executar as tarefas. As respostas positivas foram somadas e incluídas como variável ordinal.

Quanto às condições de saúde, foram abordadas: prática de atividade física, tabagismo, uso problemático de álcool e relato de sintomas de Transtorno Mental Comum (TMC). Para avaliar a existência de sintomas compatíveis com TMC, utilizou-se a versão em português do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ)²⁴, que inclui 20 questões para triagem de distúrbios não psicóticos por meio de queixas somáticas. A variável considerou como ponto de corte sete ou mais respostas positivas.

O uso problemático de álcool foi analisado pelo *cut down, annoyed by criticism, guilty e eye-opener* (CAGE)²⁵, instrumento de rastreamento que utiliza o acrônimo referente às suas quatro perguntas: *cut down, annoyed by criticism, guilty e eye-opener*. Duas ou mais respostas positivas foram consideradas indicativo de abuso e dependência de bebida alcoólica.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo CBMMG e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CET).

ANÁLISE DE DADOS

Regressão logística multinomial foi utilizada para investigar as associações com o desfecho nos três grupos, sendo o primeiro a referência. A entrada das variáveis explicativas considerou a aproximação em relação ao desfecho: do nível mais distal para o proximal. Houve multicolinearidade entre idade e tempo de serviço. A variável tempo de serviço foi escolhida em razão da relevância para a interpretação da hipótese do estudo.

A análise foi realizada pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, em quatro etapas. A primeira (descritiva) apresentou as frequências das variáveis. A segunda (univariada) verificou prováveis fatores relacionados ao uso controlado e não controlado, considerando valor $p \leq 0,20$. A terceira (multivariada intermediária) incluiu as variáveis indicadas na etapa anterior em cada um dos quatro blocos, com retirada manual gradativa conforme o maior valor p , considerando $p \leq 0,10$. A última etapa (multivariada final) agrupou todas as variáveis selecionadas nos modelos intermediários por blocos. Foram excluídas uma a uma as variáveis com maior valor p , permanecendo no modelo final apenas aquelas com valor $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Cerca de 90% dos bombeiros relataram não ter feito uso de ansiolíticos nos últimos 12 meses. O uso foi relatado por 70 (9,9%) bombeiros, dos quais 17 (2,4%) indicaram uso de modo controlado e 53 (7,5%) de modo não controlado.

No conjunto dos respondentes, predominaram: cor da pele parda (51,8%), casados (55,4%), com filhos (53,1%), nível médio de escolaridade (66%) e renda familiar mensal até sete salários mínimos (65,5%). Entre os bombeiros, 30,7% vivenciaram dois ou mais eventos adversos e 25,9% foram expostos a algum tipo de discriminação. Observou-se predomínio de soldados (45,3%) e aqueles com menos de três anos na instituição (35,3%). Em relação aos estressores, 48,8% relataram alta exposição a estressores operacionais, 46,9% baixo controle, 40,6% alta demanda, 30,9% baixo apoio e 50,4% vivência de duas ou mais condições precárias no ambiente físico. Menos da metade (45,1%) praticava atividade física três ou mais vezes por semana, 7,6% eram tabagistas, 9,6% relataram uso problemático de álcool e 15,9% apresentaram sintomatologia compatível com TMC.

Na análise univariada, as associações significativas com o desfecho indicaram maior proporção de consumo não controlado entre bombeiros com filhos. O uso controlado foi maior entre aqueles com menor escolaridade (Tabela 1). Houve maior consumo

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas, segundo uso de ansiolíticos em bombeiros. Brasil, 2011.

Variáveis	Total	Não uso	Uso controlado		Uso não controlado	
	n (%)	n (%)	n (%)	OR (IC95%)	n (%)	OR (IC95%)
Cor da pele						
Branca	216	192 (88,9)	6 (2,8)	1,00	18 (8,3)	1,00
Preta	98	87 (90,5)	3 (2,1)	0,75 (0,15 – 3,80)	8 (7,4)	0,87 (0,35 – 2,17)
Parda	368	330 (90,4)	9 (2,2)	0,79 (0,27 – 2,30)	29 (7,4)	0,88 (0,47 – 1,64)
Oriental	29	27 (92,9)	1 (3,5)	1,29 (0,15 – 11,18)	1 (3,6)	0,40 (0,05 – 3,17)
Situação conjugal						
Casado/estável	394	344 (87,7)	13 (3,1)	1,00	37(9,2)	1,00
Solteiro	284	266 (93,7)	4 (1,4)	0,45 (0,14 – 1,42)	14 (4,9)	1,16 (0,46 – 2,93)*
Divorciado/viúvo	33	28 (87,1)	1 (3,2)	1,05 (0,13 – 8,37)	4 (9,7)	1,02 (0,30 – 3,57)*
Filhos						
Não	334	315 (94,6)	3 (0,9)	1,00	16 (4,5)	1,00
Sim	377	324 (86,1)	15 (3,8)	1,52 (0,33 – 6,84)**	38 (10,1)	2,39 (1,28 – 4,43)***
Escolaridade						
Fundamental	54	43 (79,6)	5 (9,3)	1,00	6 (11,1)	1,00
Médio	469	426 (90,9)	11 (2,2)	0,29 (0,09 – 0,91)***	32 (6,9)	0,59 (0,23 – 1,49)
Superior	188	172 (91,4)	2 (1,1)	0,17 (0,31 – 0,97)***	14 (7,5)	0,65 (0,24 – 1,78)
Renda familiar^a						
Até 7 SM	466	414 (88,7)	13 (2,9)	1,00	39 (8,4)	1,00
Acima de 7 SM	245	227 (92,6)	4 (1,6)	0,57 (0,18 – 1,79)	14 (5,8)	0,66 (0,35 – 1,24)

OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; SM: salário mínimo; variáveis associadas ao desfecho na análise univariada: *p ≤ 0,20; **p ≤ 0,10; ***p ≤ 0,05; ^asalário mínimo em 2011: R\$ 545,00.

em ambos os modos entre bombeiros com maior exposição a eventos adversos de vida (Tabela 2). Constatou-se aumento nos dois modos de consumo em relação ao tempo de serviço (Tabela 3). Houve maior proporção em ambos os modos de uso entre aqueles com sintomas compatíveis com TMC. O uso não controlado também foi mais frequente entre os tabagistas (Tabela 4).

Considerando o uso controlado, entraram para a etapa intermediária ($p \leq 0,20$ na univariada) as seguintes variáveis: filhos, escolaridade (bloco sociodemográfico); eventos adversos (bloco eventos de vida); posição, tempo, controle (bloco trabalho); atividade física, álcool, TMC (bloco saúde). Quanto ao uso não controlado, entraram para a análise intermediária: filhos, situação conjugal (bloco sociodemográfico); eventos adversos, discriminação (bloco eventos de vida); posição, tempo, estressor operacional, apoio (bloco trabalho); atividade física, tabagismo, álcool, TMC (bloco saúde).

Na etapa final da análise multivariada ($p \leq 0,10$), para o uso controlado entraram as variáveis: filhos, escolaridade, eventos adversos, tempo, controle e TMC. Na etapa final para uso não controlado entraram: filhos, eventos adversos, tempo, estressor operacional, tabagismo e TMC. No modelo final ($p \leq 0,05$), para uso controlado de ansiolíticos permaneceu associado apenas à variável TMC. Quanto ao consumo não controlado, mantiveram-se associados: tempo, tabagismo e TMC. O teste *Goodness-on-fit* indicou ajuste satisfatório do modelo final (Tabela 5).

DISCUSSÃO

A prevalência do uso de ansiolíticos em bombeiros foi de 9,9%. Ressalta-se que, para 7,5%, o uso ocorreu sem indicação e/ou controle terapêutico especializado, sendo significativamente

Tabela 2. Distribuição dos eventos de vida, segundo o uso de ansiolíticos em bombeiros. Brasil, 2011.

Variáveis	Total	Não uso	Uso controlado		Uso não controlado	
	n (%)	n (%)	n (%)	OR (IC95%)	n (%)	OR (IC95%)
Evento adverso						
0	268	254 (94,7)	2 (0,8)	1,00	12 (4,5)	1,00
1	224	199 (90,8)	7 (2,3)	3,08 (0,59 – 16,06)**	18 (6,9)	1,55 (0,71 – 3,40)**
≥ 2	219	184 (83,8)	10 (4,6)	6,38 (1,38 – 29,45)***	25 (11,6)	2,76 (1,35 – 5,63)***
Discriminação						
0	527	482 (91,4)	11 (1,5)	1,00	34 (7,1)	1,00
1	128	114 (88,2)	3 (2,7)	1,20 (0,33 – 4,40)	11 (9,1)	1,25 (0,60 – 2,59)*
≥ 2	56	45 (79,0)	3 (6,1)	2,80 (0,75 – 10,38)	8 (14,9)	1,97 (0,83 – 4,67)*

OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; variáveis associadas ao desfecho na análise univariada: * $p \leq 0,20$; ** $p \leq 0,10$; *** $p \leq 0,05$.

Tabela 3. Distribuição das condições de trabalho, segundo o uso de ansiolíticos em bombeiros. Brasil, 2011.

Variáveis	Total	Não uso	Uso controlado		Uso não controlado	
	n (%)	n (%)	n (%)	OR (IC95%)	n (%)	OR (IC95%)
Posição						
Soldado	322	306 (95,1)	4 (1,2)	1,00	12 (3,7)	1,00
Cabo	152	127 (83,2)	6 (4,0)	0,64 (0,12 – 3,58)*	19 (12,8)	1,81 (0,61 – 5,36)*
Sargento/oficial	237	208 (87,6)	7 (3,0)	0,65 (0,11 – 3,69)*	22 (9,4)	1,30 (0,44 – 3,82)*
Tempo de serviço (anos)						
< 3	251	243 (96,8)	1 (0,4)	1,00	7 (2,8)	1,00
3–16	228	202 (88,5)	6 (2,7)	4,86 (0,55 – 42,29)**	20 (8,8)	3,38 (1,39 – 8,24)***
17–30	232	196 (84,5)	10(4,1)	10,83 (1,35 – 86,5)***	26 (11,4)	4,85 (2,05 – 11,46)***
Estressor operacional						
Baixa exposição	349	320 (91,7)	8 (2,3)	1,00	21 (6,0)	1,00
Alta exposição	334	294 (88,0)	9 (2,7)	1,18 (0,45 – 3,09)	31 (9,3)	1,76 (0,98 – 3,16)**
Controle						
Alto	379	335 (88,1)	13(3,5)	1,00	31 (8,4)	1,00
Baixo	332	308 (92,6)	3 (0,9)	0,36 (0,09 – 1,34)**	21 (6,5)	0,75 (0,42 – 1,34)
Demanda						
Baixa	419	381 (90,8)	9 (2,2)	1,00	29 (7,9)	1,00
Alta	292	263 (89,8)	8 (2,8)	1,30 (0,49 – 3,42)	21 (7,4)	1,06 (0,59 – 1,90)
Apoio						
Alto	489	437 (89,3)	11 (2,3)	1,00	41 (8,5)	1,00
Baixo	222	204 (91,7)	6 (2,8)	1,21 (0,44 – 3,33)	12 (5,5)	0,72 (0,36 – 1,42)*
Condições precárias no ambiente físico						
0ª	81	73 (90,0)	–	–	8 (10,0)	1,00
1	269	241 (89,8)	6 (1,8)	1,00	22 (8,4)	0,80 (0,34 – 1,89)
≥ 2	361	327 (90,4)	11(3,1)	1,83 (0,67 – 4,99)	23 (6,5)	0,62 (0,27 – 1,46)

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%; variáveis associadas ao desfecho na análise univariada: *p ≤ 0,20; **p ≤ 0,10; ***p ≤ 0,05; †variável reagrupada para uso controlado, pois não havia caso para a primeira situação.

Tabela 4. Distribuição das condições de saúde, segundo o uso de ansiolíticos em bombeiros. Brasil, 2011.

Variáveis	Total	Não uso	Uso controlado		Uso não controlado	
	n (%)	n (%)	n (%)	OR (IC95%)	n (%)	OR (IC95%)
Atividade física						
Nunca	33	26 (78,7)	2 (6,1)	1,00	5 (15,2)	1,00
1-2 vezes/sem.	357	313 (87,5)	11 (3,1)	0,84 (0,16 – 4,30)*	33 (9,4)	0,77 (0,26 – 2,28)*
≥ 3 vezes/sem.	321	306 (95,2)	4 (1,3)	0,44 (0,06 – 3,03)*	11 (3,5)	0,36 (0,11 – 1,22)*
Tabagismo						
Não	657	598 (91,4)	15 (2,3)	1,00	44 (6,3)	1,00
Sim	54	40 (74,1)	2 (3,7)	1,63 (0,36 – 7,32)	12 (22,2)	3,24 (1,51 – 6,94)***
Álcool						
Não	643	590 (90,9)	12 (2,3)	1,00	41 (6,8)	1,00
Sim	68	51 (74,8)	5 (7,1)	2,43 (0,75 – 7,88)*	12 (18,1)	2,15 (1,01 – 4,56)*
TMC						
Não	589	557 (94,5)	3 (0,5)	1,00	29 (5,0)	1,00
Sim	122	87 (68,2)	12 (10,9)	23,6 (6,54 – 85,11)***	23 (20,9)	3,93 (2,11 – 7,30)***

OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; TMC: Transtorno Mental Comum; variáveis associadas ao desfecho na análise univariada: *p ≤ 0,20; **p ≤ 0,10; ***p ≤ 0,05.

Tabela 5. Regressão logística multivariada final para fatores associados ao uso de ansiolíticos em bombeiros. Brasil, 2011^a.

Variáveis	Uso controlado			Uso não controlado		
	OR	IC95%	Valor p	OR	IC95%	Valor p
Tempo de serviço (anos)						
< 3	–	–	–	1,00	–	–
3-16	–	–	–	2,57	1,03 – 6,40	0,042
17-30	–	–	–	3,93	1,64 – 9,41	0,002
Tabagismo						
Não	–	–	–	1,00	–	–
Sim	–	–	–	3,22	1,50 – 6,91	0,004
TMC						
Não	1,00	–	–	1,00	–	–
Sim	23,6	6,54 – 85,11	< 0,001	4,02	2,17 – 7,45	< 0,001

OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; TMC: Transtorno Mental Comum; ^amodelo multinomial, tendo como categoria de referência “não uso”.

associado com maior tempo de serviço na corporação, tabagismo e relatos de sintomas compatíveis com TMC.

Comparando os resultados com outras amostras de trabalhadores, a prevalência foi superior a eletricitários (4%)²⁶, advogados (5%)⁷ e farmacêuticos (6%)⁷; sendo semelhante ao encontrado em policiais militares (10%)²⁷. No tocante ao uso não controlado, o resultado também ultrapassou a prevalência classificada nessa modalidade. Entre trabalhadores do setor terciário, a prevalência de uso sem acompanhamento médico foi de 2,5%²⁸.

A alta prevalência de uso de ansiolíticos em bombeiros é intrigante. Diante das avaliações de saúde periódicas realizadas pela corporação seriam esperadas menores cifras de acometimentos na saúde desse grupo¹⁸. Tal resultado permite aventar sobre o fenômeno do presenteísmo. É possível que o consumo de ansiolíticos indique uma estratégia para a presença dos bombeiros em serviço, apesar de algum problema físico ou psicológico. O presenteísmo relaciona problemas de saúde à perda de produtividade e sua inobservância pode acarretar o agravamento da enfermidade²⁹.

A chance de consumo não controlado de ansiolíticos aumentou de forma linear de acordo com o tempo de serviço na corporação. No entanto, é difícil distinguir efeitos da antiguidade daqueles relacionados à idade, porque, geralmente, os mais velhos são também os mais antigos no trabalho. Se for assim, em vez de dirigir a discussão para o foco que admite o acúmulo dos efeitos da exposição ao ambiente de trabalho nos grupos com maior tempo de serviço, será necessário considerar os efeitos esperados do processo de envelhecimento humano. Em indivíduos mais velhos é esperada maior prevalência de sintomas, doenças crônicas e busca por tratamento, incluindo a terapêutica medicamentosa³⁰. Assim, bombeiros com maior tempo de serviço podem estar mais vulneráveis aos efeitos cumulativos provindos das atividades desempenhadas, além dos efeitos fisiológicos do envelhecimento³¹.

O tabagismo está relacionado ao consumo de ansiolíticos em doses mais elevadas, pois a nicotina, ao aumentar o metabolismo, reduz o efeito medicamentoso. Sabe-se que a cessação do tabagismo pode reduzir o uso não controlado de ansiolíticos³².

Bombeiros com relato de sintomatologia compatível com transtorno mental apresentaram quatro vezes mais chance de consumo não controlado de ansiolíticos. Se, por um lado, tal resultado é consistente, pois ansiolíticos são utilizados no tratamento de tais sintomas³³, é preocupante, por outro, identificar trabalhadores com sintomas psíquicos utilizando ansiolíticos sem acompanhamento terapêutico especializado.

O consumo não controlado de ansiolíticos por bombeiros ativos convoca discussões profundas para o aumento dos riscos de efeitos adversos decorrentes do uso sem monitoramento adequado. A prática do consumo inadequado de medicação psiquiátrica pode acarretar graves consequências, como precariedade de vida, especialmente pelo alto risco de dependência². Na esfera social, as possíveis alterações cognitivas e comportamentais geradas pelo consumo não controlado podem ocasionar conflitos interpessoais e aumento da ocorrência de acidentes³; além de elevar os gastos no sistema de saúde, incluindo utilização de atendimentos de urgências e hospitalizações³⁴.

Neste inquérito, o uso de ansiolíticos não foi relacionado ao enfrentamento de sintomas provindos de fatores laborais. Há duas características na carreira profissional que possivelmente explicam tal resultado. A primeira é o vínculo empregatício dos bombeiros. A garantia da permanência no emprego pode auxiliar a implantação de estratégias instrumentais de enfrentamento³⁵. Portanto, é possível supor que a estabilidade de emprego dos bombeiros atenuou a magnitude dos efeitos de estressores laborais³⁶. A segunda característica é o reconhecimento social conferido aos bombeiros. Autoestima fortalecida em situações de reconhecimento favorece os mecanismos de resiliência³⁷. Assim, a resiliência e a autoestima são características psicológicas que podem exercer modulações sobre sintomas e adversidades³⁸, propiciando enfrentamentos adaptativos³⁹. Tais características parecem marcar a entrada e a permanência desses profissionais, favorecendo o enfrentamento no cotidiano ocupacional, com menos adesão à prática de buscar saídas na terapia medicamentosa.

Convém salientar a importância de aprimorar ações de vigilância ocupacional visando a identificar precocemente os fatores de risco e ampliar o acesso ao serviço de saúde mental, de maneira a assegurar ao trabalhador vulnerável a tranquilidade para declarar os sintomas e aderir ao tratamento, quando for o caso¹⁴. Vale ressaltar que iniciativas do CBMMG inovaram a atuação dos serviços de saúde ocupacional. Especialmente, cita-se a recente regulamentação do Programa de Saúde Ocupacional do Bombeiro Militar⁴⁰, cujo enfoque é o rastreamento precoce de sintomas psíquicos identificados em estudo anterior¹⁸. Tal programa pretende resgatar a interface com a Política Nacional de Saúde Mental⁴¹ na medida em que propõe não somente a avaliação clínica individual periódica, como também a abordagem integral e coletiva, por meio de uma equipe multiprofissional com capacitação permanente.

Os achados deste estudo sugerem três reflexões: o uso de ansiolíticos entre bombeiros mais antigos acarreta maior vulnerabilidade aos efeitos adversos; a associação ao tabagismo é uma sobreposição de estratégia de enfrentamento nociva à saúde; e o consumo de ansiolíticos tem relação com o pior estado de saúde mental.

LIMITES E VANTAGENS

Em razão do desenho do estudo, há a impossibilidade de estabelecer relações causais e/ou temporais. As informações obtidas por meio de autorrelato estão sujeitas a vieses porque levam os sujeitos a minimizar suas falhas no cuidado com a própria saúde ou valorizar sua personalidade⁴². Entretanto, quando utilizado após a realização de um adequado teste piloto, o autorrelato apresenta alta validade e confiabilidade⁴³.

A comparação das cifras de consumo com outros grupos foi limitada, haja vista a heterogeneidade dos parâmetros para estudar e classificar as prevalências de uso de ansiolíticos². Ademais, os resultados podem ter sido subestimados, dadas as barreiras morais para revelar sintomas e práticas, principalmente em instituições militares que são fiéis às normas de

comportamento¹⁴, e também em razão do Efeito do Trabalhador Sadio, que é um efeito de sobrevivência comum em estudos transversais, uma vez que os doentes têm mais chance de não estarem em seus postos no momento da pesquisa⁴⁴.

Cabe ainda mencionar que o modelo com entrada hierárquica de variáveis utilizado e a amplitude dos intervalos de confiança para as estimativas de associação, apesar de refletir a expectativa inicial considerando a característica do delineamento e da população, indicam cautela na interpretação dos resultados. Além disso, é possível a ocorrência de viés, pois as análises não foram ajustadas por sexo.

O ineditismo da abordagem realizada em profissionais de urgências, a alta taxa de participação e o uso de instrumentos validados e adaptados para o contexto brasileiro asseguraram a qualidade e a relevância do estudo. O treinamento e a supervisão da equipe de coleta minimizaram possíveis vieses. A etapa piloto permitiu a adequação dos itens construídos para o questionário e a adesão dos participantes. A distribuição dos respondentes nos três grupos de análise do desfecho possibilitou a comparação entre eles e reforçou o caráter inovador desta investigação. No conjunto, tais características aumentaram a força dos resultados para amparar as interpretações apresentadas.

CONCLUSÃO

A prevalência de uso de ansiolíticos em bombeiros militares foi superior ao registrado nas demais categorias profissionais. O elevado consumo nesse grupo com tamanha responsabilidade social requer alerta e merece especial atenção de gestores e órgãos governamentais. O consumo não controlado aumenta os riscos de efeitos adversos, podendo comprometer a qualidade de vida dos trabalhadores.

A associação do uso não controlado de ansiolíticos com maior tempo na corporação pode aumentar a vulnerabilidade dos bombeiros. Os achados também indicam que ansiolítico e tabagismo é uma arriscada combinação de hábitos nocivos e o consumo associado ao pior estado de saúde mental sinaliza uma resposta para lidar com o sofrimento.

Os resultados estimulam a continuidade das investigações relacionadas à saúde dos bombeiros, principalmente no que tange às inovações no planejamento dos serviços de saúde mental. Estudos prospectivos podem aprofundar a análise dos fatores associados ao consumo de medicamentos e os mecanismos implicados.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o Corpo de Bombeiros Militares de Minas Gerais a colaboração.

Aprovação de ética: O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC nº 0387.0.203.000-10).

REFERÊNCIAS

1. Belleville G. Mortality hazard associated with anxiolytic and hypnotic drug use in the National Population Health Survey. *Can J Psychiatry* 2010; 55(9): 558-67. <https://doi.org/10.1177/070674371005500904>
2. Sánchez MPV, Saint-Gerons DM, Honrubia CF, Bermejo DG, Corominas DM, Catalá-López F. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Rev Esp Salud Pública* 2013; 87(3): 247-55. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000300004>
3. Carbon M, Correll CU. Rational use of generic psychotropic drugs. *Adis Drugs* 2013; 27(5): 353-65. <https://doi.org/10.1007/s40263-013-0045-2>
4. Schlosser VA, Nimmermann K. Introduction to the special section: the anthropology of psychopharmaceuticals: cultural and pharmacological efficacies in context. *Cult Med Psychiatry* 2012; 36(1): 2-9. <https://doi.org/10.1007/s11013-012-9249-z>
5. Manthey L, Veen T, Giltay EJ, Stoop JE, Neven AK, Penninx BW, et al. Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Brit J Clin Pharmacol* 2011; 71(2): 263-72. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2010.03818.x>
6. Dell'osso B, Lader M. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? *Eur Psychiatry* 2013; 28(1): 7-20. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.11.003>
7. Leignel S, Schuster JP, Hoertel N, Poulain X, Limosin F. Mental health and substance use among self-employed lawyers and pharmacists. *Occup Med* 2014; 64(3): 166-71. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt173>
8. Rebello TJ, Marques A, Gurejec O, Pike KM. Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally. *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27(4): 308-14. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000068>
9. Avraham N, Goldblatt H, Yafe E. Paramedics' experiences and coping strategies when encountering critical incidents. *Qual Health Res* 2014; 24(2): 194-208. <https://doi.org/10.1177/1049732313519867>
10. Thuné-Boyle ICV, Stygall J, Keshtgar MRS, Davidson TI, Newman SP. Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psychooncology* 2011; 20(7): 771-82. <https://doi.org/10.1002/pon.1784>
11. Lasserre A, Younès N, Blanchon T, Cantegreil-Kallen I, Passerieux C, Thomas G, et al. Psychotropic drug use among older people in general practice: discrepancies between opinion and practice. *Br J Gen Pract* 2010; 60(573): e156-62. <https://dx.doi.org/10.3399%2Fbjgp10X483922>
12. Lim DK, Baek KO, Chung IS, Lee MY. Factors related to sleep disorders among male firefighters. *Ann Occup Environ Med* 2014; 26: 11. <https://doi.org/10.1186/2052-4374-26-11>
13. Adriaenssens J, De Gucht V, Van Der Doef M, Maes S. Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *J Adv Nurs* 2011; 67(6): 1317-28. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x>
14. Hom MA, Stanley IH, Schneider ME, Joiner Jr. TE. A systematic review of help-seeking and mental health service utilization among military service members. *Clin Psychol Rev* 2017; 53: 59-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.008>
15. Lima EP, Assunção AA, Barreto SM. Prevalence of depression among firefighters. *Cad Saúde Pública* 2015; 31(4): 733-43.
16. World Health Organization. Global plan of action on workers' health (2008-2017): baseline for implementation. Geneva: World Health Organization; 2013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.823, de 23 de agosto de 2012. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Lima EP, Assunção AA, Barreto SM. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em bombeiros de Belo Horizonte, Brasil: prevalência e fatores ocupacionais associados. *Psic Teor Pesq* 2015; 31(2): 279-88. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015022234279288>
19. Bryant RA, Guthrie RM. Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: a study of trainee firefighters. *Psychol Sci* 2005; 16(10): 749-52. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01608.x>
20. Livingston EH, Wislar JS. Minimum response rates for survey research. *Arch Surg* 2012; 147(2): 110. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2011.2169>
21. Lopes CS, Faerstein E, Dóra C. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(6): 1713-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600015>
22. Lima EP, Vasconcelos AG, Barreto SM, Assunção AA. Lista de eventos traumáticos ocupacionais para profissionais de emergências: adaptação e validação. *Aval Psicol* 2016; 15(3): 391-401. <https://doi.org/10.15689/ap.2016.1503.12>
23. Araújo TM, Karasek R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scand J Work Environment Health* 2008; 34(6): 52-9.

24. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-6.
25. Masur J, Monteiro M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian psychiatry inpatient hospital setting. *J Biol Res* 1983; 16(3): 215-8.
26. Souza SF, Carvalho FM, Araújo TM, Porto LA. Psychosocial factors of work and mental disorders in electricians. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(4): 710-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400015>
27. Souza ER, Schenker M, Constantino P, Correia BSC. Consumption of licit and illicit substances by police officers in the city of Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(3): 66-76. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300012>
28. Molina S, Miasso AI. Benzodiazepine use among employees of a private company. *Rev Latin-Am Enfermagem* 2008; 16(n. esp.): 1-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000700003>
29. Umann J, Guido LA, Grazziano ES. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2012; 20(1): 159-66. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100021>
30. Queiroz Netto MU, Freitas O, Pereira LRL. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2012; 33(1): 77-81.
31. Chau N, Bhattacharjee A, Kunar BM, Group L. Relationship between job, lifestyle, age and occupational injuries. *Occup Med* 2009; 59(2): 114-9. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqp002>
32. Nordfjaern T, Bjerkeset O, Bratberg G, Moylan S, Berk M, Grawe R. Socio-demographic, lifestyle and psychological predictors of benzodiazepine and z-hypnotic use patterns. *Nord J Psychiatry* 2014; 68(2): 107-16. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.775342>
33. Gomes VF, Miguel TLB, Miasso AI. Common Mental Disorders: sociodemographic and pharmacotherapeutic profile. *Rev Latin-Am Enfermagem* 2013; 21(6): 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2990.2355>
34. McPhail SM. Multimorbidity in chronic disease: impact on health care resources and costs. *Risk Manag Healthc Policy* 2016; 9: 143-56. <https://dx.doi.org/10.2147%2FRMHP.S97248>
35. Colell E, Sanchez-Niubo A, Ferrer M, Domingo-Salvany A. Gender differences in the use of alcohol and prescription drugs in relation to job insecurity. *Int J Drug Policy* 2016; 37: 21-30. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.07.002>
36. Lassalle M, Chastang JF, Niedhammer I. Working conditions and psychotropic drug use: cross-sectional and prospective results. *J Psychiatr Res* 2015; 63: 50-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.02.019>
37. Lee JS, Ahn YS, Jeong KS, Chae JH, Choi KS. Resilience buffers the impact of traumatic events on the development of PTSD symptoms in firefighters. *J Affect Disord* 2014; 162: 128-33. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.031>
38. Hiyoshi A, Udumyan R, Osika W, Bihagen E, Fall K, Montgomery S. Stress resilience in adolescence and subsequent antidepressant and anxiolytic medication in middle aged men: Swedish cohort study. *Social Sci Med* 2015; 134: 43-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.057>
39. Horn SR, Charney DS, Feder A. Understanding resilience: new approaches for preventing and treating PTSD. *Exp Neurol* 2016; 284(Pt B): 119-32. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2016.07.002>
40. Minas Gerais. Resolução nº 640, de 15 de outubro de 2015. Programa de Saúde Ocupacional Bombeiro Militar. Belo Horizonte: Corpo de Bombeiros Militares de Minas Gerais; 2015.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Política Nacional da Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
42. Reuver M, Bouwman H. Dealing with self-report bias in mobile internet acceptance and usage studies. *Information Management* 2015; 52(3): 287-94. <https://doi.org/10.1016/j.im.2014.12.002>
43. Pacheco DS, Sakae TM. Validade do autorrelato de diabetes mellitus gestacional no pós-parto imediato em hospital privado no sul de Santa Catarina. *Arq Catarin Med* 2012; 41(1): 47-50.
44. Naimi AI, Richardson DB, Cole SR. Causal inference in occupational epidemiology: accounting for the healthy worker effect by using structural nested models. *Am J Epidemiol* 2013; 178(12): 1681-6. <https://doi.org/10.1093/aje/kwt215>

Recebido em: 04/07/2017

Versão final apresentada em: 18/09/2017

Aprovado em: 18/10/2017

Contribuição dos autores: Ada Assunção e Eduardo Lima contribuíram substancialmente para a aquisição dos dados. Os três autores contribuíram substancialmente para a concepção, o desenho, a análise, a interpretação dos dados e a elaboração deste manuscrito.

