

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA ENFERMAGEM EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

RIANY MOURA ROCHA BRITES

**PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE OS TRABALHADORES DE UM
SERVIÇO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

RIO DE JANEIRO

Julho/2012



**PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE OS TRABALHADORES DE UM
SERVIÇO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

RIANY MOURA ROCHA BRITES

Defesa de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Angela Maria Mendes Abreu

RIO DE JANEIRO

Julho/2012

FICHA CATALOGRÁFICA

BRITES, Riany Moura Rocha.

Padrão de consumo de álcool entre os trabalhadores de um Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade pública / Riany Moura Rocha Brites. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2012.

125 f.; 31 cm.

Orientadora: Ângela Maria Mendes Abreu

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

Referências bibliográficas: f. 97-108.

1. Bebida alcoólica. 2. Trabalhador. 3. Saúde do Trabalhador. 3. Enfermagem do trabalho – Dissertação. I. Abreu, Ângela Maria Mendes. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.073

**PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE OS TRABALHADORES DE UM
SERVIÇO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

Riany Moura Rocha Brites

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Rio de Janeiro: 06 de julho de 2012

Aprovada por:

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Ângela Maria Mendes Abreu
Presidente (EEAN/UFRJ)

Dr. Erikson Felipe Furtado
1ª Examinadora (USP/ FMRP)

Dra. Regina Celia Gollner Zeitoune
2ª Examinadora (EEAN/UFRJ)

Dra. Rosane Harter Griep
Suplente (Fiocruz/IOC)

Dr. José Mauro Braz de Lima
Suplente (FM/UFRJ)

Rio de Janeiro
2012

DEDICATÓRIA

À minha querida mãe Terezinha

Ao meu esposo, Alessandro.

À minha filha Mariane, meu eterno agradecimento!!!

Por estarem sempre ao meu lado,

Pelo apoio, sabedoria e dedicação fornecida.

AGRADECIMENTOS

Para a concretização deste trabalho, foi importante o apoio e a participação de muitas pessoas. Coloco aqui meus sinceros agradecimentos a todos. E, em especial:

À Deus, por ter me concedido força, saúde e sabedoria para concretizar mais esta etapa em minha vida profissional.

À minha família, o meu amor eterno e carinho.....

Obrigada mãe pelos ensinamentos, carinho e apoio ao longo de todos os anos de minha vida, e que fizeram o possível e o impossível para tornar realidade todos meus sonhos.

À minha família em geral, Tio Salvador e Tia Luci, primos Leonardo, Fernanda, Luciano e Paula, que me apoiaram e me incentivaram nessa trajetória.

Ao grande amor da minha vida, Alessandro Brites, pelo companheirismo, amor, carinho e cumplicidade ao longo destes anos.

À minha doce e querida filha Mariane pelos momentos de compreensão que precisei para concluir o trabalho.

À minha orientadora, Ângela Maria Mendes Abreu, por ter me proporcionado grandiosa oportunidade a fim de realizar mais esta conquista! Agradeço pelo compartilhamento de sabedoria, compreensão e principalmente, pela confiança depositada. Obrigada por tudo!

À todos os funcionários da UFRJ que participaram desta pesquisa e contribuíram para execução da mesma;

À todos os amigos da Divisão Saúde do Trabalhador da UFRJ que me incentivaram e acreditaram em mim, principalmente Rosemarie e Terezinha Ramos, e aos amigos Paulo Paiva e Márcia Farraia pelo apoio.

Aos colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem/EEAN/UFRJ e amigos, com os quais pude compartilhar alegrias, conhecimentos e angústias, que contribuíram para o meu crescimento. Em especial, agradeço a Ilmeire Rosembach e Louise Paixão.

Às amiga(o)s Ana Cláudia, Glória, Thays, Elaine, Luiz, Luzia, Luzimar, Ana Paula e toda a equipe pelo apoio, confiança e respeito.

As Profas, Márcia Tereza Luz Lisboa e Maria Helena do Nascimento pela atenção, carinho e ensinamentos.

Aos professores doutores que fizeram parte das diversas bancas examinadoras durante este processo, Erikson Felipe Furtado, Regina Célia Gollner Zeitoune, Rosane Harter Griep, José Mauro Braz de Lima, que contribuíram de modo tão significativo para o estudo.

RESUMO

BRITES, Riany Moura Rocha. Padrão de consumo de álcool entre os trabalhadores de um Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade pública. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

O presente estudo teve como objeto o padrão de consumo de álcool entre os trabalhadores de um Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade pública. Os objetivos foram: identificar o perfil socioeconômico e ocupacional dos trabalhadores de um Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade pública; estimar o padrão de consumo de álcool desses trabalhadores; analisar a associação entre o padrão de consumo de álcool e o perfil socioeconômico e ocupacional dos trabalhadores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador da universidade; discutir essa associação visando à aplicabilidade da Intervenção Breve no consumo de álcool entre os trabalhadores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador da universidade. Para tanto, realizou-se um estudo descritivo seccional por meio de entrevista com 322 servidores atendidos no Serviço de Saúde do trabalhador de uma universidade pública, na cidade do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados pela pesquisadora por meio do questionário AUDIT acrescentado do perfil socioeconômico e ocupacional. Após a coleta, os dados da pesquisa foram processados e analisados por meio do Programa EPI-Info (versão 3.5.1). Foram realizadas análises univariadas e bivariadas, verificando a associação entre cada variável independente do estudo e o padrão de consumo de álcool, adotando-se nível de significância de 0,05. Dos 322 entrevistados atendidos no serviço, a maioria eram mulheres, na faixa etária de 50 a 59 anos. A maioria se autodeclarou não branca, casada, com ensino superior, com uma renda per capita de 1 a 5 salários mínimos e católica. Mais da metade dos entrevistados tinham mais de 10 anos de tempo de serviço, mas com menos de 5 anos de atuação no atual setor, e, quanto ao horário de trabalho, a maioria era diarista. Os técnicos administrativos de nível intermediário apresentaram maior percentual de atendimento, lotados nos Hospitais. Entretanto, os servidores do sexo masculino, não brancos, casados, com mais de 36 anos de idade, com nível superior de escolaridade, com uma renda per capita de mais de 2 salários mínimos e não católicos foram os que apresentaram maior percentual do padrão de consumo de risco, nocivo e provável dependência. Quanto ao perfil ocupacional, o maior percentual de padrão de consumo de risco foi para os técnicos administrativos de apoio e intermediário, com mais de 10 anos de serviço e com menor tempo de atuação no setor, e os diaristas. Dos entrevistados, 87,3% faziam consumo de baixo risco e 12,7% fizeram consumo de risco, nocivo e provável dependência. O consumo pesado episódico (*binge drinking*) foi de 32,5%; além disso, 5,3% já causaram problemas a si mesmos ou a outros após terem bebido e 10,9% referiram que alguém já se preocupou com seu modo de beber. Portanto, foi possível identificar que a maioria dos trabalhadores não consumiu álcool nos últimos 12 meses, porém aqueles que consumiram o fizeram em quantidade e frequência elevada. Dessa maneira, é importante implementar uma política de prevenção do consumo de álcool na universidade, a fim de reduzir o consumo de bebida alcoólica entre os servidores de maneira integrada com o Serviço de Saúde do Trabalhador.

Palavras-chave: Bebida alcoólica. Trabalhador. Saúde do trabalhador. Enfermagem do trabalho.

ABSTRACT

BRITES, Riany Moura Rocha. Pattern of alcohol consumption among employees of a Health Care Worker of a public university. Dissertation (Master's in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, 2012.

The present work has as its object of study the pattern of alcohol consumption among workers in an Worker's Health Service at a public university. This work aimed: identify the socioeconomic and occupational worker's profile in a Worker's Health Service at a public university; estimate the pattern of alcohol consumption of these workers; analyze the association between the alcohol consumption and the socioeconomic and occupational worker's profile that were treated at the University Worker's Health Service; discuss this association, aiming the applicability of the Brief Intervention in alcohol consumption among workers that were treated in the University Worker's Health Service. For this purpose, performed a sectional descriptive study according to the 322 interviews with the servers that were treated in the Worker's Health Service in a public university in the city of Rio de Janeiro. These fundamental principles were collected by the researcher using the AUDIT questionnaire added to the sociodemographic and occupational profiles. After collection, the survey inputs were processed and analyzed using Epi-Info program (version 3.5.1). Were realized univariate and bivariate analyses, verifying the association between each variable, independent of the study, and the pattern of alcohol consumption, adopting a significance level of 0.05. Of the 322 interviewees attended in the service, most were women, aged 50-59 years, who declared themselves non-white, married, completed university, which a salary between 1 and 5 minimums wages and were catholics. More than half of interviewees were over 10 years of service time, but had less than 5 years of experience in them section; about the current working hours, they were day-workers. The mid-level administratives had a higher percentage of attendance, crowded in the hospitals. However, the servers were male, nonwhite, married, with over 36 years old, completed university, which a salary of over than 2 minimums wages and weren't catholics; they were those with the highest percentage of the pattern risk consumption, harmful and probable dependence. The occupational profile, the highest percentage of the pattern risk consumption was for the mid-level administrative, the administrative's support, with over 10 years of service time and less time working in them section, and the day-workers. Of the interviewees, 87.3% were low-risk drinking and 12.7% were a consumption risk harmful and probable dependence. The heavy drinking consumption (binge drinking) was 32.5%, in addition 5.3% have already caused problems for themselves or others after drinking and 10.9% reported that someone has been concerned about their drinking. Therefore, it was found that most workers didn't consume alcohol within the last 12 months, but those who have consumed did it in quantity and high frequency. Thus, it is important to implement a preventive politic of alcohol consumption at the University, in order to reduce the alcoholic drink consumption among the servers, with the Worker's Health Service.

Keywords: alcohol, worker, worker health and nursing work.

LISTA DE SIGLAS

AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

AVAI- Anos de Vida Ajustados para Incapacidade

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CEPRAL: Centro de Estudo e Pesquisa, Reabilitação em Álcool e Adictologia

CONEP : Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DVST: Divisão Saúde do Trabalhador

EEAN: Escola de Enfermagem Anna Nery

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS : Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde

MS: Ministério da Saúde

NUPENST – Núcleo de Enfermagem em Saúde do Trabalhador

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Pan Americana de Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários da saúde

PAEE: Programas de Apoio ao Empregado e à Empresa

PNAD: Programa Nacional de Drogas

SENAD: Secretária Nacional Antidrogas

SEPE: Seção de Programas Especiais

SIAPE: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos

SIASS: Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

SM: Salário mínimo

SNC: Sistema Nervoso Central

UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro

WHO: World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparação de informações do Mundo e do Brasil sobre o álcool	24
Quadro 2 – Publicações analisadas no levantamento bibliográfico	29
Quadro 3 – Teor de Álcool das Bebidas	37
Quadro 4 – Equivalência de doses	38
Quadro 5 – Correlação clínica: concentração de álcool no sangue e manifestações neurocognitivas e comportamentais	42
Quadro 6 - Interpretação e aplicação das Intervenções, conforme a pontuação do AUDIT	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Característica do perfil socioeconômico dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	61
Tabela 2: Característica do perfil ocupacional dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	62
Tabela 03 – Distribuição dos cargos dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	63
Tabela 04 – Distribuição referente a lotação dos servidores por Centros Universitários e administrativos atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	63
Tabela 05 – Distribuição do Padrão do consumo de álcool dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil	64
Tabela 06 – Padrão do consumo de álcool de acordo com o escore do AUDIT dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	64
Tabela 07 – Distribuição da dose-padrão de álcool habitualmente consumido pelos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil	65
Tabela 08 – Características do consumo de álcool dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	66
Tabela 09 – Problemas relacionados ao consumo de álcool dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	67
Tabela 10 – Distribuição do padrão de consumo de álcool associado ao uso e abuso, conforme o escore do AUDIT, dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	68
Tabela 11 – Características das variáveis socioeconômicas associadas ao uso e abuso de álcool, conforme o escore AUDIT, dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	70
Tabela 12 - Distribuição das características ocupacionais associadas ao uso e abuso de álcool segundo o escore do AUDIT, dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	71
Tabela 13 - Distribuição dos cargos ocupados associados ao uso e abuso de álcool de acordo com o escore do AUDIT, dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	71
Tabela 14 – Distribuição dos Centros Universitários associado ao padrão de consumo de álcool de acordo com o escore do AUDIT dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	72

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Aderência da Temática à Prática Profissional-----	13
1.2 O problema do estudo-----	14
1.3 Objetivos-----	20
1.4 Justificativa do estudo-----	20
1.4.1 Estado da arte-----	28
1.5 Relevância e contribuição do estudo-----	32

CAPÍTULO II – REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Breve Histórico sobre o consumo de Álcool -----	35
2.2 Bebidas alcoólicas e teor alcoólico -----	36
2.3 Propriedades farmacológicas -----	38
2.4 Efeitos do álcool no organismo humano -----	41
2.5 As implicações do processo de trabalho para a saúde do trabalhador quanto ao consumo de álcool-----	44
2.6 AUDIT (Teste para identificação de problemas relacionados ao álcool)-----	49
2.7 Políticas públicas para o controle do álcool-----	51

CAPÍTULO III - MÉTODO

3.1 Tipo de estudo-----	54
3.2 Local de Estudo-----	54
3.3 População de Referência do estudo-----	55
3.4 População do Estudo-----	55
3.5 Critérios de inclusão e exclusão -----	56
3.6 O instrumento de coleta dos dados-----	56
3.7 Variáveis-----	57
3.7.1 Variáveis dependentes-----	57
3.7.2 Variáveis independentes-----	58
3.8 Coleta de dados-----	59
3.9 Análise de dados-----	59
3.10 Aspectos Éticos-----	60

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Análises univariadas-----	61
4.1.1 Caracterização do perfil socioeconômico dos trabalhadores-----	61

4.1.2 Caracterização do perfil ocupacional dos trabalhadores -----	62
4.1.3 Características do padrão de consumo dos trabalhadores -----	64
4.2 Análises bivariadas-----	68
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO	73
5.1 Características do perfil socioeconômico e ocupacional-----	73
5.2 Características do perfil socioeconômico e ocupacional em relação ao padrão de consumo de álcool -----	75
5.3 Características do padrão de consumo-----	78
5.4 Aplicabilidade da Intervenção Breve no consumo de álcool entre os trabalhadores-----	82
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	88
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	109
Apêndice A – Questionário da pesquisa -----	110
Apêndice B – Relação de Cargos e Subcategorias-----	114
Apêndice C – Relação das Unidades por Centro Universitário-----	117
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-----	119
Apêndice E – Carta de autorização institucional-----	120
ANEXOS	121
Anexo A – Decreto Lei 6833 29/04/2009-----	122
Anexo B – Painel explicativo do AUDIT do manual de Intervenção Breve-----	124
Anexo C – Protocolo do Comitê de Ética-----	125

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Aderência da Temática à Prática Profissional

O interesse pelo presente estudo, cujo objeto é o uso de álcool entre os trabalhadores uma universidade pública, surgiu a partir das experiências da minha trajetória profissional, que teve início em 1999, na área hospitalar, na unidade de tratamento intensivo geral. Nesse local tive a oportunidade de cuidar de pacientes com complicações patológicas ou vítimas de acidentes, pelo uso abusivo de álcool, que despertaram o meu interesse em trabalhar na prevenção.

O objeto de estudo contextualizado esteve presente na minha trajetória como enfermeira discente e assistencial na área de enfermagem, no período de 2000 a 2008.

Durante dois anos fui enfermeira de uma equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Itaboraí, onde me aproximei da realidade da comunidade e percebi o quanto o álcool influenciava na saúde e na vida daquelas pessoas. Desde a adesão até a conclusão do tratamento como, por exemplo, no tratamento da tuberculose, sempre me questionava como poderia prevenir ou amenizar o uso do álcool, na minha área de abrangência na ESF.

Em 2003, fui admitida em uma instituição pública federal na cidade do Rio de Janeiro, sendo lotada no Serviço de Saúde do Trabalhador. Em seguida fui transferida a trabalho para a cidade de Rio Negro, no Paraná. Trabalhei como coordenadora de serviço de vigilância epidemiológica e na coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do município durante 4 anos.

Apesar da enorme diferença de realidade cultural e social da minha vivência anterior, percebi que os problemas eram os mesmos, principalmente o uso abusivo de álcool, já que era uma cidade com alto índice de desemprego, baixa escolaridade e apresentando elevados índices de acidentes automobilísticos pelo uso de bebida alcoólica. E todos estes problemas reforçavam ainda mais a minha inquietação quanto à violência provocada pelo uso abusivo de álcool.

Ao retornar em 2008 para o Rio de Janeiro, reassumi a minha função no Serviço de Saúde do Trabalhador da universidade, atuando como enfermeira do trabalho, fazendo o acolhimento do trabalhador, orientando quanto às licenças para tratamento de saúde (licenças

para acompanhar familiar, licença maternidade, perícias médicas), além dos admissionais e demissionais, e também como membro do comitê de projetos da Seção de Programas Especiais (SEPE) no âmbito da promoção da Saúde do Trabalhador.

Além disso, percebi que alguns casos de licença para tratamento de saúde em que o álcool está diretamente ou indiretamente envolvido traziam repercussões sociais e econômicas que poderiam ser evitadas ou amenizadas.

No ano de 2010, iniciei o curso de especialização em Enfermagem do Trabalho, na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde tive a oportunidade de fazer o curso de Intervenção Breve em Álcool e Drogas, que me proporcionou a base teórica na temática do álcool. Esse curso me impulsionou a realizar o meu trabalho de conclusão na especialização.

No Trabalho de Conclusão do Curso da especialização em Enfermagem do Trabalho abordei o perfil dos aposentados por invalidez dos últimos 10 anos de uma universidade pública do Rio de Janeiro. Observei que 9% das aposentadorias foram devidas ao alcoolismo e que 30% das aposentadorias por invalidez de um hospital universitário também tiveram como causa o alcoolismo.

Apesar de ser muito abordado, no âmbito do trabalho, muitas empresas, gerentes e empregados abordam este problema de maneiras diferentes, dependendo da função do empregado. Dessa forma, os trabalhadores de alta capacitação técnica são protegidos, para evitar repercussões sociais negativas, já os trabalhadores de baixa qualificação podem sofrer algum tipo de preconceito ou até mesmo assédio moral (DONATO e ZEITOUNE, 2006).

Diante desse cenário, percebi a necessidade de identificar o padrão de consumo de álcool em trabalhadores atendidos em um serviço de saúde do trabalhador de uma universidade, por meio de uma escuta singular e de um diálogo franco entre o trabalhador e a enfermeira do trabalho durante o acolhimento dos trabalhadores.

1.2 O problema do estudo

O trabalho materializa-se através do processo de trabalho que engloba as condições objetivas (os materiais e instrumentos utilizados) e as condições subjetivas, que dizem respeito às aspirações, desejos e possibilidades exercidas pelo trabalhador de acordo com o significado e o sentimento que o trabalho adquire em sua vida (RIBEIRO, 2008).

A organização do trabalho é articulação desse processo de trabalho associado à incorporação da força de trabalho ao capital. Existem três elementos que se relacionam: o

conteúdo do trabalho, o método do trabalho e as relações interpessoais. A relação entre esses três elementos determinam os modelos de organização, que podem ser clássicos (fordismo/taylorismo), que se caracterizam pela produção em grande escala, e os flexíveis que se caracterizam pela produção em pequenos lotes (RIBEIRO, 2008).

No entanto, o sentido do trabalho perpassa pela organização do trabalho através do ele representa para o trabalhador. Para Ribeiro (2008) o trabalho tem duas dimensões (RIBEIRO, 2008): Na dimensão primária, o trabalho representa o intercâmbio entre a natureza e o homem, e a satisfação de suas necessidades vitais. Nesse sentido, o trabalho é capaz de transformar o homem e as relações sociais; o homem produz sua identidade e história. Assim, o trabalho não se reduz a um simples emprego para sobrevivência, mas constitui uma atividade vital ao homem, produzindo conhecimentos, inovações tecnológicas e novas relações entre os homens.

Na dimensão secundária, o trabalho é submetido às regras do capital por meio da divisão social e, particularmente, pela divisão do trabalho intelectual e trabalho manual. O trabalho se dá em uma relação de oposição entre o capitalismo, que detém com propriedade os meios e instrumentos de trabalho, e os trabalhadores, com a força de trabalho para vender (RIBEIRO, 2008).

Ainda na dimensão secundária (ANTUNES, 2007), acrescenta-se que o trabalho é transformado em mercadoria; observam-se a força de trabalho, estranhamento, alienação, que respondem, assim, às necessidades do capitalismo, promovendo a divisão social do trabalho, separando os homens em classes sociais distintas, com usufrutos desiguais em relação aos bens produzidos.

Portanto, o processo de trabalho passou a caracterizar-se pela divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual, produzindo alienação do trabalhador. Desde então, o capital vem revolucionado o processo de trabalho e as formas de organização e gestão, com vistas à maior produção em menor custo.

Além disso, as transformações no mundo do trabalho através do processo de globalização trouxeram, entre outras coisas, novos riscos à saúde, determinados quase sempre pela organização do trabalho (MENDES, 2005). Na própria sociedade que se informatizou, houve ampliação do sistema de comunicação e internacionalização do capital financeiro, em que foram adotadas novas tecnologias, como a automação e a informatização nos processos de trabalho, podendo contribuir para o melhoramento das condições de trabalho.

Tudo isso teve consequências principalmente para os países em desenvolvimento, como o aumento do desemprego, devido a alguns fatores, como: inovações tecnológicas,

enfraquecimento da atividade econômica, mudanças na organização do trabalho, intensificação da qualificação dos profissionais, aumento da desigualdade social, privatização de empresas estatais, e conseqüentemente, a diminuição da qualidade de vida (VIEIRA, 2005; LANCMAN e SZNELWAR, 2008; NAVARRO e PRAZERES, 2010).

A mudança no mundo do trabalho propiciou a expansão do multiemprego, como forma de compensar as perdas salariais, tornando o trabalho desgastante, intenso e estressante, respostas dos avanços tecnológicos e organizacionais. No entanto, o trabalhador em geral não acompanhou esses avanços, criando assim um processo de desqualificação permanente de seu saber-fazer e de sua experiência qualificada. (MEDEIROS; ROCHA, 2004; LANCMAN e SZNELWAR, 2008).

Portanto, essas modificações dos processos de trabalho em relação a terceirização da economia e da automação e informatização, acrescentados à eliminação dos riscos nas antigas condições de trabalho, resultaram na mudança do perfil de adoecimento dos trabalhadores, aumentando os índices das doenças cardiovasculares, os transtornos mentais e as doenças neoplásicas, entre outras (MENDES, 2005).

As conseqüências desses adoecimentos estão relacionadas à organização do trabalho e ao processo de trabalho, podendo ser identificados em diversas atividades, desde a agricultura tradicional até processos de trabalho modernos que incorporam alta tecnologia e sofisticadas estratégias de gestão.

Os processos de reestruturação produtiva e a globalização da economia de mercado, em curso, têm acarretado mudanças significativas na organização e gestão do trabalho com repercussões importantes sobre a saúde do trabalhador. (BRASIL, 2001, p 40).

A partir do momento em que o trabalhador apresentar um desequilíbrio no seu processo saúde e doença, isso conseqüentemente trará mudanças no seu processo de trabalho, que poderá ter como resultado a falta/diminuição da produtividade, absenteísmo, presenteísmo, aumento do risco de acidentes no trabalho, podendo comprometer tanto o próprio trabalhador como a equipe de trabalho (VALENCIA e GÓMEZ, 2005; OMS, 2011).

Além disso, os trabalhadores estão submetidos às condições de trabalho que levam a manifestações de envelhecimento prematuro, aumento do adoecimento e morte por doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas, como as osteomusculares (SOUZA, 2005).

Segundo a OIT (2003), 270 milhões de trabalhadores assalariados são vítimas de acidentes de trabalho, dos quais 2 milhões resultam de acidente de trabalho fatais. Além disso,

estima-se que 160 milhões de trabalhadores contraíam doenças ligadas ao trabalho todos os anos e calcula-se que 4% do PIB mundial é gasto com doenças profissionais, absenteísmo de trabalhadores, adoecimentos, tratamento, incapacidade e pensões (LANCMAN e SZNELWAR, 2008).

Esse desequilíbrio no processo e organização do trabalho se reflete na saúde do trabalhador, que busca um refúgio, por meio do consumo de álcool, para relaxar e amenizar a tensão em que vivenciou no ambiente de trabalho, como pressão do chefe, altas exigências de atenção e/ou responsabilidade; altos ou baixos rendimentos; tensão, estresse e perigo; volume de trabalho insuficiente ou excessivo; invisibilidade do trabalho; pressão quanto a horários e metas; condições climáticas adversas; isolamento social; e trabalho noturno. (SCHMIDT et al., 2011; LOPES, 2011).

Segundo Schmidt et al. (2011), em uma pesquisa realizada em São Paulo, abordando o problema do alcoolismo, mostrou-se que os trabalhadores mencionaram recorrer à bebida alcoólica como recurso para diminuir o estresse do dia a dia, em que viviam submetidos às pressões das chefias e grandes riscos no trabalho.

Dessa forma, o Ministério da Saúde baseado na OMS (2004) afirma que a síndrome de dependência do álcool é um dos problemas relacionados ao trabalho e o alcoolismo é considerado como uma doença crônica primária que tem seu desenvolvimento e manifestações influenciados por fatores genéticos, psicossociais e ambientais, frequentemente progressiva e fatal (BRASIL, 2004a).

O I Levantamento Domiciliar sobre álcool e drogas, realizado em 2001, mostrou que o efeito do álcool durante o trabalho trouxe complicações para 1,2% dos entrevistados, sendo a maioria do sexo masculino e da faixa etária de 25 a 34 anos (CARLINI et al., 2002).

Um estudo realizado em 1995 no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma instituição pública apresentou as principais causas de aposentadoria por invalidez no período de 1992 a 1994 e suas prevalências: às doenças cardiovasculares (32%), as doenças psiquiátricas (23%) e o alcoolismo (9%), mostrando que o uso do álcool contribui também para uma aposentadoria em idade produtiva, devido a falta de detecção precoce na atenção a saúde do trabalhador (VAISSMAN, 2004).

Neste mesmo estudo verificou-se que 20% das licenças médicas por alcoolismo tiveram tempo médio de afastamento para tratamento de saúde entre 30 a 59 dias de duração, determinando assim o longo período do trabalhador fora do ambiente de trabalho, e Seligmann-Silva (2006) e Carvalho (2003) afirmam que o alcoolismo compromete 20% da nossa força de trabalho no Brasil. Entretanto, Vaissman (2004) relata que o diagnóstico

precoce reduziria as licenças médicas, o absenteísmo e as aposentadorias, havendo a necessidade de atentar sobre o padrão de consumo de álcool, principalmente entre os trabalhadores.

Em 2011, foi feito um relatório das licenças médicas no período de 2001 a 2008 desse mesmo local do estudo, verificando que foram concedidas 700 licenças médicas pelos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool para os servidores, totalizando 29.805 dias, uma média de 31 a 42 dias afastados do trabalho (BRITES e PINTO, 2011).

Para Fonseca (2007), a própria ocupação desenvolvida pelo trabalhador pode ser considerada um dos fatores de risco associado à etiologia multicausal do alcoolismo crônico. Além da sua ocupação, outros fatores podem influenciar no consumo abusivo de álcool, como o trabalho no período noturno, jornada de trabalho prolongada, o ambiente de trabalho estressante e as atividades em que a tensão é constante, no caso dos bombeiros e aqueles que permanecem muito tempo afastados de suas casas nas plataformas de petróleo ou caminhoneiros (NASCIMENTO et al., 2007; RONZANI et al., 2007; DONATO e ZEITOUNE, 2006).

Outras ocupações podem também apresentar uma frequência aumentada de consumo de álcool já que tais trabalhadores se sentem desprestigiados perante a sociedade ou vítimas de rejeição, como os catadores de lixo, coveiros, técnicos de necropsia, entre outros. A possibilidade de ascensão e qualificação desses profissionais é restrita, o que pode gerar um sofrimento mental (MABUCHI et al., 2007; DONATO e ZEITOUNE, 2006).

Além disso, um estudo realizado com os catadores de lixo em São Paulo revelou que a maioria dos trabalhadores consumiu o álcool pelo fato de a droga causar um efeito excitatório, promovendo desinibição temporária e, principalmente, por ser de fácil acesso, alicerçada em pressupostos culturais. É oferecida pelos comerciantes locais, próximo ao trabalho, como agrado social, passando a ser utilizada como meio de refúgio, ou passatempo, em roda de amigos (MABUCHI et al., 2007).

Entretanto, Donato (2002), Carrillo e Mauro (2003) revelam que o consumo de álcool entre os trabalhadores dos níveis mais altos da empresa é maior que os outros, tendo como justificativa o estresse causado pela organização do trabalho e o relacionamento com os colegas.

Segundo o Programa Nacional Antidrogas (PNAD), estes problemas devem ser constantemente discutidos, priorizando estratégias e ações para minimizar ou cessar o consumo de álcool, com o objetivo de diminuir os agravos à saúde do trabalhador, os

acidentes de trabalho, o absenteísmo, os custos diretos e indiretos decorrentes do uso dessa substância, a diminuição dos conflitos de grupo e interpessoais com os companheiros de trabalho, enfim para melhorar a qualidade de vida do trabalhador e de sua família (LIMA, 2008; DONATO e ZEITOUNE, 2006; FONSECA, 2007).

Estas estratégias devem ser iniciadas com programas de promoção à saúde e prevenção de doenças nos locais de trabalho ou nos serviços de saúde do trabalhador com o objetivo de identificar os casos de consumo nocivo e de provável dependência.

Uma dessas estratégias utilizadas atualmente principalmente pela atenção básica é o rastreamento por meio do uso de ferramentas como os questionários já validados para as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde; um exemplo é o questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) – Teste de identificação de problemas relacionados ao álcool, que tem o objetivo de identificar pessoas que necessitem de níveis diferenciados de intervenção, sendo considerado o melhor instrumento de rastreamento a ser usado em serviços de atenção primária (RONZANI et al., 2007; BABOR et al., 2005; MARQUES e FURTADO, 2004).

A utilização desse questionário é importante para auxiliar no diagnóstico precoce de pessoas que fazem uso de risco e nocivo de álcool, e ajudar os profissionais de saúde a identificar pessoas que poderiam se beneficiar com a redução ou a cessação do uso de bebidas alcoólicas (RONZANI et al., 2007; BABOR et al., 2005; MARQUES e FURTADO, 2004).

A relação entre o consumo abusivo de substâncias psicoativas e trabalho é uma problemática que repercute tanto entre os empregadores quanto entre os profissionais que atuam na área da saúde do trabalhador, em particular os enfermeiros do trabalho que estão inseridos nas empresas privadas e públicas, podendo intervir no seu ambiente de trabalho (DONATO e ZEITOUNE, 2006).

Os enfermeiros do trabalho têm dificuldades de fazer o rastreamento para identificar o padrão de consumo de álcool nos serviços de atendimento ao trabalhador, pois os trabalhadores dependentes de bebidas alcoólicas não procuram estes serviços, e sim as unidades de emergência, já no quadro avançado da dependência, principalmente porque, no atendimento geral, a anamnese não identifica os aspectos laborais. A negação da dependência pode ser um dos motivos da não procura de Serviços de Saúde do Trabalhador. (SELIGMANN-SILVA, 2006).

Segundo Carrillo e Mauro (2003), é importante para o trabalhador conhecer e entender a diferença entre o uso e abuso de álcool e suas consequências para o organismo, e assim

reforçar a questão da promoção da saúde e prevenção de doença relacionada ao consumo abusivo de álcool, principalmente no âmbito do trabalho.

Nesse contexto a detecção precoce do padrão de consumo de álcool entre os trabalhadores, necessita de uma maior investigação, a fim de viabilizar estratégias de prevenção específica e promoção da saúde nos Serviços de Saúde do Trabalhador.

Dessa forma, o presente estudo traz a seguinte pergunta de investigação: Qual é o padrão de consumo de álcool entre os trabalhadores de um Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade pública?

1.3 Objetivos

Os objetivos deste estudo foram os seguintes:

- Identificar o perfil socioeconômico e ocupacional dos trabalhadores de um Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade pública;
- Estimar o padrão de consumo de álcool desses trabalhadores;
- Analisar a associação entre o padrão de consumo de álcool e o perfil socioeconômico e ocupacional dos trabalhadores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador da universidade;
- Discutir essa associação visando a aplicabilidade da Intervenção Breve no consumo de álcool entre os trabalhadores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador da universidade.

1.4 Justificativa do estudo

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem apontando que o consumo de álcool é um dos graves problemas de Saúde Pública na atualidade, ocupando a terceira posição entre os principais fatores de risco de saúde no mundo. Estima-se que existem cerca de 2 bilhões de pessoas em todo o mundo que consomem bebidas alcoólicas e 76,3 milhões que fazem uso de álcool com diagnóstico de transtorno mental (dependência), representando 4% do total de todos os anos perdidos de vida útil (OMS, 2004).

O uso nocivo de álcool foi responsável por 3,8% do índice de mortalidade mundial no ano de 2004, sendo considerado um dos principais fatores de risco para os transtornos

neuropsiquiátricos e doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, cirrose hepática e alguns tipos de câncer (OMS, 2004).

Ainda, em seu relatório recente de 2010, a OMS aponta que o uso abusivo do álcool provoca 2,5 milhões de mortes todos os anos. A taxa global de óbitos de homens atribuíveis ao álcool foi de 6,2%, e de mulheres, de 1,1%. No grupo com idades entre 25 e 39 anos, 320 mil pessoas morrem por problemas relacionados ao álcool, resultando em 9% das mortes nessa faixa etária. Acrescenta-se que o álcool está associado a muitas questões sociais sérias, como violência, negligência e abusos infantis, além do absenteísmo no trabalho (OMS, 2010).

O padrão de consumo de álcool pesado e esporádico atinge 11,5% dos consumidores de álcool, sendo responsável por sérios problemas de saúde, conforme afirma o relatório global de 2010 sobre álcool. O consumo *per capita* de álcool no mundo fica entre 4,3 e 4,7 litros por ano, sendo que na Europa este índice é de 9,5 litros. Nas Américas, houve uma estabilização nos últimos anos em cerca de 6,7 litros (OMS, 2010) (Quadro1).

O uso de álcool esteve associado a 4,8% de todas as mortes ocorridas na região pan-americana, com destaque para a América do Sul. Esta região tem o consumo de álcool como o primeiro fator de risco em relação à morte prematura e à doença, sendo mais importante que outros fatores, como tabagismo, hipercolesterolemia, desnutrição, sobrepeso e do saneamento (MONTEIRO, 2008).

O consumo de álcool nas Américas (incluindo EUA e Canadá) foi, em média, mais de 50% maior do que no mundo em geral (8,9 litros por habitante). Essa média é superior à média mundial, que é de 3,2% (4,7 litros por habitante). Os acidentes de trânsito foram os principais responsáveis pela mortalidade associada ao uso de álcool (REHM e MONTEIRO, 2005; OMS, 2010).

A região das Américas, segundo Monteiro (2008), é uma das zonas do mundo em que o consumo de álcool contribui com maior proporção relativa para a mortalidade e anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacidade; cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos neste continente estão relacionados ao uso indevido dessa substância, índice quatro vezes maior do que a média mundial.

A média de consumo de álcool por habitante nas Américas (incluindo EUA e Canadá) ficou em 8,9 litros, significativamente acima da média mundial, de 4,7 litros (REHM e MONTEIRO, 2005; OMS, 2010).

No Brasil, a Secretaria Nacional de Álcool e Drogas (SENAD) realizou dois levantamentos domiciliares de uso de drogas em 2001 e 2005, mostrando a prevalência do consumo de álcool no País, que teve um aumento de 68,7% para 74,6%, e da sua dependência,

que aumentou de 11,2% para 12,3%, entre indivíduos de idades entre 12 e 65 anos; também se observou que cerca de 75% da população já bebeu pelo menos uma vez na vida. Os dados de 2005 também indicam que o consumo de álcool em faixas etárias é cada vez mais precoce e sugerem a necessidade de uma intensificação nas medidas de controle, prevenção e tratamento (CARLINI et al., 2002; CARLINI et al., 2007; LARANJEIRA et al., 2007).

No primeiro levantamento de padrão de consumo de álcool, em 2007, foi identificado que a ingestão de bebidas alcoólicas é um dos principais fatores de doença e mortalidade, correspondendo a 8% a 14,9% de todos os problemas de saúde. Como resultado desse levantamento, quanto ao consumo por adultos de cinco doses ou mais de álcool no momento do último ano em que mais beberam, foi apontado que 48% da população analisada era abstinência, 25% relataram ter pelo menos um problema relacionado ao consumo de álcool, 3% faziam uso nocivo e 9% eram dependentes (LARANJEIRA, 2007, DIEHL et al., 2011).

O consumo anual médio e o padrão de uso de álcool no Brasil apresentam índices preocupantes em termos de saúde pública: em média são consumidos 6 litros de álcool puro *per capita* ao ano. O padrão de uso de álcool é determinado pelo consumo de altas doses em uma única ocasião “*binge drinking*”, que pode ser particularmente prejudicial para determinados problemas de saúde. *Binge drinking* significa o consumo de bebida alcoólica de 60 g de álcool em uma única ocasião, por homens, e 40 g, por mulheres. Em geral, a cerveja é a bebida alcoólica mais consumida, em 70% das vezes (MONTEIRO, 2008).

Dessa forma, pesquisas feitas no Brasil mostraram que a Região Sul se destaca com maiores índices de “beber muito frequente“ (10%) e “frequente“ (18%), quando comparada com as outras regiões do Brasil. A Região Sudeste ficou em segundo lugar, com um percentual de 16% de uso frequente de álcool. A prevalência foi maior entre os homens acima de 18 anos com dependência 23,7% e 7,4% entre mulheres (RONZANI et al., 2005, LARANJEIRA et al., 2007).

Muitos pacientes que consomem álcool de maneira abusiva ou dependente são tratados inadequadamente no sistema de saúde público e privado, devido a falta de um diagnóstico de alcoolismo, já que na maioria das vezes os profissionais de saúde não reconhecem a doença alcoólica e tratam esses indivíduos como pertencentes apenas à área da saúde mental (LIMA, 2008). As complicações desses pacientes ocorrem nas emergências e/ou nos hospitais gerais, com doenças degenerativas graves secundárias ao abuso/dependência do álcool (LIMA, 2008).

Além disso, há uma descrença pela possibilidade de melhora dos pacientes em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool. A abordagem na área de prevenção e promoção

do consumo nocivo e abusivo de álcool raramente é colocada em prática nos serviços de saúde, onde se aborda, em sua maioria, os pacientes já dependentes do álcool (RONZANI et al., 2005).

Apesar de as pessoas com dependência alcoólica terem prejuízos mais graves decorrentes deste uso, a maior parte dos danos causados pelo álcool está associada às pessoas não dependentes, mesmo porque estas estão em maior número, em comparação com as dependentes (BABOR et al., 2005).

Segundo Monteiro (2008), o consumo elevado de álcool diminui o desempenho do trabalhador, o que resulta no aumento do desemprego e em baixos rendimentos, em comparação com o uso em menor quantidade e frequência. Este consumo acarreta problemas no processo de trabalho, principalmente no âmbito da organização do trabalho, como o risco aumentado de absenteísmo, aposentadoria precoce e licenças médicas frequentes, a diminuição da produtividade, a rotatividade de funcionários, dificuldades de relacionamento entre os colegas e, ainda, uma diminuição da motivação na empresa (VALENCIA e GÓMEZ, 2005; OMS, 2011).

Segundo a OMS (2011), as perturbações mentais pelo uso de álcool são a quinta causa de Anos de Vida Ajustados para Incapacidade – AVAI, com 3% na faixa etária de 15 a 44 anos. Essa carga inclui danos físicos (como cirrose) e lesões (como, por exemplo, lesões por acidentes) imputáveis ao álcool.

A OMS (2002) mostrou que 3% a 5% da população ativa são dependentes do álcool e 25% são bebedores pesados, propiciando uma prevalência alta de acidentes de trabalho mortais, em torno de 25% nos últimos 10 anos, por causa do estado de embriaguez dos trabalhadores. Dessa forma, o relatório da OMS aponta que os consumidores de álcool têm 2 a 4 vezes mais probabilidade de sofrerem acidentes de trabalho; já em relação ao absenteísmo, é 2 a 3 vezes maior que a de outros trabalhadores (OMS, 2002).

Em 1995, nos Estados Unidos, o abuso de álcool foi responsável por perdas de produtividade de 119 bilhões de dólares. Embora alguns desses custos tenham sido devidos ao uso de álcool no trabalho, resultando em uma proporção considerável de desempenho prejudicado, absenteísmo, despesas médicas e de invalidez, também há associação ao uso de álcool fora do trabalho (OMS, 2002).

Quadro 1 – Comparação de informações do Mundo e do Brasil sobre o álcool.

MUNDO	BRASIL
3ª posição de fatores de risco para a saúde (OMS, 2004)	8ª posição de fatores de risco para a saúde (VAISSMAN, 2004)
A taxa global de óbitos de homens atribuíveis ao álcool foi de 6,2%; de mulheres foi de 1,1% (OMS, 2010)	14,9% das mortes foram causadas pelo álcool (LARANJEIRA et al., 2007)
4% do PIB com consequências de problemas relacionados com álcool (OMS, 2004)	7% do PIB (DIEHL et al., 2010)
76,3 milhões fazem uso de álcool – dependência (OMS, 2004)	12,3% dependência de álcool (CARLINI et al., 2007)
4% AVAI (anos de vida perdidos pela incapacidade atribuível ao consumo de álcool) (OMS, 2002)	8 a 14,9% AVAI (LARANJEIRA e MELONI, 2004)
11,5% dos consumidores bebem pesado esporadicamente (OMS, 2010)	28% dos consumidores bebem pesado esporadicamente pelo menos uma vez no ano anterior a entrevista (LARANJEIRA et al., 2007)
Consumo <i>per capita</i> 4,3 a 4,7 litros (OMS, 2010)	Consumo <i>per capita</i> 6 litros (MONTEIRO, 2008)
270 milhões de trabalhadores vítimas de AT, tendo gasto de 13,2 milhões de dólares (LARANJEIRA et al., 2007)	47% dos ferimentos ocorridos no local de trabalho estão relacionados ao abuso de bebidas alcoólicas. (MONTEIRO, 2004) Custo social referente aos problemas com o álcool foi de 130 bilhões de reais (GALLASI et al., 2008)
3% a 5% da população ativa é dependente de álcool (OMS, 2002)	A prevalência dos trabalhadores em relação ao abuso de uso de álcool e sua dependência é estimada entre 15% e 25% (LIMA, 2008).

BRITES, Riany Moura Rocha, 2012.

O consumo de álcool no local de trabalho pode ser influenciado pelas questões culturais, crenças, mitos ou hábitos, significados atribuídos aos seus efeitos euforizantes, afrodisíacos, relaxantes, indutores do sono e ansiolíticos. Os trabalhadores acreditam que estas substâncias podem viabilizar mudanças na sua vida cotidiana, seja em relação às diferentes condições e organização de trabalho, seja para reduzir a inibição e assim interagir melhor com os clientes e os colegas, tratar questões de trabalho e se integrar na cultura da empresa (OMS, 2002; BRANCO et al., 2009).

Esse consumo muitas vezes é feito para se tentar fugir do sofrimento mental e da sobrecarga emocional, ligadas ou decorrentes das condições de trabalho e pela organização do trabalho imposta pela empresa. Assim, alguns profissionais encontram no consumo de álcool uma saída, o que induz os quadros graves de dependência alcoólica (MABUCHI et al., 2007).

O dependente não é apenas caracterizado pelo consumo abusivo de álcool, o paciente que chega ao serviço de saúde com hálito alcoólico ou aquele intoxicado ou em síndrome de abstinência também são considerados dependentes. Existem os padrões de consumo de álcool que causam riscos nocivos para o indivíduo, ocasionando danos físicos, mentais e sociais podendo se estender desde o padrão de beber excessivo até a dependência alcoólica (SILVA et al., 2007).

Esta problemática remete a necessidade de viabilizar estratégias, dentro da realidade de cada serviço, para a promoção da saúde e a prevenção de doenças na perspectiva da Saúde do Trabalhador, a fim de amenizar os problemas decorrentes do consumo abusivo de álcool para o trabalhador, para a família e para a empresa.

Uma dessas estratégias já está sendo utilizada em alguns serviços de atendimento ao trabalhador por meio do rastreamento (*screening*) do padrão de consumo de álcool dos trabalhadores, pelo questionário AUDIT (MINTO et al., 2007; HERMANSSON et al., 2010; WATSON et al., 2009).

Alguns estudos internacionais (HERMANSSON et al., 2010; CURRY et al., 2001; SILVA et al., 2003) já utilizaram a estratégia de rastreamento para identificar o padrão de consumo de álcool dos trabalhadores com o uso do questionário AUDIT. Estes avaliaram a eficácia desta intervenção e concluíram que houve diferenças significativas na redução do consumo de álcool e dos problemas decorrentes ao consumo de álcool entre os trabalhadores.

Um desses estudos foi realizado por Hermansson et al. (2010), na Suécia, com os trabalhadores de uma empresa de transporte atendidos no Serviço de Atendimento ao Trabalhador, pela enfermeira do trabalho durante o exame periódico, o qual teve como população 6.500 trabalhadores e uma amostra 990 (15%). Desse total 19,6% faziam uso nocivo de álcool.

Nesse estudo foi oferecido um rastreamento do padrão de consumo de álcool por meio de autorrelato, utilizando o questionário AUDIT e também coleta de sangue para pesquisa de um marcador biológico do sangue. Os resultados obtidos mostraram que a intervenção breve realizada em conjunto com os exames periódicos no trabalho foi eficaz na redução do consumo de álcool. Após 12 meses foi realizada uma nova entrevista mostrando que a intervenção breve teve o mesmo resultado que o grupo controle na redução do consumo de álcool, determinando, assim, a sua eficácia e baixo custo (HERMANSSON et al., 2010).

Outro estudo que teve a participação da enfermeira do trabalho do setor da saúde ocupacional, no seu local de trabalho, foi realizado na Escócia, por Watson et al., em 2009, aplicando o questionário AUDIT e realizando a intervenção breve. Esse estudo mostrou que

627 (41,4%) trabalhadores foram selecionados aleatoriamente e que 26% foram identificados como bebedores perigosos, 55 dos quais foram randomizados para um grupo de intervenção.

Os principais resultados desse estudo sugerem que o rastreamento do padrão de consumo de álcool no local de trabalho tem um papel importante na redução dos efeitos nocivos do álcool e também na economia de recursos públicos. Além disso, houve uma redução na procura de atendimento a serviços hospitalares e postos de saúde da atenção básica (WATSON et al., 2009).

Na Índia, em uma indústria de Goa, foi realizado um rastreamento com o questionário AUDIT. Como resultado foi demonstrado uso abusivo de álcool em 21% dos trabalhadores, e sugeriu-se que este tipo de rastreamento do padrão de consumo de álcool deve ser associado a outros problemas de transtornos mentais, que muitas vezes coexistem e estão relacionados a diferentes tipos de resultados adversos. A coleta de dados desse estudo também foi realizada em um Serviço de Medicina Ocupacional (SILVA et al., 2003).

Em alguns países da América Latina (Peru, México e Equador) foram realizados estudos em indústrias que identificaram o padrão de consumo de álcool dos trabalhadores por meio do questionário AUDIT, e obtiveram-se os seguintes resultados: a média de percentual de consumo abusivo dos trabalhadores foi de 22,4%, principalmente entre os homens, de baixa escolaridade; os casados, na faixa etária acima de 30 anos, foram os que mais sofreram acidente de trabalho. Em todos os estudos foram abordados os incentivos aos programas de prevenção e promoção do uso de álcool e drogas no ambiente de trabalho (ORTIZ e MARZIALE, 2010; MAGALLÓN e ROBAZZI, 2005; MUSAYÓN e CAUFIELD, 2005).

No Brasil, o alcoolismo é um dos principais motivos de afastamento para tratamento de saúde, sendo a prevalência de afastamento por alcoolismo pelos trabalhadores formais de 23,38 para 100.000 vínculos. Este é o terceiro motivo de absenteísmo no trabalho e a oitava causa para a concessão de auxílio-doença do Ministério de Previdência Social (BRANCO et al., 2007).

Foram encontrados na literatura dois estudos que utilizaram o questionário AUDIT associado à intervenção breve. Um estudo foi realizado em São Paulo, com os catadores de lixo, no qual 15% dos trabalhadores que participaram da pesquisa eram dependentes do álcool. Além disso, 18% dos trabalhadores pesquisados disseram beber ou já ter bebido durante o expediente de trabalho. Nesta amostra 46% dos trabalhadores alegaram ter iniciado o consumo de álcool por influência de amigos no trabalho (BRANCO et al., 2007).

O segundo estudo foi realizado em Minas Gerais com os bombeiros na Seção de Assistência à Saúde, onde houve a sensibilização da comunidade local para a importância da

detecção precoce e práticas preventivas ao uso disfuncional do álcool. Foi aplicado o questionário AUDIT associado à Intervenção Breve de acordo com a zona de risco individualmente. A implementação desta estratégia apresentou uma eficácia entre os bombeiros, pois o foco do trabalho foi a promoção da saúde dos trabalhadores no trabalho (RONZANI et al., 2007).

Apesar da participação dos trabalhadores nos estudos realizados, alguns estudos mostraram que o conhecimento acerca da dependência é um ponto a ser discutido já que muitas vezes negam ou não têm o conhecimento dos problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e suas consequências para o trabalho e para o organismo, como relatou o estudo realizado no Rio de Janeiro entre os enfermeiros do trabalho. (DONATO e ZEITOUNE, 2006).

Por isso, o diagnóstico de problemas relacionados ao uso de álcool é considerado difícil, devido a alguns aspectos, como a posição defensiva dos pacientes, a negação do problema e a utilização de conceitos morais pré-concebidos dos profissionais de saúde em relação a possibilidade de tornar a entrevista clínica um processo de sensibilização e de motivação para prevenção e promoção da saúde (RONZANI et al., 2005; DONATO e ZEITOUNE, 2006).

Nesse sentido, Ronzani et al. (2005) ainda acrescentam que o uso nocivo e a dependência de álcool é subdiagnosticada, sendo necessária uma capacitação da equipe multiprofissional e um investimento na prevenção e no diagnóstico precoce, seja na atenção básica ou no ambiente de trabalho.

Mabuchi et al. (2007) realizaram um estudo sobre a atuação do enfermeiro do trabalho na detecção precoce do padrão de consumo de álcool em catadores de lixo por meio do questionário AUDIT, o qual teve como resultado a falta de informação e de orientação dos profissionais de saúde que contribuíram para uma alta prevalência do alcoolismo na empresa.

Apesar da importância da implementação de rotinas na atenção básica utilizando o instrumento AUDIT, existe ainda uma lacuna em relação ao ambiente de trabalho. Sabe-se que o uso de álcool está relacionado a vários problemas de trabalho, como acidentes de trabalho e o absenteísmo (RONZANI et al., 2007, CARRILLO e MAURO, 2003), tornando estes locais importantes nas ações de prevenção ao uso nocivo de álcool e promoção da saúde.

Dessa forma Curry et al. (2001) relatam que o Serviço de Saúde Ocupacional é um local viável para avaliar os padrões de consumo de álcool dos trabalhadores, oferecendo uma oportunidade importante para prevenção primária e secundária, não apenas no que diz respeito ao consumo de álcool, mas à redução dos custos diretos e indiretos provenientes da dependência.

Portanto, reforça-se a importância da realização de um estudo de prevenção e promoção da saúde em Serviço de Saúde do trabalhador, com uma participação efetiva do enfermeiro do trabalho junto a uma equipe multiprofissional a fim de identificar o padrão de consumo de álcool em trabalhadores.

Para fundamentar as discussões deste estudo, foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura nacional e internacional nas bases de dados para atender ao objeto e objetivos do projeto de pesquisa.

Após a revisão bibliográfica, verificou-se que há poucas produções nacionais e internacionais que abordem esta temática, o padrão de consumo de álcool em trabalhadores em um serviço de atendimento ao trabalhador, evidenciando escassez de literatura e lacunas nessa área de conhecimento, apresentando incipientes em nosso país.

1.5 Estado da arte

O levantamento bibliográfico retrospectivo acerca do padrão de consumo de álcool em trabalhadores foi realizado com os seguintes descritores identificados na BVS: *o uso de bebida alcoólica, trabalhador, saúde do trabalhador e enfermagem do trabalho*. Os descritores foram cruzados utilizando-se os operadores booleanos and e or.

Os critérios de inclusão que constituíram a amostra foram as publicações indexadas em periódicos nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PUBMED e BDENF (Banco de Dados de Enfermagem), o recorte temporal do período de 2000 a 2010, publicações em inglês, português e espanhol e artigos que tivessem aderência à temática de consumo de álcool por trabalhadores. Todos os artigos que não atenderam aos itens acima citados e não tiveram aderência a temática foram excluídos.

Após esta etapa foi iniciada a busca nas bases de dados, considerando os critérios de inclusão e de exclusão, e simultaneamente a leitura dos resumos das publicações.

A análise dos resumos resultou em 23 artigos na LILACS e 5 no PUBMED/MEDLINE.

Quadro 2 – Publicações analisadas no levantamento bibliográfico

AUTOR	BASE	ANO/LOCAL	TÍTULO
<i>Publicações que utilizaram o questionário AUDIT em trabalhadores</i>			
ORTIZ, Carmita e MARZIALE, Maria Helena.	LILACS	2010/Equador	O consumo de álcool em pessoal administrativo e de serviço de uma universidade
MUSAYÓN, Yesenia; CAUFIELD, Catherine	LILACS	2005/Peru	A concepção do uso de drogas e violência em trabalhadores de uma empresa em Zappalal - Peru
MAGALLÓN, Teresita; ROBAZZI, Maria Lúcia	LILACS	2005/México	Consumo de álcool em trabajadores de una industria en Monterrey, México
<i>Estudos realizados por enfermeiros do trabalho sobre a temática do álcool e trabalho</i>			
DONATO, Marilurde	LILACS	2006/RJ	Reinserção do trabalhador alcoolista: percepção, limites e possibilidades de intervenção do enfermeiro do trabalho
DONATO, Mariluce; DOMINGOS, Ana Maria; SAVARY, Rachel; FARIAS, Sheila.	LILACS	2000/ RJ	A participação do enfermeiro do trabalho no programa de tratamento, prevenção e reabilitação do alcoolismo de uma empresa estatal
DONATO, Marilurde	LILACS	2002/RJ	Reinserção do trabalhador alcoolista no contexto laboral: a percepção do enfermeiro do trabalho
<i>Estudo realizado por enfermeiro do trabalho sobre a temática álcool e trabalho utilizando o questionário AUDIT</i>			
MABUCHI et al., 2007	LILACS	2007/SP	Uso de bebidas alcoólicas por trabalhadores de coleta de lixo
<i>Publicação que utilizou o questionário AUDIT em trabalhadores</i>			
HERMANSSON et al., 2010	Pubmed	2010/Suécia	Triagem e intervenção breve para o consumo de risco de álcool no local de trabalho: resultados de um 1 ano de estudo randomizado e controlado.

A primeira base de dados com que iniciamos a busca foi a LILACS, em que foram identificadas 2.785 produções com os seguintes descritores: *consumo de bebida alcoólica, alcoolismo e bebida alcoólica*; 3.561 produções com os descritores: *trabalhador, saúde do trabalhador e atenção a saúde do trabalhador* e 165 produções com os descritores: *enfermagem em saúde do trabalhador e enfermagem do trabalho*.

Ao adicioná-los obteve um resultado de cinquenta e quatro produções bibliográficas, sendo que 31 foram excluídas. Além disso, houve um trabalho que se apresentou como artigo e resumo da tese de doutorado, considerando apenas um.

Dos vinte e três resumos analisados quatro eram internacionais, o restante dos estudos eram nacionais, e os tipos de pesquisas variaram em abordagens quantitativas e qualitativas, porém tiveram uma predominância do tipo quantitativa.

Quanto aos tipos de documentação, obteve-se como resultado 16 artigos, 06 dissertações e 01 tese em um período de 10 anos de período de busca no banco de dados. Dentre as produções, apenas três artigos internacionais utilizaram o questionário AUDIT (Quadro 2) para coleta de dados e, assim, definiram o padrão de consumo de álcool dos trabalhadores de cada amostra, sendo realizado por enfermeiros.

Foi identificado que o consumo de álcool entre os trabalhadores é alto, principalmente entre homens, os de baixa escolaridade, os casados, na faixa etária acima de 30 anos; estes são os que mais sofrem acidente de trabalho. Todos os estudos abordaram o incentivo aos programas de prevenção e promoção do uso de álcool e drogas no ambiente de trabalho.

Esta pesquisa bibliográfica permitiu delinear as principais características de cada estudo e assim sintetizar o assunto abordado. O álcool é um dos principais motivos de afastamento para tratamento de saúde, a prevalência de afastamento por alcoolismo para os trabalhadores formais brasileiros foi de 23,38 para 100.000 vínculos (BRANCO et al., 2007).

Além disso, alguns trabalhadores negam a dependência ou não têm o conhecimento acerca dos problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e suas consequências para o trabalho, como relata o estudo realizado no Rio de Janeiro entre os enfermeiros do trabalho de um hospital universitário (DONATO e ZEITOUNE, 2006).

Dos vinte e três estudos encontrados sobre o consumo de álcool em trabalhadores e a atuação do enfermeiro do trabalho, apenas três estavam diretamente relacionados à atuação deste profissional (Quadro 2), na sua participação nos programas de promoção e prevenção do consumo. E apenas um artigo relatou sobre a atuação do enfermeiro do trabalho na detecção precoce do padrão de consumo de álcool em trabalhadores por meio da utilização do questionário AUDIT (Quadro 2), no qual teve como resultado que a falta de informação e de orientação que contribuíram para a prevalência do alcoolismo na empresa. (MABUCHI et al., 2007).

Foram realizados três trabalhos sobre álcool no serviço de atendimento ao trabalhador de uma universidade federal do município do Rio de Janeiro, local de coleta de dados, que abordaram os seguintes assuntos: o primeiro, a aplicação do modelo sistêmico na organização e de rotinas e procedimentos de programa de assistência médico-social a funcionário alcoolista (VAISSMAN, 2000); o segundo, os aspectos da violência e álcool no trabalho (RAMOS, 2006); e o terceiro, a Saúde do Trabalhador, seu olhar sobre a relação do processo

de trabalho com o processo saúde-doença e do trabalho como organizador da vida social (CASTRO, 2002).

Portanto, estes trabalhos foram de grande relevância para a assistência aos trabalhadores dependentes de álcool nesta universidade, mencionando a importância de viabilizar trabalhos de prevenção ao consumo de álcool. No entanto, todos os estudos tiveram como amostra da população os dependentes de álcool e que já estavam vinculados ao programa de prevenção.

A outra base de dados pesquisada foi a BDEF – Base de dados de Enfermagem, em que foram utilizados os descritores *alcoolismo e trabalhador* e encontradas treze produções que já haviam sido analisadas na LILACS.

Na pesquisa na base de dados PUBMED, optamos em retirar os descritores *enfermagem, enfermagem em saúde do trabalhador e enfermagem do trabalho* para que assim pudessemos obter um resultado mais amplo e que identificassem, nas produções, os estudos que abordassem a intervenção breve, com a utilização do questionário AUDIT, na perspectiva da saúde do trabalhador.

Na PUBMED foram encontrados onze artigos, três dos quais eram revisões bibliográficas e três não apresentaram aderência à temática de consumo de álcool em trabalhadores. Dos outros cinco artigos, apenas um utilizou o questionário AUDIT (Quadro 2) descrevendo o padrão do consumo de álcool entre os trabalhadores em um serviço de saúde ocupacional de rotina da Suécia, onde se concluiu que a intervenção breve é tão eficaz quanto o grupo-controle de 1 ano em uma empresa na redução do consumo de álcool (HERMANSSON et al., 2010).

Apenas um estudo relatou sobre o custo dos acidentes de trabalho causados pelo uso de álcool para o empregador nos Estados Unidos, de 13,2 bilhões de dólares, em 2007. Incentivando os programas de prevenção do consumo de álcool no trabalho para reduzir o custo com os acidentes e sem diminuir os benefícios aos empregados (ZALOSHNIJA, 2007).

Os outros artigos concluíram a importância da incorporação de um programa de prevenção do consumo de álcool para os bebedores de padrão leve e moderado. E houve apenas um estudo com abordagem qualitativa, os outros eram quantitativos e enfocavam estatisticamente as prevalências do uso de álcool em trabalhadores e o resultado após intervenções.

Durante a busca nas bases de dados foi possível identificar duas revistas internacionais a *Alcohol & Alcoholism* e *Alcohol Research & Health*. Foi feita assim uma busca nestas

revistas com as seguintes palavras: *Brief intervention, AUDIT, worker e workplace*. Do resultado obtido apenas um artigo estava indexado na PUBMED, que fora analisado.

A revista *Alcohol & Alcoholism* teve como resultado três artigos que tiveram como amostra os trabalhadores de indústrias. Deste resultado obtido apenas um artigo estava indexado na PUBMED, que fora analisado.

Um artigo utilizou o questionário AUDIT, e teve aderência à temática do estudo; outro artigo foi excluído por não apresentar essa temática. O estudo foi realizado na Índia com trabalhadores de uma indústria de Goa, mostrando que a prevalência do consumo de uso abusivo de álcool foi alto (21%) e concluindo que o rastreamento do padrão de consumo de álcool deve ser associado aos problemas de transtornos mentais. O local da coleta de dados foi em um serviço de medicina ocupacional (SILVA, 2003), este estudo é o mais próximo deste projeto de pesquisa.

Na revista *Alcohol Research & Health* foram identificados dois artigos, que também não estavam indexados nas bases de dados da Pubmed, nos quais se concluiu que, para reduzir a frequência dos efeitos nocivos do álcool nos pacientes, é fundamental para médicos e outros profissionais de saúde, de forma rotineira, a prática de algum tipo de triagem e intervenção breve.

Portanto, as unidades de saúde podem utilizar ferramentas eficazes e programas educacionais para ajudar os clínicos da atenção primária a integrar a triagem e a intervenção breve em sua prática (FLEMING, 2004). Enfatiza-se a aplicação do AUDIT em outros serviços de saúde, além do serviço na atenção básica e nas emergências.

1.5 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

Este estudo é relevante por estar centrado na construção do conhecimento sobre os padrões de consumo de álcool dos trabalhadores de uma universidade pública atendidos no serviço de saúde do trabalhador e servir de subsídios para a equipe multiprofissional, à frente desse serviço, traçar estratégias adequadas para os programas de prevenção de doenças e promoção da saúde a esses trabalhadores.

Acrescenta-se que o estudo está apoiado nas políticas públicas referidas no Programa Nacional sobre Drogas – PND (2005) baseando-se na diretriz de priorizar ações interdisciplinares e contínuas, de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas

de saúde para o trabalhador no ambiente de trabalho. E também na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) de promover ações de prevenção primária do uso prejudicial do álcool, para o diagnóstico precoce, e referência e contrarreferência para a rede de assistência dos quadros moderados e graves.

Este estudo poderá servir como Unidade de Referência em relação ao Programa de Prevenção de Consumo Abusivo de Álcool entre as Unidades SIASS, possibilitando intercâmbio de informações e experiências entre elas.

Destaca-se a possibilidade de traçar uma política universitária sobre o álcool a fim de institucionalizar as ações e as parcerias no desenvolvimento de um Programa de Prevenção de consumo abusivo de bebida alcoólica na Seção de Programas Especiais do Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade.

A partir desse trabalho se poderá implementar o fluxo dos servidores desde a educação em saúde associada à Intervenção Breve realizada durante o atendimento no Serviço de Saúde do Trabalhador até a assistência referenciada dos prováveis dependentes de álcool por meio das parcerias estabelecidas pela Política Universitária sobre o Álcool.

O resultado deste estudo também servirá de base para discussão, em conjunto com o Núcleo de Enfermagem e Saúde do Trabalhador - NUPENST, do Departamento de Saúde Pública, sobre os melhores subsídios para a formação do profissional enfermeiro, na construção do seu saber no que tange ao papel do enfermeiro do trabalho com esses trabalhadores quanto ao consumo de álcool.

Este estudo pretende colaborar também com a Linha de Pesquisa Álcool e Drogas do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Sobretudo, há relevância na abordagem da temática a respeito do padrão de consumo de álcool em trabalhadores de uma universidade pública, em conjunto com um Serviço de Saúde do Trabalhador, a fim de promover a saúde do trabalhador e prevenir o risco do uso nocivo de álcool entre os trabalhadores, bem como suas complicações para seu o trabalho e sua família.

Os resultados do presente estudo serão também relevantes para a formação dos profissionais de saúde, pois trarão subsídios para a construção do seu saber no que tange à prevenção do consumo problemático de bebidas alcoólicas na sociedade contemporânea. Além disso, servirão de fonte de consulta para os gestores do Serviço de Saúde do Trabalhador e para os gestores das unidades e universidade que apresentaram maior percentual de consumo de risco e nocivo, a fim de iniciar ações de promoção de saúde e prevenção do consumo de risco de álcool.

Acrescenta-se que essa problemática apresenta natureza multiprofissional, já que atinge todos os profissionais da saúde, inclusive aqueles que não atuam no Serviço de Saúde do Trabalhador.

Talvez a principal relevância desse estudo é sensibilizar os servidores a reduzir o consumo de álcool, mostrando os riscos biológicos, funcionais e sociais que essa substância carrega.

CAPÍTULO II

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Breve Histórico sobre o Consumo de Álcool

O consumo de bebida alcoólica popularizou-se através dos tempos, tornando comum a sua utilização pelo mundo, face aos seus efeitos no organismo.

Os primeiros traços sobre o consumo humano de bebidas alcoólicas que continham etanol podem ser encontrados em vasos paleolíticos, e há evidências sobre o aproveitamento humano dessas bebidas há cerca de quatro milênios. Em todas as aparições, o escopo do consumo do álcool na história antiga é essencialmente global, refletindo a facilidade relativa da produção de álcool (ANDRADE et al., 2009).

A percepção das consequências nocivas apareceu mais de 3.000 anos atrás, documentadas em antigas leis da Mesopotâmia que restringiam a venda de álcool quando os consumidores já se encontravam fortemente alcoolizados. Na China há documentação de costumes e códigos visando diminuir as consequências nocivas da bebida. Na era moderna, os movimentos pela proibição, baseados no receio das consequências nocivas do consumo de álcool, ou a preocupação de que a intoxicação possa comprometer a relação do indivíduo com sua divindade estão mais disseminados. É notável que, no mundo Islâmico, as tradições de abstinência datam de mais de 1.000 anos atrás (ANDRADE et al., 2009; REISDOFER, 2010).

Durante a década passada, uma crescente preocupação com as consequências nocivas do consumo do álcool estimulou o renascimento de ideias sobre a regulação internacional de bebidas alcoólicas, incluindo a possibilidade de adicionar o álcool ao “calendário de controle de drogas” dos tratados sobre drogas psicotrópicas utilizados atualmente em esforços coletivos para reprimir mercados ilegais para outras substâncias psicoativas, como a cocaína e a heroína (ANDRADE et al., 2009).

No período de transição do modelo artesanal para o modelo industrial de produção em série, houve intensa exploração do trabalhador, baixos salários e condições subumanas de produção. Nesse período o álcool adquiriu um papel importante, no momento em que passou a ser usado de forma abusiva por operários, devido às péssimas condições de trabalho (LIMA, 2008; MENDES, 2006).

Durante a Revolução Industrial, o álcool teve sua produção aumentada em larga escala, tornando-se um produto barato e de fácil acesso a todos (LIMA, 2008; ANDRADE et al.,

2009). Apenas na década de 1850 foi percebido que o álcool era algo problemático para a sociedade (DIEHL, 2011).

No pós-guerra houve o favorecimento do crescimento tecnológico no âmbito da comunicação e a produção em massa, além do crescimento populacional, resultando nos aglomerados urbanos e o surgimento das metrópoles, contribuindo para o aumento do consumo de bebidas alcoólicas nos países desenvolvidos ou não (LIMA, 2008; ANDRADE et al., 2009).

Em meados do século XIX o alcoolismo passou a ser considerado uma doença. Magnus Huss, em 1840, propôs o termo “alcoolismo”. Mais recentemente, em 1950, Jellinek elaborou o conceito de “doença alcoólica” com base no “modelo médico”. As manifestações neuropsiquiátricas foram predominantes e superestimadas, gerando preconceitos e discriminações na sociedade (LIMA, 2008).

O Brasil, nesta época, enfrentou também estes problemas devido ao abuso e dependência de álcool, mas ganhou destaque no mundo por ser o quarto maior produtor e consumidor de cerveja e o maior produtor de cachaça do mundo. Os problemas resultantes desse aumento da produção e consumo de bebidas alcoólicas, com seus inerentes aspectos culturais, foram consequências decorrentes do uso e dependência do álcool, que comprometem elevado número de pessoas (LIMA, 2008; MENDES, 2006).

Já no século XX, este processo de produção e consumo continuou causando prejuízos para a saúde e para segurança pública (LIMA, 2008).

Dessa maneira, Lima (2003) relata que os problemas emergiram em diversos ambientes da sociedade, dentre eles o ambiente de trabalho. Nestes os desfechos dos problemas para o trabalhador foram o aumento dos acidentes de trabalho, quedas de produtividade, absenteísmo, licença para tratamento de doenças por longo período ou de distúrbios relacionados ao abuso de álcool e, também, aposentadoria precoce.

2.2 Bebidas alcoólicas e teor alcoólico

O álcool (etanol) é uma substância volátil, de cheiro forte e gosto amargo. É produzido pela fermentação ou destilação de vegetais como a cana-de-açúcar e também frutas e grãos. Faz parte da cultura de cada país, passando a fazer parte do dia a dia das pessoas desde os primórdios da civilização, em que ele está inserido nos hábitos alimentares ou como parte de situações gregárias ou pessoais. Esta bebida é uma substância psicoativa e foi uma das

primeiras drogas a serem usadas pelo homem e a serem instituídas como produto de referência (LIMA, 2008).

A relação entre diferentes tipos de bebidas alcoólicas, a concentração alcoólica e o número de unidades presentes encontradas em bebidas alcoólicas brasileiras podem ser vistos no Quadro 3, que auxilia na avaliação da intensidade de sua ingestão e da associação com problemas (FORMIGONI e MICHELI, 2008).

Quadro 3 – Teor de Álcool das Bebidas

Bebida	Teor Alcoólico	Quantidade por Dose-Padrão	Quantidade de Álcool Puro por d.p. (gr./ álcool)	Taxa de Álcool no Sangue /Litro (Alcoolemia)	Taxa de álcool no Sangue /Ar Respirado
Cerveja	5%	300 ml	12 g	0,2 g/l	0,25 mg/l
Vinho tinto	12%	150 ml	14 g	0,2 g/l	0,25 mg/l
Cachaça	40%	40 ml	13 g	0,2 g/l	0,25 mg/l

Fonte: Lima, J. M. B (2008).

A dose-padrão de álcool é a quantidade de bebida alcoólica que contém cerca de 10 gramas de etanol puro (BABOR et al., 2005).

Em qualquer bebida alcoólica a quantidade de álcool puro por dose-padrão é a mesma, esta informação é importante para identificar a zona de risco de cada consumidor de bebida alcoólica, baseado na concentração das diferentes bebidas descritas no quadro 3 (LIMA, 2003).

O peso de um indivíduo influencia na absorção do álcool, como mostra o Quadro 3. O que determina isso é a sua massa corpórea, quanto menor a dimensão corporal maiores são os efeitos do álcool no organismo.

Desta maneira, se uma pessoa ingerir três doses de qualquer bebida (dose-padrão) em jejum, sua taxa de alcoolemia será de 0,6 g/litro de álcool puro. Esta taxa de alcoolemia é o suficiente para causar distúrbios neuropsíquicos e comprometer o desempenho para dirigir, trabalhar, estudar, etc; assim, o indivíduo se expõe à situação de risco de acidentes (LIMA, 2008; BATISTA e REIS, 2010).

Quadro 4 – Equivalência de doses

Concentração de álcool (em gramas por litro de sangue)			
<i>O que cada dose de álcool significa</i>	<i>Para uma pessoa de 60 kg</i>	<i>Para uma pessoa de 70 kg</i>	<i>Para uma pessoa de 80 kg</i>
Uma lata de cerveja (em torno de 355 ml) Um copo de vinho tinto (80 a 140 ml) Um dose de uísque (40 a 50 ml)	0,27 g de álcool	0,22 g de álcool	0,19 g de álcool
Duas latas de cerveja Dois copos de vinho tinto Duas doses de uísque	0,54 g de álcool	0,44 g de álcool	0,38 g de álcool
Três latas de cerveja Três copos de vinho tinto Três doses de uísque	0,81 g de álcool	0,66 g de álcool	0,57 g de álcool

Fonte: DIEHL et al., 2011.

As mulheres têm menor tolerância ao álcool do que os homens com o mesmo peso corporal, devido a diferença entre a massa corpórea, músculo, fluidos e gorduras, que reflete a maior concentração de álcool no sangue. A absorção do álcool nas mulheres ocorre principalmente no intestino delgado, pelo fato de terem menos enzimas de absorção de álcool na parede do estômago, o que resulta em uma rápida concentração no sangue. Portanto, a mulher que consumir a mesma quantidade de álcool que um homem de peso idêntico tem mais tempo de contato com o álcool ingerido e os diferentes órgãos, conseqüentemente terá mais chance de sofrer danos (OIT, 2008).

2.3 Propriedades farmacológicas

- **Metabolismo**

O etanol é uma molécula simples que se move facilmente através das membranas celulares — é altamente solúvel na água e na gordura, o que favorece sua rápida e fácil difusão no organismo após ser ingerido — e através da corrente sanguínea, equilibrando-se rapidamente entre o sangue e os tecidos. O nível do álcool no sangue é expresso em miligramas ou gramas de etanol por decilitro (p.ex., 100 mg/dL ou 0,10 g/dL); um nível de 0,02 a 0,03, por exemplo, é o resultado da ingestão de uma a duas doses de bebidas alcoólicas. O organismo, subseqüentemente, metaboliza e excreta aproximadamente uma dose por hora (LIMA, 2008; HECKMANN E SILVEIRA, 2009).

Apesar de o álcool fornecer calorias (uma dose de bebida alcoólica contém 70 a 100 kcal), estas são desprovidas de nutrientes, como minerais, proteínas e vitaminas. O álcool pode, também, interferir na absorção de vitaminas no intestino delgado e diminuir seu

armazenamento no fígado com efeitos no folato (ácido fólico), na piridoxina (B6), na tiamina (B1), no ácido nicotínico (niacina, B3) e na vitamina A (HECKMANN E SILVEIRA, 2009).

Os fatores que influenciam na ação do álcool no organismo são: frequência da ingestão, quantidade de álcool ingerida, quantidade de álcool absorvida, sua distribuição pelos tecidos do organismo, a sensibilidade individual dos diferentes tecidos e órgãos e a velocidade de metabolização (FORMIGONI e MICHELI, 2008).

Dessa forma, o álcool é catalisado primeiramente no fígado (90%) e o restante é metabolizado pelas células dos rins, dos músculos e do sistema nervoso (cérebro).

A biotransformação do álcool ocorre em duas fases. Na primeira fase, a enzima álcool desidrogenase converte o etanol em acetaldeído. Na segunda, a enzima aldeído desidrogenase (ALDH) converte o aldeído em ácido acético, que é por fim convertido em dióxido de carbono e água, liberando energia. Quando o consumo de álcool é exagerado e, especialmente, frequente, entra em funcionamento um sistema enzimático denominado MEOS (microsomal ethanol oxidizing system), cuja atividade é desempenhada pela família de isoenzimas citocromo P450, isoforma 2E1. A indução dessas isoenzimas (sistema auxiliares) gera desequilíbrios metabólicos pela formação de radicais livres, que são de grande importância na hepatotoxicidade induzida pelo etanol, e, sobretudo, porque a via é comum a biotransformações de outras drogas, fármacos e deletérios ao organismo. A segunda etapa constitui-se no catabolismo do acetaldeído em acetato, por meio da enzima acetaldeído desidrogenase (FORMIGONI e MICHELI, 2008; LIMA, 2008; BATISTA e REIS, 2010).

Nas mulheres, a atividade da enzima álcool desidrogenase é menor, o que poderia indicar uma maior absorção e, em consequência, uma maior concentração de álcool no plasma. Dessa forma, as mulheres podem ser mais sensíveis ao álcool, uma vez que estariam mais biodisponíveis. Com a idade, a atividade do álcool desidrogenase torna-se menor, ou seja, há um aumento na biodisponibilidade do álcool em idosos (BATISTA e REIS, 2010).

Isso explica por que os indivíduos que consomem álcool frequentemente são menos afetados do que aqueles que bebem raras vezes ou que nunca bebem, que são menos tolerantes. Contudo, os que são dependentes tendem a usar com maior frequência e em níveis muito mais elevados que os não dependentes (OIT, 2008).

Outros fatores internos (biológicos e genéticos), assim com externos (psicológicos, sociais, outros medicamentos, alimentação), podem influenciar o maior ou menor grau de tolerância (LIMA, 2008).

É importante considerar, também, a quantidade de bebida consumida diariamente por um período prolongado, sendo que o limite de risco para os homens é aproximadamente 60 g

de álcool puro/dia e para as mulheres, de 40 g/dia. Isso significa que uma margem segura deve estar abaixo desses limiares.

Todavia, a dependência física, com suas consequências devastadoras, aparece relativamente tarde, geralmente após 4 a 6 anos de consumo regular para o adolescente e após 6 a 8 anos para o adulto.

- **Absorção**

O álcool é absorvido das mucosas da boca e do esôfago (pequenas quantidades), do estômago e intestino grosso (em grandes quantidades) e da parte proximal do intestino delgado (o principal local). A absorção intestinal ocorre na mucosa do estômago e jejuno após 10 a 20 minutos da ingestão (HARRISON, 2002). Segundo Batista e Reis (2010) existem outros fatores que podem influenciar na concentração de álcool que chega à corrente sanguínea, como o peso, composição corporal e taxa de esvaziamento gástrico. Para uma pessoa com estômago vazio, 20% da dose da bebida alcoólica podem ser absorvidos no estômago, enquanto o restante será rapidamente absorvido pelo duodeno e pelo jejuno. Em contrapartida em um estômago cheio, ocorrerá o retardo no processo de absorção.

A princípio, a absorção do álcool no estômago é rápida, tornam-se depois muito lenta, mesmo que a concentração gástrica esteja ainda alta. Se o esvaziamento do estômago for demorado, devido a grandes quantidades ou altas concentrações de álcool, a absorção subsequente pelo intestino será também retardada (HARRISON, 2002).

Entretanto, a absorção no intestino delgado é extremamente rápida e completa, e independente da concentração do álcool, da presença do álcool e de alimentos no estômago e no intestino (MENDES, 2006).

Portanto, alguns fatores podem modificar a absorção do álcool como: o volume, a qualidade e a diluição da bebida alcoólica, a presença de alimentos, o período de tempo gasto para ingerir a bebida, e peculiaridades individuais (LIMA, 2003 e HARRISON, 2002).

- **Eliminação**

A excreção do etanol e seus metabólicos ocorrem não apenas pela urina, mas também pelo ar exalado (5 a 10%) (DIEHL, 2010; BATISTA e REIS, 2010).

O organismo é capaz de eliminar uma dose-padrão por hora; se a pessoa beber várias doses em seguida, seu organismo acumulará mais álcool no sangue (FORMIGONI e MICHELI, 2008).

2.4 Efeitos do álcool no organismo humano

O álcool é benéfico para um indivíduo sadio e uma mulher não grávida até uma a duas doses-padrão por dia, em doses mais altas o álcool é tóxico para a maioria dos sistemas orgânicos (HARRISON, 2002).

O uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas são responsáveis por consequências que afetam a população e o indivíduo, facilitando a exposição a causas externas (acidentes de trânsito, violência) e internas (intoxicação aguda e crônica) (DIEHL, 2011).

A dificuldade de diagnósticos nos casos de intoxicação exógena ou de abstinência pode agravar as complicações clínicas dos indivíduos que fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool, já que o álcool é uma substância psicoativa que causa diversas doenças agudas e crônicas dependendo da quantidade ingerida e da frequência (DIEHL, 2011).

As complicações clínicas relacionadas ao uso de álcool podem ser divididas em intoxicação aguda e crônica. A intoxicação aguda está relacionada a acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, quedas, queimaduras e afogamento. A crônica está relacionada às doenças hepáticas, cerebrais, cardíacas, cognitivas, doenças no pâncreas, no esôfago, nos pulmões, entre outras (DIEHL, 2011).

2.4.1 Intoxicação Aguda

Efeitos no sistema nervoso central

Essa substância é um depressor do Sistema Nervoso Central (SNC), mas o seu efeito inicialmente é uma aparente estimulação com diminuição da inibição social e psicológica, causando euforia, alegria e desinibição. O efeito euforizante de embriaguez inicial é atribuído ao bloqueio da atividade dos sistemas inibitórios. Com o aumento da alcoolemia, o efeito é sempre de depressão do SNC. (MENDES, 2006; LIMA, 2008).

Conforme aumentam as doses e o uso frequente, há uma progressão dos efeitos tóxicos do álcool, que estão relacionados ao abuso e à dependência do álcool e suas consequências. Esse efeito ocasiona a morte dos neurônios, resultando na atrofia cerebral, tipo córtico-subcortical, acompanhada de maior ou menor intensidade do quadro de déficit neurocognitivo e/ou distúrbio comportamental (HARRISON, 2002).

As manifestações clínicas podem variar de um caso para outro, conforme a Quadro 5, já que a relação entre a quantidade de álcool e os distúrbios clínicos mais comuns, além dos fatores psicossociais, é relativamente variável (LIMA, 2008).

À medida que aumenta a concentração sanguínea de álcool, ocorre a diminuição da autocrítica, afetando a capacidade de avaliação dos perigos, podendo levar a comportamentos de risco como beber e dirigir ou operar máquinas, ocasionando o acidente. A fala fica “arrastada”, há diminuição dos reflexos, sonolência e prejuízos na capacidade de raciocínio e concentração. O uso de álcool em altas doses pode causar prejuízo de memória e da concentração, diminuição de resposta a estímulos, sonolência, vômitos, insuficiência respiratória, podendo chegar a anestesia e morte (FORMIGONI e MARQUES, 2008; LIMA, 2008; DIEHL, 2011).

Quadro 5 – Correlação clínica: concentração de álcool no sangue e manifestações neurocognitivas e comportamentais

<i>Quantidade de álcool no sangue (alcoolemia)</i>	<i>Manifestações neurocognitivas e comportamentais (de acordo com sensibilidade)</i>
0,4 – 0,6 g/l	Relaxamento, sociabilidade, desconcentração
0,6 – 1,0 g/l	Euforia, desinibição, habilidade variável, impulsividade, agressividade ou passividade
1,0 – 2,0 g/l	Incoordenação (ataxia), disartria, humor exaltado ou deprimido, desorientação de tempo/espaço
>4,0 g/l	Torpor, distúrbios cardiorrespiratórios, coma e morte

Fonte: LIMA, J.M. (2008)

O consumidor de álcool que persiste no uso nocivo apresentará sintomas como: diminuição da vigília e da concentração, alterações de tempo e espaço, diminuição da sensação de perigo e atos inconsequentes (MENDES, 2005).

Efeitos cardiovasculares

A ingestão aguda de álcool de doses moderadas, no início causa vasodilatação e aumento transitório de frequência cardíaca, e aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio. Além disso, pode causar taquicardia sinusal e arritmias, o que é mais frequente em pacientes com miocardiopatia prévia, sobretudo nas primeiras horas após o consumo. A síndrome cardíaca de final de semana refere-se ao aparecimento de uma arritmia aguda, em geral fibrilação atrial, após o uso de grandes quantidades de álcool, com frequência durante

feriados. Se o consumo persistir, a fibrilação atrial crônica pode desenvolver (DIEHL et al., 2011).

Efeitos gastrintestinais

O efeito agudo do álcool na mucosa gastrintestinal é dose-dependente. Costuma resultar em relaxamento transitório do esfíncter inferior e da porção distal do esôfago, facilitando episódios de refluxo e vômitos (DIEHL et al., 2011).

Efeitos renais

O álcool tem efeito diurético independentemente do aumento do fluxo associado à ingestão de grandes volumes de líquido. Esse efeito é proporcional à concentração de álcool no sangue e ocorre por provável inibição de hormônio diurético (DIEHL et al., 2011).

Efeitos metabólicos

A intoxicação grave pode apresentar hipoglicemia e cetoacidose. O metabolismo do álcool pelo fígado é feito por meio da enzima álcool desidrogenase, que oxida o álcool a acetaldeído e posteriormente a acetato. Esse processo pode diminuir a gliconeogênese, e o acetaldeído pode precipitar a formação de cetonas. Tais fatores podem levar a um estado de cetoacidose (DIEHL et al., 2011).

Os sinais e sintomas mais frequentes são dor abdominal, náuseas, vômitos, taquicardia, hálito cetônico e desidratação.

Fisicamente, no início, o indivíduo apresenta cefaleia e sintomas digestivos leves (náuseas, azia, vômitos), que, com a progressão do beber abusivo, podem desenvolver a hepatite e pancreatite alcoólicas, gastrite crônica, neuropatias periféricas, cirrose, hipertensão, miocardiopatia alcoólica, *delirium tremens*, convulsões, intensa depressão e grave desnutrição metabólica, com deficiência imunológica.

Os transtornos mentais pelo uso dependente de álcool evoluem para alienação, incapacidade e loucura, podendo surgir comorbidades psiquiátricas associadas (MENDES, 2005).

As consequências do beber de alto risco podem resultar em diversos problemas: sociais (família, sociedade), legais (processos, violência, polícia), médicos (doenças físicas e mentais), domésticos (separação, filhos), no trabalho (desemprego, rebaixamento, salários baixos) e financeiros (dívidas) (BABOR et al., 2003).

2.5 As implicações do Processo de Trabalho para a Saúde do Trabalhador quanto ao consumo de álcool

O processo de trabalho segundo Marx (apud RIBEIRO, p.13, 2008) “é um processo no qual o homem, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza, imprimindo-lhe forma útil às necessidades humanas”, ou seja, o momento de transformação da natureza pelo homem, que, ao mesmo tempo, se transforma. “Essa transformação de si no contato com o processo de transformação da natureza define a possibilidade de situações potencialmente negativas para a saúde, relacionada a um desfecho de determinado tipo de agravo” (MINAYO, p.79, 2011).

O trabalho concretiza-se pelo processo de trabalho, englobando as condições objetivas e subjetivas que são os desejos, aspirações e possibilidades exercidas pelo trabalhador de acordo com sentido que o trabalho adquire em sua vida.

Entretanto, em algumas situações, o trabalhador considera o trabalho algo penoso, explorador, insuficiente de motivação, sendo fonte de problemas biopsicossociais.

A intensificação de acumulação do capital resultou na intensificação da exploração da força de trabalho, utilizando novas formas de organização da produção e do trabalho ou de mudanças nas próprias relações de trabalho que implicam contratos precários, subcontratação, trabalho no domicílio, aumento desmedido da jornada de trabalho. Esse processo contribui para o aumento das doenças relacionadas ao trabalho e cria as condições que aumentam a probabilidade de acidentes causadores de incapacidade e de mortes de trabalhadores (RIBEIRO, 2008).

Esse processo gera uma enorme precarização e flexibilização das relações sociais de produção. A precariedade é um elemento estrutural das novas formas de produção, e a flexibilização significa repassar os riscos do Estado e das empresas para o indivíduo. Essas transformações advêm de avanços da tecnologia, aumento da competitividade, individualização e falta de realização pessoal, decorrentes do processo de globalização (SOUZA, 2005).

Nessa perspectiva, as rápidas mudanças tecnológicas e as fortes exigências quanto a eficiência, competitividade e melhoria nos serviços aos clientes trouxeram contínuas mudanças e acentuaram as pressões no trabalho, que têm se transformado em uma das principais causas de afastamento em diversas áreas laborais (SOUZA, 2005; BECK e DAVID, 2007; PRIMO, PINHEIRO, SAKURAI, 2007; COMARU, 2011).

O estresse ocupacional pode ser entendido como o resultado de relações complexas entre condições de trabalho, condições externas ao trabalho e características do trabalhador, nas quais a demanda do trabalho excede as habilidades do trabalhador para enfrentá-las. Dessa maneira, ocorre um desgaste com a diminuição da capacidade do organismo para o trabalho, em consequência de sua incapacidade para tolerar, superar ou se adaptar às exigências psicológicas (COMARU, 2011; NAZARENO et al., 2009; SOUZA, 2005).

Segundo Nazareno et al. (2009), as causas do estresse ocupacional apresentam-se de maneira diversificada e com um efeito acumulativo. Os estressores organizacionais podem ser compreendidos em dois grandes grupos: aqueles de natureza física (ruídos, poluição, ventilação, iluminação e outros) e os psicossociais, que incluem os papéis, autonomia/controle no trabalho, relacionamento interpessoal, fatores intrínsecos ao trabalho e fatores relacionados ao desenvolvimento da carreira. (NAZARENO et al., 2009; SOUZA, 2005).

Diante desses fatores estressores, segue-se um processo de avaliação e adaptação das ações a serem realizadas para enfrentar a situação. Desta maneira, esses processos de avaliação e adaptação auxiliam na decisão da escolha do método de *coping*, o qual influenciará na tensão que o indivíduo apresenta (COOPER et al., 1990)

Assim, os indivíduos se utilizam dos mecanismos de *coping* ou de adaptação ao estresse, para enfrentar essas realidades, ou seja, utilizam de estratégias para se adaptarem às situações indutoras do estresse (Cooper et al., 1990),

O *coping* pode ser uma estratégia para enfrentar o estresse no local de trabalho, porém determinados *coping* podem apresentar consequências adicionais aos indivíduos e às organizações, como por exemplo, o consumo de bebida alcoólica, o qual denotaria uma estratégia de *coping* (Cooper et al., 1990),

O consumo de bebida alcoólica é uma das estratégias de enfrentamento ao estresse ocupacional e foi proposto pela primeira vez por Conger em 1956 por meio da hipótese da redução da tensão (Cooper et al., 1992).

Cooper et al. (1990) apresentam duas perspectivas teóricas com uma relação causal entre o estresse e o uso excessivo de álcool. A teoria da redução da tensão propõe que o álcool diminui a tensão. A segunda teoria, da aprendizagem social sobre o uso e abuso de álcool, propõe que alguns indivíduos são mais vulneráveis que outros a consumir álcool em respostas aos fatores estressantes quando não há outra opção mais adequada de enfrentamento (*coping*) e quando acreditam que o álcool melhora o humor positivo. Ambas as teorias afirmam que o uso problemático do álcool entre os indivíduos vulneráveis é conduzido pelos fatores estressantes de trabalho, e supostamente por possuírem poucos recursos pessoais e sociais

para responder adaptativamente a trabalhos relacionados com estresse e sofrimento e manter expectativas positivas para os efeitos do álcool. (COOPER et al., 1990; LOPES, 2011).

O uso de álcool no local de trabalho era considerado de certa forma um comportamento normal, mesmo sem aprovação de uma sociedade puritana. No entanto, segundo Fillmore (apud CASTRO, 2002), esta aceitação do uso de drogas no local de trabalho mudou após a Revolução Industrial e o movimento em favor da abstinência e moderação do consumo de álcool, provavelmente devido a baixa produtividade e absenteísmo.

A mudança deste comportamento do uso de drogas no local de trabalho é uma ação relativamente recente, que tem crescido nos últimos cem anos (FILLMORE apud CASTRO, 2002).

No ambiente de trabalho, a aproximação com o usuário ou a naturalização de alguns comportamentos não permitem, com frequência, a identificação das situações de abuso, somente quando o trabalhador afeta a sua produtividade, por meio do absenteísmo, de atrasos, aumento de ocorrência de acidentes e conflitos interpessoais (BECK e DAVID, 2007).

Entretanto, o alcoolismo era visto pela Organização Mundial de Saúde como uma dependência química apoiada no modelo biomédico e na perspectiva da saúde mental.

No final da década de 1990, a OMS, os Estados Unidos e a Comunidade Europeia passaram a dar outro enfoque, “levando em conta que, muitas vezes, os agravos sobre a saúde e as consequências e prejuízos no trabalho estão relacionados com o uso e abuso de álcool mais do que com a dependência” (LIMA, 2008, p.86).

Nesse sentido, alguns autores como Lima (2008) e Vaissman (2004) relatam que o alcoolismo é a terceira causa de absenteísmo no trabalho, sendo a causa mais frequente de aposentadorias precoces, acidente de trabalho e a oitava causa de concessão de auxílio-doença pela Previdência Social, e que a taxa de prevalência do alcoolismo varia de 3% a 10% da população adulta.

O uso nocivo e dependente de bebidas alcoólicas causa outros problemas no tocante à saúde do trabalhador e da empresa. Neste caso, passa a haver preocupações ou alertas aos programas de atenção à saúde do trabalhador, às situações de abuso de álcool nos finais de semana, que resultam nos “atrasos de segunda-feira”, na queda da produtividade, nas repetidas licenças para tratamento de saúde, nos acidentes de trabalho e/ou trânsito, nas aposentadorias precoces e nos problemas familiares (LIMA, 2008).

“De acordo com a OMS, o álcool é a droga lícita mais consumida no país, provocando danos sociais e a saúde; o alcoolismo é a terceira causa de mortalidade e morbidade no mundo com ocorrência significativa de mortes e doenças associadas ao uso abusivo. Em 2006 a SENAD em parceria com a UNIAD (Unidade de

Pesquisa em Álcool e Drogas), da Universidade Federal de São Paulo, verificou através de estudo que 45% (quarenta e cinco por cento) dos adultos brasileiros que usam o álcool apresentavam problemas decorrentes do beber.” (AMARAL, 2010)

Em 2005, os dados do II levantamento domiciliar do uso de drogas psicotrópicas mostraram que a população brasileira apresentou uma prevalência de 12,3% em relação à dependência; entre os trabalhadores, foi de 15% a 25%. Dos trabalhadores que estão empregados, 74,3% são consumidores de droga, e 47% dos ferimentos ocorridos no local de trabalho estão relacionados ao abuso de bebidas alcoólicas. (MONTEIRO, 2004; LIMA, 2008).

A relação do consumo de álcool e os acidentes de trabalho é muito frequente. O bebedor pesado apresenta risco 2,7 vezes maior de ausências devido a acidentes de trabalho que os não alcoólicos, e o alcoolismo compromete 20% da força de trabalho e aumentam em cinco vezes a incidência de acidentes de trabalho (VAISSMAN, 2004; MENDES, 2005).

A facilidade de acesso e o consumo de bebida alcoólica em torno dos locais de trabalho devem ser repensados pelo empregador, pois, segundo Vaissman (2004), o alcoolismo pode ser considerado uma doença profissional quando algumas profissões ou locais de trabalho expõem o trabalhador a um risco maior de usar bebida alcoólica.

Em relação à ocupação do trabalhador, as situações de risco mental, expressas pelo alcoolismo, sobretudo envolvendo atos ou materiais considerados desagradáveis ou repugnantes, podem ser fator de risco para o consumo abusivo, segundo Seligmann-Silva (2006) e Vaissman (1998).

Por outro lado, algumas ocupações consideradas de nível elevado também desencadeiam um consumo maior de álcool, devido ao treinamento exaustivo, relações interpessoais e estressantes no trabalho (DONATO e ZEITOUNE, 2006).

Desta maneira, os fatores de risco ligados ao trabalho podem ser provenientes de uma carga física e/ou uma carga mental no trabalho. Porém, o que irá determinar a vulnerabilidade a estas será a personalidade de cada um diante do ambiente de trabalho, o que irá favorecer ou não ao consumo abusivo de álcool (VAISSMAN, 1998).

Dejours apud Castro (2002) considera que o consumo de álcool pode, de alguma forma, ser promovido ao status de defesa coletiva, praticamente indissociável da profissão, contra outros sofrimentos que são difíceis de combater de outro modo. Aponta que o alcoolismo pode ser uma confrontação com a organização do trabalho por parte dos trabalhadores.

Sendo assim, o processo de trabalho e sua relação com a saúde passam a ser objetos de atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador, já que as ações da Saúde do Trabalhador

poderão eliminar os riscos ocupacionais e de adoecimento relacionados ao trabalho, a partir do momento em que os trabalhadores contribuirão com o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo saúde-doença e intervirem na transformação da realidade (MINAYO, 2011; RIBEIRO, 2008).

Dessa maneira, a atuação do enfermeiro do trabalho contempla a sua integração com as ações desenvolvidas nos programas de saúde ocupacional nos serviços privados e públicos a fim de possibilitar o desenvolvimento de programas de redução do consumo de álcool para o trabalhador, de maneira individualizada, mas sempre relacionada com a patologia em evidência no ambiente de trabalho (BECK e DAVID, 2007).

Portanto, o enfermeiro do trabalho, diante de suas atribuições, tem formação específica para implementar ações no rastreamento de consumo abusivo de álcool nos Serviço de Atenção ao Trabalhador, viabilizando uma redução desse consumo a fim de evitar as complicações no âmbito biológico, social e ocupacional de cada trabalhador.

É imprescindível a este profissional e também para a organização do trabalho ter uma integração com os programas de saúde ocupacional nas empresas e serviços, bem como nos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) que hoje compõem a rede de Atenção em Saúde do Trabalhador, viabilizando políticas para redução do consumo de álcool pelos trabalhadores, na própria empresa.

Esta política será mediada pelos gestores dos locais de trabalho, onde devem estar sensibilizados da necessidade de intervir nessa problemática a fim de reduzir custos com licenças médicas prolongadas, perda da produtividade, acidentes de trabalho, absenteísmo. Ou seja, dispostos a regular o processo de trabalho, nas ações de vigilância em saúde do trabalhador e atuar na prevenção de doenças e na promoção da saúde dos trabalhadores.

O enfermeiro do trabalho reúne a formação adequada para intermediar as ações de promoção de saúde e redução de consumo de álcool entre os trabalhadores e os gestores, tendo uma visão ampliada e entrelaçada com a investigação, o diagnóstico, a implementação de resoluções e a manutenção da saúde, sempre respeitando a subjetividade do indivíduo (BECK e DAVID, 2007).

Além disso, o enfermeiro deve avaliar e fiscalizar as ações implementadas para a redução do consumo de álcool do trabalho, pois é o único profissional com o conjunto de conhecimentos que permitem a coordenação integrada das atividades, para se lograr o êxito necessário (BECK e DAVID, 2007).

2.6 AUDIT (Teste para identificação de Problemas Relacionados ao Uso de álcool)

A detecção do uso de álcool e/ou outras drogas em serviços de atenção primária à saúde pode aumentar a identificação de pessoas com uso de riscos de substâncias psicoativas. Esta é feita por meio de instrumentos padronizados, validados para o nosso país, como o AUDIT para a população adulta (FORMIGONI e MICHELI, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), baseada no padrão mundial de consumo abusivo de álcool, recomenda aos seus países membros que utilizem o rastreamento por meio do questionário AUDIT em todos os usuários dos serviços de atenção primária de saúde, a fim de aplicar medidas preventivas visando reduzir a incidência do alcoolismo. No entanto, cabe sinalizar que o rastreamento deve ser feito por todos os profissionais de saúde e não apenas os da atenção primária.

O AUDIT é um instrumento conhecido pelas iniciais de seu nome original em inglês AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), que significa “Teste para identificação de Problemas Relacionados ao Uso de álcool” (Quadro 6).

O AUDIT tem as seguintes características (RONZANI, p.14, 2008): tem caráter preventivo, pois avalia diversos níveis de uso de álcool, desde não uso até provável dependência; avalia o uso de álcool nos últimos 12 meses; pode ser utilizado por toda a equipe de saúde e em vários serviços; pode ser utilizado em forma de entrevista ou ser autoaplicado; o tempo de aplicação é de 2 a 4 minutos.

O AUDIT foi validado em vários países, inclusive o Brasil, apresentando bons níveis de sensibilidade (87,8%) e especificidade (81%) para detecção do uso nocivo de álcool. Na validação brasileira, o AUDIT apresentou uma confiabilidade satisfatória e capacidade de responder às mudanças do consumo (MAGNABOSCO et al., 2007).

O AUDIT possibilita uma abordagem que contempla uma mudança de foco do problema, enfatizando a detecção precoce de uma maior variedade de problemas relatados pelo uso de álcool, não apenas o alcoolismo, mas também o uso de risco. O rastreamento deixa de ser usado apenas como parâmetro diagnóstico, mas também na detecção de fatores de risco. E nos conduz a uma prática em educação em saúde, e não de tratamento. (MAGNABOSCO et al., 2007).

Quadro 6 - Interpretação e aplicação das intervenções, conforme a pontuação do AUDIT

Nível de Risco	Padrão de Uso	Pontuação do AUDIT	Intervenção
Zona I	Uso de Baixo Risco	0 – 7	Educação para o Álcool
Zona II	Uso de Risco	8 – 15	Orientações Básicas
Zona III	Uso Nocivo	16 – 19	Orientações Básicas Aconselhamento Breve Monitoramento Continuado
Zona IV	Provável Dependência	20 – 40	Encaminhamento para avaliação do Diagnóstico e Tratamento

Fonte: Intervenção Breve: para o uso de risco e uso nocivo de álcool – Manual para uso em atenção primária (2005)

A maioria dos bebedores excessivos não é diagnosticada até que tenham se desenvolvido sérias complicações decorrentes do uso de bebidas alcoólicas. A detecção do padrão de consumo pode ser útil para motivá-los a reduzir ou cessar o uso, principalmente se for associada a uma assistência apropriada. O AUDIT auxilia os profissionais de saúde a identificar se pessoa apresenta um consumo de risco, uso nocivo ou dependência álcool, de acordo com cada zona de risco, conforme descrito na Tabela 3 (RONZANI et al., 2005; DONATO e ZEITOUNE, 2006).

O consumo de risco é um padrão de consumo de álcool que aumenta o risco de consequências negativas para o bebedor ou para seus próximos, embora, o indivíduo ainda não tenha nenhuma manifestação física ou mental (BABOR et al 2005).

O uso nocivo refere-se ao que apresenta implicações físicas e mentais, embora alguns também incluam consequências sociais entre os danos causados pelo uso do álcool (BABOR et al 2005).

O uso nocivo de álcool é uma definição específica para cada gênero. Pode ser mensurado como um consumo regular médio de 40 g diárias de etanol para mulheres e 60 g diárias de etanol para homens bebedores (BABOR et al 2005).

Em comparação, há uma forma potencialmente mais tóxica do “consumo nocivo de álcool” que agora é denominada “beber pesado episódico” (*binge drinking*). Esse termo refere-se, operacionalmente, a uma única ocasião de consumo que inclui o uso de pelo menos 60 g de etanol. Implicitamente, um único episódio de beber pesado episódico pode causar danos (hospitalização por intoxicação alcoólica), mas não qualificaria o bebedor para o diagnóstico de “uso nocivo de álcool” que indicam o “consumo regular” como um critério necessário (ANDRADE et al., 2009).

A dependência é um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem ocorrer após o consumo excessivo de álcool. Estes fenômenos geralmente incluem um desejo intenso de consumir o álcool, a dificuldade de controlar esse desejo, prioridade no consumo em relação a outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e abstinência quando o consumo é interrompido (FORMIGONI e MICHELI, 2008).

2.7 Políticas públicas para o controle do álcool

Segundo Diehl (2011), as políticas públicas do álcool são as que dizem respeito à relação entre álcool, segurança, saúde e bem-estar social. Definem-se políticas do álcool qualquer esforço ou decisão de autoridades governamentais ou de organizações não governamentais (ONGs) para reduzir ou prevenir problemas relacionados ao álcool.

Uma ação política racional pode melhorar o nível de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas em uma sociedade (BRASIL, 2003). Os responsáveis pela política de álcool diferem entre países e entre níveis diferentes de governo em um país. Leis federais e nacionais com frequência estabelecem bases legais para prevenção e políticas de tratamento. No Brasil, há um vazio em relação às drogas lícitas como o álcool, e as organizações não governamentais são prováveis candidatas à representação pública nos assuntos referentes aos problemas relacionados ao consumo deste (DIEHL, 2011, DUAILIBI E LARANJEIRA, 2007).

Além disso, os meios de comunicação estão tendo uma influência no debate político, apoiado por livres valores de mercado e conceitos sociais, indústrias de bebida alcoólica, de uma forma crescente, atuando para proteger seus interesses comerciais (DIEHL, 2011).

Embora a indústria do álcool tente fazer alguma propaganda educativa, seus interesses comerciais entram em conflito com as medidas de saúde pública. As políticas do álcool podem ser divididas em duas categorias: alocatárias e regulatórias. A primeira promove recursos a um grupo ou uma organização específica para prevenção e tratamento do uso de álcool de forma a atingir objetivos de interesse público (campanhas educativas e o oferecimento de tratamento de dependentes). Já as regulatórias procuram influenciar comportamentos e decisões individuais por meio de ações mais diretas (DUAILIBI E LARANJEIRA, 2007; DIEHL, 2011).

A disponibilidade representa um dos componentes fundamentais do consumo de substâncias. Ou seja, quanto mais acessíveis, mais baratas e convenientes, seu consumo será

intenso, e, conseqüentemente, haverá aumento da quantidade e da gravidade dos problemas a ele associados (DUAILIBI E LARANJEIRA, 2007; DIEHL, 2011).

Algumas estratégias estão sendo utilizadas para tentar reduzir o consumo, como a disponibilidade econômica. Nesta estratégia, o aumento de preços do álcool está associado à redução do consumo e problemas decorrentes, principalmente dos grupos mais vulneráveis, como adolescentes e bebedores pesados (DUAILIBI E LARANJEIRA, 2007; DIEHL, 2011).

A limitação na disponibilidade de varejo é uma das estratégias, visando a redução do acesso do consumidor ou regulando o contexto do consumo. Nesse sentido, várias ações podem ser realizadas: delimitação da localização dos pontos de venda; diminuição da densidade dos pontos de venda; estabelecimento da idade mínima para a compra de bebidas; redução de dias e horários de venda; instituição de serviços de venda de bebidas responsáveis; regulação da venda e implantação de sistema de licenças (DUAILIBI E LARANJEIRA, 2007; DIEHL, 2011).

As estratégias apresentadas custam pouco em comparação aos custos dos problemas relacionados ao consumo de álcool, principalmente o beber pesado. O custo de implantação tende a aumentar quando se encontram resistências (DUAILIBI E LARANJEIRA, 2007; DIEHL, 2011).

O panorama nacional mostra que as diretrizes para uma política nacional específica para a atenção a estes indivíduos estão em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente, regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216 (MS, 2002), que constitui a política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Assim sendo, a Lei Federal 10.216 (MS, 2002) é um instrumento legal/normativo máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a qual também se encontra em sintonia com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2003).

A política vigente foi realinhada a Política Nacional Antidrogas até então vigente, passando a priorizar as ações interdisciplinares e contínuas, de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador e seus familiares, oportunizando a prevenção do uso indevido de drogas no ambiente de trabalho em todos os turnos, visando à melhoria da qualidade de vida, baseada no processo da responsabilidade compartilhada, tanto do empregado como do empregador (BRASIL, 2003).

Em 2005, foi realizado o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, que indicou o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais

precoces e também sugeriu a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento (CARLINI et al., 2007)

Em novembro de 2005, o Brasil promoveu e financiou integralmente a 1ª Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas para o Álcool, que discutiu o impacto causado pelo uso indevido de álcool na saúde e na segurança das populações da região pan-americana. Este evento resultou na elaboração da Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o Álcool (LARANJEIRA et al., 2007).

Segundo o Manual de Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004):

A prevenção precoce e as intervenções breves podem ter efeitos benéficos que ultrapassam as suas populações-alvo. A oferta de cuidados extra-hospitalares, inseridos na comunidade e complementados por outros programas assistenciais promove condições para a reversão deste panorama.

Com início em 2003, a coleta de dados do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na população brasileira foi publicada em 2007. Este estudo foi um aliado a outras pesquisas que vêm sendo desenvolvidas pelo governo, representando um grande passo no processo de construção da política brasileira para o álcool (LARANJEIRA et al., 2007).

Em 2007, foi promulgado o Decreto 6117, de 22 de maio de 2007, que aprova a Política Nacional sobre o Álcool, que dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade (BRASIL, 2007).

Este decreto-lei amplia as ações e estratégias mais efetivas e abrangentes de atenção e de prevenção dos problemas relacionados ao álcool, abrangendo além do quadro de alcoolismo crônico como os acidentes de trânsito, a saúde do trabalhador, a violência, doenças crônico-degenerativas secundárias e síndrome alcoólica fetal.

É direito de todos os consumidores o acesso à informação e proteção sobre os efeitos do uso prejudicial de álcool e sobre a possibilidade de modificação dos padrões de consumo, e a orientações voltadas ao seu uso responsável. Entre as suas diretrizes está a de privilegiar as iniciativas de prevenção ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas nos ambientes de trabalho.

CAPÍTULO III

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza epidemiológica, do tipo descritivo de corte transversal ou seccional, em que a exposição e o desfecho são investigados ao mesmo momento. Uma das grandes vantagens desse estudo é a capacidade de inferência dos resultados observados em uma população definida no tempo e no espaço, assim podendo subsidiar as ações de planejamento voltadas para prevenção, tratamento e reabilitação em nível coletivo e individual. (MEDRONHO et al., 2005).

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado em um Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade pública da cidade do Rio de Janeiro, considerada uma das maiores universidades do país, no próprio campus desta, localizado na zona norte do município do Rio de Janeiro, Atualmente, o número de servidores ativos permanentes em 2012 é de 13011 servidores.

Este serviço foi criado há quarenta anos. Atualmente é o órgão da Universidade Federal do Rio de Janeiro responsável pelas perícias médicas, pela prevenção e promoção da saúde e segurança de seus Trabalhadores. Nesse serviço, no momento, desenvolvem-se as seguintes atividades relacionadas à saúde dos trabalhadores da universidade: exames admissionais e demissionais; licenças para tratamento de saúde e outras; aposentadorias por doença ou incapacidade; exames periódicos; readaptações funcionais (limitação); registro de acidente de trabalho e encaminhamento para clínicas especializadas da própria universidade.

Dessa forma, o serviço foi dividido em três seções: Saúde e Segurança do Trabalho, Programas Especiais e Perícias Médico-Sociais. A equipe é composta de médicos do trabalho e de outras especialidades: enfermeiros do trabalho, técnicos de enfermagem do trabalho e auxiliares de enfermagem; assistentes sociais; psicólogos, nutricionista; odontólogos; engenheiro e técnico de segurança do trabalho, que atuam em caráter de prevenção multidisciplinar nas ações periciais e nos diferentes programas de promoção à saúde.

Esse serviço tem como propósito realizar atendimentos para todos os trabalhadores da universidade, e também para os de outras instituições conveniadas com a unidade de

referência SIASS (Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor), aposentados e alunos que residem no alojamento, para fins periciais e não assistenciais.

Em média, são atendidos diariamente neste serviço 50 servidores, e o funcionamento é de segunda a sexta das 07:30 às 16:00 horas.

O fluxo dos trabalhadores nesse serviço inicia-se na recepção para registrar a entrada e localizar o prontuário. Logo após este procedimento, o trabalhador é encaminhado para o enfermeiro do trabalho para fazer o acolhimento e a triagem. Depois, ele é atendido pelo médico perito e/ou pela assistente social.

3.3 População de referência do estudo

A população de referência do estudo foi composta por todos os trabalhadores ativos da universidade, compreendendo um total de 13.011 (treze mil e onze) servidores permanentes atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador. De uma maneira geral, os trabalhadores que procuram esse serviço demandam de alguma questão relacionada aos aspectos periciais de saúde pessoal ou familiar.

3.4- População do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados por um processo de amostragem aleatoriamente simples.

O tamanho da amostra total de indivíduos foi estimado no *software* Epi-Info versão 3.5.1 para cálculo amostral em estudos seccionais, a partir da seguinte fórmula:

$$n = Nz^2p(1-p) / [d^2(N-1) + z^2p(1-p)]^a$$

A amostra parcial teve como base o número de atendimento total do ano de 2011 no serviço (6252). Partindo deste, foi presumido o tamanho da amostra com erro percentual de 3%, uma proporção da população baseada no número de atendimentos da enfermeira do trabalho, no ano de 2011, que foi de 10%, estimando um intervalo de confiança de 95%, o que resultou em uma amostra de 362 servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador.

No período de agosto/2011 a março/2012 foram atendidos 440 servidores pela pesquisadora, com uma média de 9 pessoas por dia durante 6 dias de cada mês. Portanto,

a Onde N= total de servidores ativos atendidos na SIASS/DVST/UFRJ, ano de 2011; z= valor correspondente ao nível de confiança ao quadrado ($1,96^2 = 3,84$); d= precisão absoluta ao quadrado ($0,03^2 = 0,0009$); p=proporção da população com a característica baseada no número de atendimentos da enfermeira do setor, em 2011 que foi de 10%.

foram excluídos 26,8% dos participantes do total de atendimentos, visto que não se enquadravam aos critérios de inclusão do estudo, compondo assim uma amostra de 322 sujeitos.

Vale acrescentar também que a greve dos técnicos administrativos da universidade, no ano de 2011, que durou em torno de quatro meses, prejudicou a coleta de dados nesse período. Para o estudo não foi possível atingir a amostra de 362 servidores devido a redução dos atendimentos no serviço; portanto, finalizou-se com 322 sujeitos que atenderam os critérios de inclusão.

3.5- Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo todos os trabalhadores, servidores públicos ativos da universidade, de ambos os sexos, que frequentaram o serviço no período do estudo e que eram atendidos pela própria pesquisadora, na triagem do Serviço de Saúde do Trabalhador.

Foram excluídos os trabalhadores que já haviam respondido ao formulário na primeira consulta; os que estavam em processo de admissão e demissão; os que estavam alcoolizados no momento da entrevista; os trabalhadores com transtorno mental; os trabalhadores de outras instituições conveniadas pelo SIASS (Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor)¹, atendidos nesse serviço; os aposentados e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

3.6. O instrumento de coleta dos dados

O instrumento utilizado foi o questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool, que consiste em 10 questões a respeito do uso de álcool no último ano, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool.

O ponto de corte do questionário AUDIT é 7, o que significa que oito ou mais pontos indicam o hábito de beber de risco ou nocivo, como também a possibilidade de dependência (RONZANI et al., 2006; BABOR et al, 2005). Dessa maneira, a classificação para análise bivariada foi classificada da seguinte maneira: os servidores que obtiveram resultado do

¹ SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2009) (Anexo A).

escore AUDIT < 8 foram classificados como consumidores de baixo risco e aqueles com escore AUDIT ≥ 8 foram classificados como consumidores de risco nocivo e provável dependência.

O questionário AUDIT foi elaborado e validado pela Organização Mundial de Saúde, cujo objetivo é classificar a intensidade do beber como uso, abuso ou dependência do álcool. Os termos do documento, traduzidos para o idioma português, foram ratificados pelas autoridades sanitárias brasileiras, estando em plena vigência nas instituições de saúde que lidam com questões relacionadas à dependência química. Cada questão oferece um grupo de respostas, e cada resposta tem uma pontuação que varia de 0 a 4 (BABOR et al., 2005).

Para o presente estudo, foram acrescentados a esse questionário variáveis referentes ao perfil socioeconômico e ao perfil ocupacional dos trabalhadores (Apêndice A)

3.7 – Variáveis

As variáveis do estudo compreenderam o perfil socioeconômico (sexo, data de nascimento, cor/raça, grau de escolaridade, situação conjugal, renda familiar *per capita* e religião); as características ocupacionais (variáveis independentes) e o padrão de consumo do álcool (variável dependente).

3.7.1. Variáveis dependentes

A variável dependente foi o padrão de consumo de álcool classificado segundo o questionário AUDIT (BABOR et al., 2005): consumo de baixo risco; consumo de risco; consumo nocivo e provável dependência.

O questionário AUDIT identifica as zonas de risco por meio de escores quantitativos: o uso de baixo risco representa a zona I (pontuações entre 0 e 7); o uso de risco representa zona II (pontuações entre 8 e 15); o uso nocivo representa a zona III (pontuações entre 16 e 19); e os sintomas de dependência representam a zona IV (pontuações entre 20 ou mais) (BABOR et al 2005).

As três primeiras questões do AUDIT avaliam o uso de risco (frequência de uso, quantidade em um dia típico e a frequência de beber pesado); as três seguintes avaliam sintomas de dependência (dificuldades de controlar o uso), aumento da importância da bebida e beber pela manhã; e as quatro últimas avaliam o uso nocivo de álcool (sentimento de culpa

após o uso, esquecimentos após o uso, lesões causadas pelo uso e preocupação de outros sobre o modo de beber).

Ao final da aplicação do AUDIT, os escores apresentados em cada questão são somados e, a partir disto, o padrão de consumo de álcool do indivíduo entrevistado pode ser classificado.

O questionário AUDIT apresenta o melhor instrumento para ser utilizado em serviços de atenção primária à saúde, segundo uma revisão sistemática da literatura conduzida por Fiellin et al. (2000), quando comparado a outros instrumentos de rastreamento para o consumo problemático de bebidas alcoólicas, tal como o CAGE e o MAST.

3.7.2. Variáveis independentes

• *Variáveis sociodemográficas*

Sexo – categorizado em feminino e masculino.

Idade – para análise, foram criadas categorias de faixas etárias: 19 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e > 60 anos.

Escolaridade - agrupadas: ensino fundamental, ensino médio e ensino superior.

Situação Conjugal - categorias: casado, separado/divorciado/ viúvo e solteiro.

Cor/raça - categorias: preta/negra, parda, branca e amarela ou indígena.

Renda familiar per capita – agrupada em relação ao salário mínimo (SM) nacional na época do estudo: <R\$ 510,00 (<1SM), entre R\$ 510 a R\$ 2.550,00 (1 a 5 SM) e ≥ R\$ 2.551,00 (5 ou mais SM).

• *Variáveis ocupacionais*

Tempo de serviço na instituição – para análise, foram criadas as categorias: 0 a 10 anos; 11 a 20 anos; 21 a 30 anos e 31 ou mais anos;

Cargo de chefia e o tempo que está nessa função – para análise, sim ou não tem cargo de chefia, e para o tempo foram criadas as seguintes categorias: até 5 anos; 6 a 10 anos; 11 a 20 anos; 21 a 30 anos;

Cargo que exerce na instituição – primeiramente foram criados um código para cada cargo, depois foram classificados de acordo com os cargos na universidade (BRASIL, 2005) distribuídos da seguinte forma: técnicos administrativos apoio, intermediário e superior e o cargo de docente (Apêndice B).

Tempo de atuação no atual setor – até 5 anos; 6 a 10 anos; 11 a 20 anos; ≥ 21 anos;

Horário de trabalho – foram criadas as seguintes categorias: plantão diurno, plantão noturno e diarista.

Centro universitário – primeiro foi identificado o centro da unidade e depois codificado de acordo com as seguintes categorias já estabelecidas pela universidade (BRASIL, 2012): Centro de Ciências da Saúde, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Centro de Ciências Matemáticas e da Natureza, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Centro de Letras e Artes, Centro de Tecnologia, Fórum de Ciência e Cultura, Reitoria e Hospitais (resolvemos separar as informações do Centro de Ciências da Saúde dos hospitais), já que os eles detinham o maior número de servidores que frequentaram o Serviço no período (Apêndice C).

3.8 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, com base em uma entrevista individual, durante três dias da semana no período da manhã e da tarde. O instrumento foi preenchido pela pesquisadora, no mesmo local da entrevista, o que facilitou a adesão à pesquisa. A entrevista foi realizada no consultório do enfermeiro para permitir a privacidade.

Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2011.

Após a entrevista com o trabalhador, este foi informado sobre o resultado do padrão de consumo de álcool e a zona de risco em que se encontrava, por meio do painel explicativo do AUDIT do manual de Intervenção Breve (BABOR et al., 2001) (Anexo B).

Os servidores que obtiveram as zonas de risco III (consumo nocivo) e IV (provável dependência) até o presente momento foram encaminhados para o Centro de Estudo e Pesquisa, Reabilitação em Álcool e Adictologia - CEPRAL, o qual tinha suas atividades desenvolvidas no Hospital Escola São Francisco de Assis da UFRJ, para atender essa clientela de uma forma geral.

3.9 Análise dos dados

A máscara do questionário e os dados foram processados e analisados por meio do Programa Epi-Info (versão 3.5.1), onde foi realizado o tratamento estatístico, e assim foram realizadas análises uni e bivariadas a partir de estatísticas descritivas, apresentadas em frequências absolutas e relativas.

O teste do qui-quadrado de Person foi utilizado para avaliação de associação entre as variáveis dependentes e independentes, sendo adotado o nível de 5% para significância estatística.

Os resultados foram discutidos à luz do referencial teórico que envolve essa temática.

3.10 Aspectos éticos

Foi solicitada autorização da instituição que serviu de cenário para a coleta de dados da pesquisa (Apêndice E), e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (CEP/EEAN-HESFA), sendo aprovada no dia 05 de junho de 2011, Protocolo 038/2011 (Anexo C).

O presente estudo seguiu as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. De acordo com as exigências éticas e científicas fundamentais constadas na resolução, o pesquisado teve o livre arbítrio da decisão de participar ou não da pesquisa, podendo desistir quando achasse oportuno, ou então a pesquisa podia ser cancelada quando apresentasse mal-estar de ambas as partes envolvidas, respeitando sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

Os procedimentos adotados no contato com os pesquisados foram feitos após o atendimento de rotina do servidor, fazendo a apresentação e a identificação da pesquisa, informando os objetivos da pesquisa, suas etapas e os possíveis benefícios para os participantes e a garantia do caráter voluntário e da liberdade para desistir e abandonar a pesquisa em qualquer momento sem prejuízo no atendimento e a garantia do anonimato para todos os envolvidos na pesquisa. O servidor respondeu às perguntas do formulário após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Com isso, foram resguardados os conceitos da bioética, autorizando a utilização de seus dados em pesquisas, ficando uma cópia com o entrevistado e outra via com a pesquisadora. Caso o trabalhador manifestasse a sua anuência à participação na pesquisa, cabia ao pesquisador o compromisso de não interferir ou influenciar nas opções de resposta.

Foram mantidos em anonimato todos os dados obtidos durante as entrevistas a fim de respeitar os princípios éticos da pesquisa.

CAPÍTULO IV

4. Apresentação dos Resultados

As apresentações dos resultados foram descritas em duas seções: na primeira, foram descritos os resultados das análises univariadas; na segunda, foram descritas as análises bivariadas.

4.1 Análises Univariadas

4.1.1 Caracterização do perfil socioeconômico dos trabalhadores

Tabela 1: Característica do perfil socioeconômico dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=322).

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo		
<i>Feminino</i>	202	62,7
<i>Masculino</i>	120	37,3
Faixa etária		
<i>19 a 29</i>	12	3,7
<i>30 a 39</i>	40	12,4
<i>40 a 49</i>	100	31,1
<i>50 a 59</i>	133	41,3
<i>>60</i>	37	11,5
Raça		
<i>Branços</i>	132	41,0
<i>Não brancos</i>	190	59,0
Situação Conjugal		
<i>Casado</i>	199	61,8
<i>Solteiro</i>	61	18,9
<i>Separado/divorciado/ viúvo</i>	62	19,3
Escolaridade		
<i>Ensino fundamental</i>	41	12,7
<i>Ensino Médio</i>	101	31,4
<i>Ensino Superior</i>	180	55,9
Renda per capita		
<i>< R\$ 510 (1SM)</i>	16	5,0
<i>De R\$ 510 a 2.550 (1 a 5 SM)</i>	223	69,3
<i>R\$ ≥ 2551(>5 SM)</i>	83	25,8
Religião		
<i>Católicos</i>	132	41,0
<i>Protestantes/Evangélicos</i>	95	29,5
<i>Espírita</i>	41	12,7
<i>Não tem</i>	37	11,5
<i>Outros</i>	17	5,3

Fonte: Divisão Saúde do Trabalhador da UFRJ/2011

A amostra do estudo compôs-se de 322 trabalhadores, sendo a maioria mulheres com 62,7%, na faixa etária de 50 a 59 anos com 41,3%. Em relação à cor de pele autorreferida, 59% relataram ser da raça não branca e 41%, da branca.

Em relação à escolaridade, mais da metade dos trabalhadores, 55,9%, tinham ensino superior e a maioria, 61,8%, eram casados, e tinham uma renda per capita entre R\$ 510 a 2.550 reais, ou seja de 1 a 5 salários mínimos no momento do estudo (69,3%).

No tocante à religião, 41% informaram ser católicos, seguidos dos evangélicos, com 29,5%, dos espíritas, com 12,7%, dos que não têm religião, com 11,5%, e de outros, com 5,3% (Tabela 1).

4.1.2 Caracterização do perfil ocupacional dos trabalhadores da UFRJ

Tabela 2: Característica do perfil ocupacional dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=322)

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Tempo de serviço		
<i>Até 5</i>	36	11,2
<i>6 – 10</i>	40	12,4
<i>11 – 20</i>	48	14,9
<i>21 – 30</i>	162	50,3
<i>31 ou mais</i>	36	11,2
Cargo de chefia		
<i>Sim</i>	27	8,4
<i>Não</i>	295	91,6
Tempo de chefia		
<i>Até 5</i>	17	63,0
<i>6 – 10</i>	7	25,9
<i>11 – 20</i>	2	7,4
<i>21 – 30</i>	1	3,7
Tempo de atuação		
<i>Até 5</i>	140	43,5
<i>6 – 10</i>	59	18,3
<i>11 – 20</i>	59	18,3
<i>≥ 21 anos</i>	64	19,9
Horário de trabalho		
<i>Plantão diurno</i>	64	19,9
<i>Plantão noturno</i>	34	10,6
<i>Diarista</i>	224	69,6

Fonte: Divisão Saúde do Trabalhador da UFRJ/2011

Quanto ao perfil ocupacional, observou-se que a maioria dos trabalhadores tinha entre 21 e 30 anos de serviço (50,3%); 11,2% tinham 31 anos ou mais de serviço. A maioria dos servidores não ocupava cargo de chefia (91,6%). Dos que ocupavam, 63% tinham menos de 5 anos na função e 25,9% tinham entre 6 e 10 anos.

Em relação ao tempo de atuação no setor, 43,5% tinham menos de 5 anos e 18,3% tinham entre 6 e 10 anos.

Quanto ao horário de trabalho, 69,6% dos trabalhadores eram diaristas, ou seja 30,4% dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador trabalhavam em esquema de plantão (Tabela 2).

Tabela 3 – Distribuição dos cargos dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=322)

CARGO	n	%
<i>TÉCNICO ADMINISTRATIVO</i>		
Apoio	58	18
Intermediário	180	55,9
Superior	70	21,7
<i>DOCENTE</i>	14	4,3

Fonte: Divisão Saúde do Trabalhador da UFRJ/2011

Quanto ao cargo, observou-se, entre os servidores técnicos administrativos, que a maior frequência, no período da coleta de dados, foi relacionada ao cargo administrativo de nível intermediário com 55,9%, seguido do nível superior com 21,7% e o docente com 4,3% de atendimento (Tabela 3).

Tabela 4 – Distribuição referente à lotação dos servidores por centros universitários e administrativos atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=322)

UNIDADE	n	%
Centro de Ciências da Saúde	39	12,1
Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas	5	1,6
Centro de Ciências Matemáticas e da Natureza	24	7,5
Centro de Filosofia e Ciências Humanas	14	4,3
Centro de Letras e Artes	9	2,8
Centro de Tecnologia	22	6,8
Fórum de Ciência e Cultura	6	1,9
Reitoria	32	9,9
Hospitais	171	53,1

Fonte: Divisão Saúde do Trabalhador da UFRJ/2011

Quanto à frequência dos servidores que frequentaram o Serviço de Saúde do Trabalhador no período, 53,1% estavam lotados nos hospitais, 12,1% no Centro de Ciências da Saúde e 9,9% na Reitoria (Tabela 4).

4.1.3 Características do padrão de consumo dos trabalhadores

Tabela 5 – Distribuição do padrão do consumo de álcool dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=322).

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Padrão de Consumo de Álcool		
Abstêmios (abstêmio sem o baixo risco)	150	46,6
Consumo de baixo risco*	131	40,7
Consumo de risco	33	10,2
Consumo nocivo	5	1,6
Provável dependência	3	0,9
Frequência do Consumo		
Nunca (abstêmios total)	159	49,4
Mensalmente ou menos	69	21,4
2 a 4 vezes por mês	71	22
2 a 3 vezes por semana	16	5
4 ou mais vezes por semana	7	2,2

Fonte: Divisão Saúde do Trabalhador da UFRJ/2011 * padrão de consumo sem os abstêmios

A Tabela 5 mostrou as descrições do AUDIT quanto à quantidade e frequência de consumo de álcool dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade. Assim, 50,6% afirmaram ter consumido álcool e 12,7% desses obtiveram um padrão de consumo de risco, nocivo e de provável dependência para o álcool (Tabela 6). O consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses foi mais frequente em duas ou quatro vezes por semana em 22% dos servidores.

Tabela 6 – Padrão do consumo de álcool de acordo com o escore do AUDIT dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=322).

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Consumo de baixo risco (< 8 AUDIT)	281	87,3
Consumo de risco, nocivo e de provável dependência (≥ 8 AUDIT)	41	12,7

Fonte: Divisão Saúde do Trabalhador da UFRJ/2011

As características sobre o padrão de consumo de álcool do estudo apontou que 87,3% foram classificados com o padrão de consumo de baixo risco (Tabela 6). Entretanto, ao

determinar aqueles que eram abstêmios desse grupo, 46,6% eram abstêmios nos últimos 12 meses e 40,7% faziam consumo de baixo risco.

Apesar disso, ao analisar a frequência do consumo de álcool desses servidores, pode-se perceber que 49,4% não consumiram álcool nos últimos 12, e, apesar de não terem consumido bebida alcoólica, 2,8% desses servidores causaram algum ferimento ou prejuízo a si próprio ou outra pessoa e/ou alguém sugeriu que parasse de beber nos últimos 12 meses ou mais, conforme as perguntas do questionário AUDIT (9 e 10).

Tabela 7 – Distribuição da dose-padrão de álcool habitualmente consumido pelos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=163)

Variáveis	n	%
Número de doses-padrão² em dia típico		
1-2	58	35,6
3-4	52	31,9
5-6	25	15,3
7-9	4	2,5
10 ou mais	24	14,7
Frequência de cinco ou mais doses-padrão*		
Nunca	86	52,8
Mensalmente ou menos	27	16,6
Mensalmente	33	20,2
Semanalmente	13	8,0
Todos ou quase todos os dias	4	2,5

Fonte: Divisão Saúde do Trabalhador da UFRJ/2011

Em relação à Tabela 7, foram excluídos dessa análise os servidores que responderam não consumir álcool nos últimos 12 meses, observando que 35,6% dos consumidores de álcool da amostra afirmaram que consumiram uma a duas doses-padrão, em um dia típico de consumo, enquanto 15,3% afirmaram ter ingerido 5 a 6 doses, e 14,7% consumiram 10 ou mais doses, nestas ocasiões. Ou seja, 32,5% dos servidores fizeram consumo de álcool, *binge drinking*, nos últimos 12 meses.

Quando indagados sobre a frequência de consumo de cinco ou mais doses-padrão de álcool, 52,8% dos trabalhadores responderam que nunca consumiram essa quantidade de álcool, já 16,6% responderam que consumiram esta quantidade mensalmente, 8,0%,

² 1 dose-padrão de álcool corresponde, em média, a uma latinha de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida *ice*. Cada dose-padrão contém cerca de 10-12 g de álcool (WHO, 2004)

semanalmente e 2,5%, todos ou quase todos os dias. Esse resultado mostrou que 47,2% dos servidores consumiram 5 ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 12 meses, ou seja beberam pesado esporadicamente.

Tabela 8 – Características do consumo de álcool dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=77).

Variáveis	n	%
Frequência de beber sem conseguir parar		
Nunca	61	79,2
Com alguma frequência	16	20,8
Deixou de fazer o esperado devido à bebida		
Nunca	65	84,4
Com alguma frequência	12	15,6
Necessidade de bebida pela manhã		
Nunca	73	94,8
Com alguma frequência	4	5,2
Sentimento de culpa depois de ter bebido		
Nunca	52	67,5
Com alguma frequência	25	32,5
Incapacidade de lembrar o que aconteceu na noite anterior por causa da bebida		
Nunca	60	77,1
Com alguma frequência	17	22,1

Fonte: Divisão Saúde do Trabalhador da UFRJ/2011

Conforme aponta a Tabela 8, 23,9% (n=77) dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador responderam às 10 perguntas do questionário AUDIT, relacionadas com o uso e abuso de álcool (risco, nocivo e provável dependência).

Dessa maneira, 20,8% dos trabalhadores não conseguiram parar de consumir álcool, uma vez tendo começado e 15,6% deixaram de fazer o esperado devido à bebida. Em relação a necessidade de beber pela manhã para poder sentir-se melhor após ter bebido bastante na noite anterior, 5,2% responderam que sim, 32,5% já sentiram culpa após ter bebido e 22,1% foram incapazes de lembrar o que aconteceu devido à bebida.

Tabela 9 – Problemas relacionados ao consumo de álcool dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=322)

Variáveis	n	%
Causou prejuízo ou ferimento a si ou a outra pessoa por ter bebido		
Sim	17	5,3
Não	305	94,7
Alguém sugeriu que parasse de beber		
Sim	35	10,9
Não	287	89,1

Fonte: Divisão Saúde do Trabalhador da UFRJ/2011

A Tabela 9 aponta os problemas relacionados ao consumo de álcool na amostra, observando que 5,3% dos trabalhadores afirmaram já terem causado ferimento ou prejuízo a outra pessoa após consumir bebida alcoólica e 10,9% responderam que alguém já lhe sugeriu que parasse com o uso de álcool.

4.2 Análise bivariada

Tabela 10 – Distribuição do padrão de consumo de álcool associado ao uso e abuso, conforme o escore do AUDIT*, dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=322)

	Consumo de baixo risco		Consumo de risco, nocivo e provável dependência.		Valor de p**
	n	%	n	%	
Frequência do Consumo¹					
Nunca	159	56,6	0	0	Não convergiu
Mensalmente ou menos	69	24,6	0	0	
2 a 4 vezes por mês	49	17,4	22	53,7	
2 a 3 vezes por semana	4	1,4	12	29,3	
4 ou mais vezes por semana	0	0	7	17,1	
Número de doses-padrão em dia típico²					
1-2	58	47,5	0	0	Não convergiu
3-4	46	37,7	6	14,6	
5-6	15	12,3	10	24,4	
7-9	2	1,6	2	4,9	
10 ou mais	1	0,8	23	56,1	
Frequência de cinco ou mais doses-padrão³					
Nunca	86	70,5	0	0	< 0,01
Com alguma frequência	36	29,5	41	100	
Frequência de beber sem conseguir parar⁴					
Nunca	33	91,7	28	68,3	< 0,01
Com alguma frequência	3	8,3	13	31,7	
Deixou de fazer o esperado devido à bebida⁵					
Nunca	35	97,2	30	73,2	< 0,01
Com alguma frequência	1	2,8	11	26,8	
Necessidade de bebida pela manhã⁶					
Nunca	36	100	37	90,2	< 0,01
Menos que mensalmente	0	0	4	9,8	
Sentimento de culpa depois de ter bebido⁷					
Nunca	32	88,9	20	48,8	< 0,01
Com alguma frequência	4	11,1	10	51,2	
Incapacidade de lembrar o que aconteceu na noite anterior por causa da bebida⁸					
Nunca	35	97,2	25	61	< 0,01
Com alguma frequência	1	2,8	16	39	
Causou prejuízo ou ferimento a si ou a outra pessoa por ter bebido¹					
Sim	8	2,8	9	22	< 0,01
Não	273	97,2	32	78	
Alguém sugeriu que parasse de beber¹					
Sim	14	5	21	51,2	< 0,01
Não	267	95	20	48,8	

* As zonas de risco pelo escore (AUDIT<8 – consumo de baixo risco e AUDIT ≥ 8 – consumo de risco (risco, nocivo e provável dependência), ** Teste do qui-quadrado de Person ; 1- (n= Consumo de baixo risco=281 e risco=41); 2 e 3 (n - Consumo de baixo risco=122 e risco=41); 4 a 8 (n - Consumo de risco=36 e risco=41).

A Tabela 10 mostra os itens do padrão de consumo de álcool dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, distribuídos de acordo com a categoria de pontuação atingida no AUDIT, revelando que houve significância estatística na maioria dos itens.

Essa tabela foi analisada de acordo com o padrão de consumo baseado no escore padronizado do AUDIT (BABOR et al., 2005). Os que obtiveram uma pontuação de 0 a 7 no AUDIT foram considerados consumidores de baixo risco e aqueles que obtiveram resultado acima de 8 no AUDIT foram classificados como de consumo de risco, nocivo e de provável dependência.

Sendo assim, a Tabela 10 mostrou 53,7% dos consumidores de baixo risco fizeram um consumo de álcool de 2 a 4 vezes por mês e 29,3% de 2 a 3 vezes por semana, ou seja, a maioria dos servidores relatou não consumir álcool nos últimos 12 meses, porém aqueles que consumiram fizeram com maior frequência.

No que se refere à quantidade de doses consumida em um dia típico, verificou-se que 56,1% dos servidores do padrão de consumo de risco relataram ter consumido 10 ou mais doses, seguidos daqueles que consumiram 5 a 6 doses-padrão com 24,4%.

Chama atenção a frequência do consumo de cinco ou mais doses-padrão em uma única vez em relação aos servidores de consumo de baixo risco, 29,5% relataram ter feito este consumo com alguma frequência.

Os indicadores de consumo de risco ($AUDIT \geq 8$) em relação ao questionário AUDIT mostraram na Tabela 10 que 37,1% não conseguiram parar de beber, 26,8% deixaram de fazer aquilo que era esperado, 51,2% apresentaram sentimento de culpa ou remorso após ter bebido e 39% foram incapazes de lembrar o que aconteceu após beber. Entretanto, 90,2% nunca tiveram a necessidade de beber pela manhã para se sentir bem após ter bebido muito no dia anterior.

Dos servidores com padrão de consumo de risco, nocivo e de provável dependência, 22% causaram algum prejuízo ou ferimento pelo uso de álcool a si próprio ou a outra pessoa e a 51,2% deles alguém sugeriu que parassem de beber nos últimos 12 meses.

Entretanto, ressalta-se, em relação aos servidores com padrão de consumo de baixo risco com escore abaixo de 8 do AUDIT, que 2,8% já causaram algum ferimento a si próprio ou a outra pessoa e a 5% desses alguém sugeriu que parassem de beber nos últimos 12 meses.

Tabela 11 – Características das variáveis socioeconômicas associadas ao uso e abuso de álcool, conforme o escore AUDIT* dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=322)

	Consumo de baixo risco (n=281)		Consumo de risco, nocivo e provável dependência. (n=41)		Valor de p**
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	93	33,1	27	65,9	< 0,01
Feminino	188	66,9	14	34,1	
Faixa etária					
18 a 35 anos	38	13,5	3	7,3	0,265
36 a mais anos	243	86,5	38	92,7	
Raça					
Branços	119	42,3	13	31,7	0,195
Não brancos	162	57,7	28	68,3	
Situação Conjugal					
Casados	175	62,3	24	58,5	0,645
Não Casados	106	37,7	17	41,5	
Escolaridade					
Até ensino médio completo	116	41,3	26	63,4	< 0,01
Ensino superior ou mais	165	58,7	15	36,6	
Renda per capita					
Até 2 salários	69	24,6	14	34,1	0,189
Mais que 2 salários	212	75,4	27	65,9	
Religião					
Católicos	113	40,2	19	46,3	0,456
Não católicos	168	59,8	22	53,7	

* As zonas de risco pelo escore (AUDIT<8 – consumo de baixo risco e AUDIT ≥ 8 – consumo de risco (risco, nocivo e provável dependência),**Teste do qui-quadrado de Person

De acordo com a Tabela 11, houve uma significância estatística nas variáveis de sexo e escolaridade, mostrando que os indivíduos do sexo masculino apresentaram as maiores proporções para o grupo de padrão de consumo de risco, nocivo e provável dependência de álcool (65,9%) quando comparadas às proporções do mesmo padrão de consumo das mulheres (34,1%) (p=0,01).

Os servidores de padrão de consumo de risco, nocivo e provável dependência de álcool apresentaram o nível de escolaridade até o ensino médio completo, obtendo a maior proporção com 63,4%, quando comparados ao mesmo grupo com ensino superior ou mais (Tabela 10) (p=0,01).

Entretanto, apesar de as outras variáveis independentes não apresentarem significância estatística, elas sugerem associações importantes em relação aos servidores quanto ao padrão de consumo de álcool nesse estudo para os que tinham acima de 36 anos de idade; os que

autodeclararam pardos, negros ou outras raças; os casados e 65,9% dos que recebiam mais de 2 salários mínimos na renda *per capita*.

Tabela 12 – Distribuição das características ocupacionais associadas ao uso e abuso de álcool segundo o escore do AUDIT* dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=322)

	Consumo de baixo risco (n=281)		Consumo de risco, nocivo e provável dependência. (n=41)		Valor de p**
	N	%	n	%	
Tempo de serviço					
Até 10 anos	69	24,6	7	17,1	0,291
Mais de 10 anos	212	75,4	34	82,9	
Cargo de chefia					
Sim	26	9,3	1	2,4	0,141
Não	255	90,7	40	97,6	
Tempo de chefia (n=23)					
Até 10 anos	23	88,5	1	100	0,718
Mais de 10 anos	3	11,5	0	0	
Tempo de atuação					
Até 10 anos	171	60,9	28	68,3	0,359
Mais de 10 anos	110	39,1	13	31,7	
Horário de trabalho					
Diarista	192	68,3	32	78,0	0,206
Plantonista	89	31,7	9	22,0	

* As zonas de risco pelo escore (AUDIT<8 – consumo de baixo risco e AUDIT ≥ 8 – consumo de risco (risco, nocivo e provável dependência),**Teste do qui-quadrado de Person

Na Tabela 12, não houve significância estatística para as variáveis independentes referentes ao perfil ocupacional. Entretanto, chamaram a atenção os servidores de padrão de consumo de risco, nocivo e provável dependência que tinham mais de 10 anos de tempo de serviço na instituição (82,9%), aqueles que atuavam há menos de 10 anos no atual setor de trabalho (68,3%) e os que trabalhavam todos os dias (78%) quando comparados àqueles que trabalhavam em esquema de plantão.

Tabela 13 – Distribuição dos cargos ocupados associados ao uso e abuso de álcool de acordo com o escore do AUDIT* dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=322)

	Consumo de baixo risco (n=281)		Consumo de risco, nocivo e provável dependência. (n=41)		Valor de p**
	N	%	n	%	
Apoio e intermediário	199	70,8	39	95,1	> 0,01
Superior e docente	82	29,2	2	4,9	

* As zonas de risco pelo escore (AUDIT<8 – consumo de baixo risco e AUDIT ≥ 8 – consumo de risco (risco, nocivo e provável dependência),**Teste do qui-quadrado de Person

Em relação ao cargo ocupado pelos servidores com padrão de consumo de risco, nocivo e dependente para o álcool observou-se que 95,1% dos cargos de técnicos administrativos de apoio e intermediário apresentaram maior risco em relação ao de nível superior e docente, com uma significância estatística em relação ao consumo abusivo de álcool ($p=0,01$) (Tabela 13).

Tabela 14 – Distribuição dos Centros Universitários associada ao padrão de consumo de álcool de acordo com o escore do AUDIT* dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, no período de agosto/2011 a maio/2012, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (n=322)

	Consumo de baixo risco (n=281)		Consumo de risco, nocivo e provável dependência. (n=41)		Valor de p**
	n	%	n	%	
Centro de Ciências da Saúde	31	11	8	19	Não convergiu
Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas	4	1,4	1	2,9	
Centro de Ciências Matemáticas e da Natureza	22	7,8	2	4,9	
Centro de Filosofia e Ciências Humanas	12	4,3	2	4,9	
Centro de Letras e Artes	7	2,5	2	4,9	
Centro de Tecnologia	19	6,8	3	7,3	
Fórum de Ciência e Cultura	6	2,1	0	0	
Reitoria	28	10	4	9,8	
Hospitais	152	54,1	19	46,3	

* As zonas de risco pelo escore (AUDIT<8 – consumo de baixo risco e AUDIT ≥ 8 – consumo de risco (risco, nocivo e provável dependência), **Teste do qui-quadrado de Person

Como mostra a Tabela 14, embora não tenha havido significância estatística em relação aos Centros Universitários dos servidores com o padrão de consumo para o álcool, chamam atenção os resultados: 46,3% dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador da universidade eram dos hospitais, 19% eram do Centro de Ciências da Saúde e 9,8% eram da Reitoria.

CAPÍTULO V

5 . DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo em relação à identificação do padrão de consumo de álcool dos trabalhadores de uma universidade foi muito importante para o entendimento da distribuição de vários aspectos ligados aos seus hábitos. Para alcançar aos objetivos propostos, esse capítulo foi dividido em quatro partes: Características do perfil socioeconômico e ocupacional; Características do perfil socioeconômico e ocupacional em relação ao padrão de consumo de álcool; Características do padrão de consumo de álcool e aplicabilidade da Intervenção Breve entre os trabalhadores.

5.1 Características do perfil socioeconômico e ocupacional

O presente estudo identificou a predominância do sexo feminino no Serviço de Saúde do Trabalhador, reforçando o que já foi identificado e demonstrado por outros trabalhos científicos, que as mulheres procuram mais o atendimento médico. Segundo Pereira (2000), as mulheres utilizam mais os serviços de saúde, aproximadamente 20% a mais que os homens; dessa forma, esse resultado corroborou o que tem sido discutido em outros estudos por vários autores (ALMEIDA e COUTINHO, 2003; LARANJEIRA, 2010; FERREIRA et al., 2011; JOMAR, 2011; LOPES, 2011).

Nesse sentido, também podemos dizer que as mulheres, talvez por desempenharem, de forma geral, dois papéis na sociedade, ou seja, executam as tarefas domésticas e também as funções laborativas em seus ambientes de trabalho, sofrem mais exigências, que podem levar a consequências danosas a sua saúde física e mental, conforme apontam vários autores nessa linha de raciocínio (ROTENBERG et al., 2001; SANTOS e ALVES JUNIOR, 2007; ANDRADE et al., 2008; TAIMELA et al., 2007).

A amostra foi composta em sua maioria por trabalhadores acima de 40 anos e os casados. Esses achados corroboraram os de Brenner et al.(2000) e Andrade et al. (2008) quando observaram em seus estudos um aumento da taxa de absenteísmo e do número de dias afastados com relação ao aumento da idade, ou seja, quanto maior a idade, maior foi a procura pelos serviços de atendimento ao trabalhador.

No que se refere à raça/cor, identificou-se que os servidores que se autorreferiram não brancos tiveram o maior percentual de atendimento. Estudos epidemiológicos sobre as

morbidades relacionadas à raça/cor são importantes para aprofundamento do conhecimento científico sobre como as desigualdades étnicas influenciam na saúde populacional, incluindo a saúde do trabalhador (SILVA, 2007). No entanto, esta variável pode estar refletindo as condições sociodemográficas subjacentes da população do estudo.

Em relação à escolaridade, observou-se que a maioria dos trabalhadores era de nível superior, seguidos daqueles com nível médio. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos com servidores públicos; Lopes (2011), por exemplo, identificou que 50,3% dos técnicos administrativos da Universidade de Ribeirão Preto cursaram o ensino superior, e Brito (2007) identificou que 45% da sua amostra também tinham o ensino superior.

A maioria dos servidores tinha uma renda per capita de 1 a 5 salários mínimos, ou seja, tinha uma baixa renda. Isso nos leva a sugerir que esses trabalhadores em sua grande maioria foram os técnicos administrativos de nível intermediário. Outros estudos encontraram resultados semelhantes a esses, como o de Lopes (2011), em que a renda *per capita* dos servidores públicos de uma universidade em São Paulo foi de 1 a 2 salários mínimos, e Brito (2008), em que a maior parte dos funcionários de uma universidade pública do Rio de Janeiro tinha renda familiar *per capita* maior ou igual a três salários mínimos.

Com relação à religião dos trabalhadores, verificou-se que a maioria eram católicos seguidos dos protestantes, mostrando que esta população referiu ter uma prática religiosa. O mesmo foi encontrado no censo do IBGE de 2000, em que a maioria da população brasileira referiu ter uma religião, e o catolicismo foi a filiação religiosa com maior percentual, seguido da protestante/evangélica, evidenciando uma semelhança do estudo com a realidade brasileira (DIEHL et al., 2011).

Em relação ao perfil ocupacional, evidenciamos que mais da metade dos trabalhadores tinham entre 21 e 30 anos de tempo de serviço na universidade, pressupondo que estavam mais predispostos, por conta da idade e do tempo de serviço, a terem problemas relacionados ao trabalho, e dessa forma, provavelmente maiores predisposição a procurarem mais o serviço. Além disso, observou-se que o tempo de atuação no setor de trabalho atual foi de até 5 anos. Embora com elevado tempo de serviço na instituição, a maioria relatou mudança de setor nos últimos anos, o que nos mostra uma certa rotatividade desses trabalhadores, dentro da universidade, nos setores de trabalho. No entanto, no atual estudo não se pôde identificar o motivo da mudança do setor de trabalho após um longo período na instituição, sendo necessário realizar outro estudo para determinar esses motivos e assim poder associar ou não ao consumo de risco de álcool.

Um estudo realizado por Lopes (2011) também encontrou que 32% dos funcionários públicos tinham até 5 anos de tempo de trabalho, e o estudo de Costa (2010) apresentou predomínio de servidores de uma universidade com menos de 5 anos de tempo de trabalho.

Quanto ao cargo ocupado na universidade verificou-se que a maioria dos trabalhadores atendidos no Serviço de Saúde do trabalhador foram os técnicos administrativos de nível intermediário, podendo isso ser justificado por ter o maior efetivo de servidores técnicos administrativos em relação aos docentes. Corroborando este resultado, Lopes (2011) verificou que 52,8% dos funcionários de sua amostra eram de nível médio de ocupação.

Os centros universitários que apresentaram maior percentual de servidores atendidos na DVST foram os hospitais, seguidos do Centro de Ciências da Saúde. Esse resultado pode ser justificado pelo fato de essas duas unidades apresentarem maior efetivo de servidores na universidade; além disso, essas unidades, sobretudo os hospitais, no momento do estudo estavam passando por períodos delicados, principalmente com uma infraestrutura prejudicada, além disso apresentando problemas no dimensionamento de pessoal, sobrecarregando os profissionais dessas unidades.

5.2 Características do perfil socioeconômico e ocupacional em relação ao padrão de consumo de álcool

A prevalência de trabalhadores que declararam consumir bebidas alcoólicas com alguma frequência nos últimos 12 meses foi significativa entre os trabalhadores. Os padrões de consumo foram divididos em de baixo risco e de risco (risco, nocivo e provável dependência).

Os servidores do sexo masculino, não brancos e casados, com mais de 36 anos de idade, foram os que apresentaram maior percentual do padrão de consumo de risco, sendo essas características importantes para uma análise do consumo de álcool quanto aos fatores de risco que poderiam determinar este consumo.

Apesar de o Serviço de Saúde ao Trabalhador ter atendido mais as mulheres, os homens foram os que tiveram a maior proporção do padrão de consumo de risco e apresentaram significância estatística para esta associação, com base em alguns estudos (SILVA et al., 2002; CARRILO e MAURO, 2004; MAGALLÓN e ROBAZZI, 2005; BARROS et al., 2008; BRANCO et al., 2009; FERREIRA et al., 2011; LARANJEIRA et al., 2011).

Apesar de não ter havido significância estatística para as variáveis de faixa etária, raça e situação conjugal, este estudo mostrou algumas proporções que supostamente são fatores de risco para o consumo abusivo de álcool, em comparação com outros estudos, como a faixa etária elevada, o consumo entre pardos e negros e também os casados.

Entretanto, o consumo de álcool tende a diminuir ao longo do tempo, ou seja, a abstinência aumenta com a idade; porém, o estudo não obteve esse resultado, pois, como características da amostra analisada dos servidores, tinham idade mais avançada (LARANJEIRA, 2007; DIEHL et al., 2011).

Segundo Diehl et al. (2011), existem dois grupos de idosos que têm problemas de álcool, aqueles que já o tinham na vida adulta e mantiveram seu padrão de uso após os 60 anos (2/3) e aqueles que iniciam o abuso na terceira idade (1/3). Os primeiros têm história familiar de alcoolismo, não têm bom ajuste familiar e podem ter tido problemas legais quando jovens. Já aqueles que iniciam abuso tardiamente com frequência relatam eventos adversos de vida como causa do problema. Nesse caso, não foi possível definir que tipo de consumidor esses servidores eram, apenas em que padrão foram classificados.

Os trabalhadores que se autodeclararam não brancos apresentaram associação com o padrão de consumo de risco. Jomar (2011) também encontrou o mesmo resultado em indivíduos que se autodeclararam negros e/ou mestiços, no qual apresentaram os níveis mais elevados de consumo problemático de álcool. Em seu estudo, Bastos et al. (2008) realizaram entrevistas com 5040 brasileiros de ambos os sexos de todas as regiões do país, mostrando que ser da cor branca foi um fator de proteção para o consumo abusivo de álcool. Dessa forma, esses servidores devem ter maior atenção, pois não só têm fator de risco para o consumo de álcool, mas para outras doenças crônicas também.

Quanto a situação conjugal, os casados foram os que tiveram o maior padrão de consumo de risco. Segundo Matute e Pillon (2008) e Reisdorfer (2010), as pessoas que vivem sozinhas apresentam maiores possibilidades de consumir bebidas alcoólicas. Portanto, ao contrário dos resultados de outros estudos, os servidores casados foram que obtiveram o maior percentual de consumo de risco de álcool. Este percentual foi justificado pelo perfil da demanda de atendimento ao Serviço de Saúde do Trabalhador, onde 61,8% eram casados. Entretanto, um estudo realizado no México verificou que os trabalhadores casados foram os que mais consumiram álcool (MAGALLÓN e ROBAZZI, 2005).

Neste estudo, houve uma associação entre os servidores com maior nível de escolaridade e o consumo de risco de álcool. Barros et al. (2003) encontraram em seu estudo que os indivíduos de maior escolaridade consumiram com maior frequência; porém, o

consumo de maior risco foi mais elevado no segmento de escolaridade inferior. O mesmo foi encontrado em um inquérito telefônico em 2010 na população brasileira, em que a frequência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou com a escolaridade do indivíduo (BRASIL, 2010).

Corroborando esses achados, um estudo realizado por Bortolozzi et al. (2010) também apresentaram no seu resultado maior escolaridade para aqueles que consumiam em maior quantidade. Segundo Reisdorfer (2010), a maior ingestão de álcool verifica-se nas pessoas com nível socioeconômico mais elevado, mas a maior prevalência de consumo de risco (risco, nocivo e provável dependência) vem sendo encontrada em pessoas com baixa escolaridade e renda (FERREIRA, 2011).

Em relação à religião, os trabalhadores que referiram ser da religião católica tiveram o padrão de consumo de risco mais elevado do que os trabalhadores ditos evangélicos, apesar de não ter apresentado significância estatística. Dessa forma, o presente estudo corroborou os achados do estudo realizado em São Paulo, onde 85,7% dos católicos usaram álcool nesse período, somente 62,3% dos protestantes fizeram tal uso; ou seja, ter e praticar uma religião influencia como fator de proteção do consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas (DIEHL et al., 2011; SANCHEZ e NAPPO, 2007; SILVA et al., 2006; MUSAYÓN e CAUFIELD, 2005).

Em um estudo realizado por Barros et al. (2007), a prevalência de consumo abusivo de álcool era maior entre as pessoas que não frequentavam a igreja ou não tinham nenhuma religião. Outro estudo realizado em São Paulo verificou que os indivíduos que participavam de alguma prática religiosa tenderam a apresentar maior bem-estar psicológico, e assim menores taxas de depressão e de uso de álcool; sendo assim, a prática religiosa foi apontada como um fator de proteção para a saúde (SILVA et al., 2010).

Quanto ao perfil ocupacional associado ao padrão de consumo de risco, verificou-se que os trabalhadores com mais de 10 anos de universidade e os que atuavam a menos de 5 anos no seu atual setor, apesar de não ter tido significância estatística, apresentaram associação como o padrão de consumo de risco de álcool. Apesar de pouco tempo no atual setor de trabalho, a maioria tinha mais de 10 anos de universidade, e segundo Lopes (2011), quanto maior o tempo na empresa, maior o desgaste emocional, menor o controle sobre a vida e maior o consumo de bebida alcoólica.

Verifica-se na literatura que a satisfação profissional está relacionada com a experiência profissional, envolvimento institucional e estabilidade adquirida, cujas características determinam a permanência do trabalhador em uma instituição (MARTINS et al., 2006). Ou

seja, com os servidores entrevistados observou-se que tinham muito tempo de instituição, mas pouco tempo no setor de trabalho, supondo que havia pouco envolvimento com o trabalho. Dessa maneira, supõe-se que estes trabalhadores estavam em um período de adaptação ao novo ambiente de trabalho, estando mais suscetíveis ao estresse e assim com maior consumo de risco de álcool devido aos problemas relacionados com o processo de trabalho.

Quanto ao horário de trabalho, os servidores que trabalhavam diariamente, apesar de isso não apresentar associação estatística, tiveram a maior frequência para o padrão de consumo de risco. Vale lembrar que esses foram os que tiveram maior percentual de atendimento no Serviço de Saúde do Trabalhador durante a pesquisa. O estudo de Gemelli et al. (2008), ao contrário desse resultado, mostrou que o consumo de risco de álcool ocorreu nos funcionários que trabalhavam em esquema de plantão.

Em relação à associação entre o cargo ocupado na universidade e o padrão de consumo de risco de álcool, os resultados mostraram que os cargos de técnico administrativo de apoio e intermediário apresentam um maior padrão de consumo de risco. Outros estudos também mostraram que nestas ocupações de pessoal técnico há uma frequência aumentada de consumo de álcool, já que se caracterizam desprestigiados perante a sociedade ou determinantes de rejeição, cuja possibilidade de ascensão qualificação profissional é restrita, o que pode gerar um sofrimento mental (MABUCHI et al., 2007; DONATO e ZEITOUNE, 2006).

Segundo Carrilo e Mauro (2003), o estresse laboral deve-se à existência de fatores próprios da organização e ao conteúdo do trabalho, porque existem fatores tanto quantitativos (quantidade de trabalho, pressões de tempo, altas demandas de atenção) como qualitativos (trabalhos com pouca criatividade, e escassa interação social) que podem provocar riscos de uso de substâncias nocivas nos trabalhadores e inclusive potencializam doenças.

Em relação ao centro universitário, é importante destacar que os Hospitais e o Centro de Ciências da Saúde apresentaram maior frequência quanto ao padrão de consumo de risco de álcool, apresentando o maior percentual de atendimento no serviço de saúde do trabalhador da universidade.

5.3 Características do padrão de consumo de álcool dos trabalhadores

A identificação do perfil de consumo de bebidas alcoólicas pode ser bastante útil para o entendimento dos vários aspectos ligados a este hábito. Assim, com base nas características socioeconômicas e ocupacionais ligadas a grupos com maior exposição a fatores e

comportamentos de risco, pode-se elaborar políticas e programas de saúde mais eficazes e equânimes.

Neste estudo, a prevalência de pessoas que declararam consumir bebida alcoólica com alguma frequência no último ano foi de 50,6%. Esse valor apresentou-se semelhante em relação ao encontrado em um levantamento nacional realizado em 108 cidades brasileiras, nos quais foi identificado que 49,8% da população fizeram uso de álcool nos últimos 12 meses. Já em uma cidade do sul do país esta frequência foi de 45,5% (BORTOLUZZI et al., 2010).

A proporção de abstêmios do estudo foi de 49,4%, resultados semelhantes foram encontrados entre servidores públicos de uma universidade da região sul do país, com 49,8% (OLIVEIRA, 2005), e na população geral, com 48% (LARANJEIRA et al., 2010). Estes resultados foram superiores aos encontrados entre técnicos administrativos de Ribeirão Preto que foi de 27,4% (LOPES, 2011) e em uma população de Florianópolis, que foi de 30% (REISDORFER, 2010).

Apesar do índice elevado de abstêmios, considerado um bom indicador, essa situação não pode ser esquecida ou descuidada. A vigilância deve ser constante e ser objeto de ação das políticas intersetoriais e da saúde, já que a publicidade de bebida alcoólica destaca na qualidade e criatividade. O percentual de servidores que fizeram consumo de bebida alcoólica foi superior ao encontrado em nível nacional (FERREIRA et al., 2011; REISDORFER, 2010).

Nesse contexto, o percentual de abstêmios poderia estar subestimado em relação aos servidores entrevistados no serviço de saúde do trabalhador, pois mesmo com o estudo preservando a sua identificação, haveria receio quanto às respostas sobre o consumo de álcool, pelo fato de estares em um serviço de perícia médica.

No que se refere ao consumo de álcool em número de doses em dia típico, foi verificado que 32,5% da amostra consumiu cinco ou mais doses em um dia típico. Chama atenção a frequência que esses trabalhadores fizeram consumo do tipo *binge*, em um dia típico. Em um estudo feito entre técnicos administrativos de uma universidade em São Paulo, esse resultado foi duas vezes menor 15,7% (LOPES, 2011).

Os resultados demonstraram que 20,2% dos servidores referiram, pelo menos uma vez ao mês, consumir seis ou mais doses em uma ocasião. Esse consumo de álcool em quantidade elevada em uma única ocasião é denominado *binge drinking*³ internacionalmente e, no Brasil,

³ *Binge drinking* significa “bebedeira” ou “farra”. Este termo é utilizado para expressar um padrão de bebida no qual a quantidade é de cinco doses para homens e quatro para mulheres, em uma só ocasião. (DIEHL et al., 2011).

é denominado beber pesado episódico; traz prejuízo a si próprio ou a outra pessoa, principalmente os problemas de saúde e de violência (FERREIRA et al., 2011).

Diante disso, chama a atenção o papel dos enfermeiros do trabalho durante o atendimento dos servidores no Serviço de Saúde do Trabalhador, pois muitos relataram não consumir bebida alcoólica, mas aqueles que beberam fizeram um consumo pesado de álcool, o que poderia interferir no tratamento das doenças pelo qual estava licenciado e, além disso, no seu processo de trabalho.

Ao analisarmos o total de servidores que fizeram esse consumo com alguma frequência (mensalmente, semanalmente e diariamente), percebemos o quanto a situação agravou, pois 47,2% dos servidores consumiram seis ou mais doses em uma ocasião. Em outro estudo com os técnicos administrativos de Ribeirão Preto esse percentual foi de 36,8% (LOPES, 2011).

Os prejuízos causados pelo elevado consumo de bebidas alcoólicas comumente se associam aos declínios de produtividade, violência familiar (ORTIZ e MARZIALE, 2010), principalmente no âmbito da organização do trabalho, como o risco aumentado de absenteísmo, aposentadoria precoce e licenças médicas frequentes, diminuição da produtividade, rotatividade de funcionários, dificuldades de relacionamento entre os colegas, e, ainda, uma diminuição da motivação na empresa (VALENCIA e GÓMEZ, 2005; OMS, 2011). Essa situação pode ser um indicativo de que as políticas de redução dos danos causados aos trabalhadores perpassam pelo incentivo à diminuição do consumo de álcool, devendo ser proposta uma política de prevenção ao consumo abusivo entre esses trabalhadores.

Dessa maneira, na análise dos prejuízos causados pelo álcool, 5,3% responderam que já causaram prejuízos por causa da bebida. Este resultado foi muito semelhante ao encontrado em um estudo realizado com técnicos administrativos em Ribeirão Preto, que foi de 5,84% (LOPES, 2011) e duas vezes maior que o encontrado no estudo no sul do país (BORTOLUZZI et al., 2010).

Um indicativo importante dos problemas causados pelo consumo de bebidas alcoólicas nessa amostra correspondeu à frequência de trabalhadores que tiveram o resultado de maior padrão de consumo de álcool. Estes admitiram que já foram aconselhados a parar de beber por um amigo, parente e ou profissional de saúde; 10,9% da amostra já foram aconselhados a parar de beber. Observa-se que, mesmo que o consumidor não perceba o seu consumo de bebida alcoólica, ele reflete uma inquietação sobre a possibilidade de esse costume fazer mal a si ou a terceiros.

Quando consideradas as pessoas que apresentaram escore < 8 para o AUDIT, ou seja, consumo de baixo risco, percebeu-se, nesse grupo, que 5% relataram que algum amigo, parente ou profissional de saúde já sugeriu que parasse de beber. Isso mostra que mesmo os indivíduos que foram classificados como consumidores de baixo risco, em algum momento na vida, não nos últimos doze meses, já tiveram problemas com álcool. Há a necessidade de o enfermeiro do trabalho estar atento, também, a essa população de trabalhadores que se diz abstinente hoje, pois se supõe que as respostas dos servidores podem também estar subestimadas quanto ao questionamento. Resultados semelhantes também foram encontrados em estudos como de Lopes (2011), Jomar (2011) e Barros et al.(2008).

O padrão de consumo de álcool entre os trabalhadores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade foi classificado como consumo de baixo risco para 87,3% da amostra. Esse resultado vem ao encontro de outros estudos semelhantes, como o de Lopes (2011). Este encontrou uma frequência de 72,7% entre os servidores de uma universidade pública de São Paulo, e Carrilo e Mauro (2003) encontraram, em um estudo com trabalhadores petroquímicos do estado do Rio de Janeiro, a frequência de 65,5%. Todos esses estudos obtiveram resultado acima do encontrado na população brasileira, cuja frequência foi de 52% (LARANJEIRA et al., 2010).

No entanto, 12,7% dos trabalhadores da universidade fizeram consumo de risco, nocivo e de provável dependência (pontuação maior ou igual a 8 no AUDIT), nos últimos 12 meses. Corroborando este resultado foi verificado que 12,3% dos técnicos administrativos de uma universidade em São Paulo tinham esse padrão de consumo de risco, porém outros estudos encontraram resultados superiores, como no estudo no sul do país que identificou que 14,9% dos entrevistados faziam esse consumo (BORTOLUZZI, 2010). Entretanto, em um estudo realizado com servidores de uma universidade pública paulista foi de 19,8% a prevalência do consumo de risco, segundo Amaral e Malbergiera (2004).

Todos os valores encontrados foram superiores ao encontrado no I Levantamento de Padrão de Consumo de Álcool Nacional, no qual 9% da população era dependente de bebida alcoólica (LARANJEIRA, et al., 2007).

Em relação à frequência do consumo, não houve significância estatística, mas mostrou-se que mais da metade daqueles que fizeram consumo de risco bebeu álcool 2 a 4 vezes por mês. Quanto ao número de doses-padrão em dia típico, 56,1% dos que fizeram o consumo de risco (pontuação maior ou igual a 8 no AUDIT) beberam 10 ou mais doses-padrão em uma única ocasião, o que enfatiza a importância de ações voltadas aos que consomem esporadicamente e que não apresentam dependência diária de consumo de álcool.

Quanto a beber cinco ou mais doses-padrão em uma única ocasião, 47,2% responderam que consumiram álcool nesta frequência, mensalmente, semanalmente e diariamente, sendo o maior resultado encontrado, comparado com outros estudos, como o de Florianópolis com 32,3% (REISDORFER, 2010), o de Ribeirão Preto com 36,8% (LOPES, 2011) e da população geral de 28% (LARANJEIRA et al., 2007).

Destaca-se que, no grupo de menor risco (AUDIT < 8), foram encontrados indícios de padrões de consumo pesado episódico, o *binge drinking*, em 29,5% dos servidores de consumo de baixo risco. Estudos têm indicado que o beber pesado episódico está associado a mais e maiores problemas físicos, sociais e mentais do que os padrões de consumo que se aproximam da dependência (LARANJEIRA et al., 2007).

Isso mostrou que os servidores consumiram bebida alcoólica em quantidade elevada em uma única ocasião nos últimos 12 meses, consolidando assim, a necessidade de uma intervenção no Serviço de Saúde do Trabalhador, juntamente com todos os segmentos da universidade por meio de uma política de prevenção aos problemas relacionados ao uso e abuso de bebidas alcoólicas.

Além disso, Laranjeira et al. (2010) salientam os riscos desse padrão de consumo para o indivíduo, que estão relacionados com diversos problemas de saúde e com casos de violência, refletindo na vida de sua família, no seu trabalho e em toda sociedade.

Reforçando a suposição quanto à frequência e o consumo, a maioria, 51,2%, dos trabalhadores que faziam consumo de risco sentiu-se culpada depois de ter bebido, com em relação ao grupo de servidores com padrão de consumo de risco. Destacou-se também o percentual do grupo de consumo de baixo risco, 11,1% dos entrevistados, que se sentiu culpado após ter bebido. Dessa maneira, supõem-se que esses trabalhadores futuramente poderão ser prováveis dependentes, caso não haja nenhuma intervenção.

5.4 Aplicabilidade da Intervenção Breve no consumo de álcool entre os trabalhadores em um Serviço de Saúde do Trabalhador

Não há dúvidas quanto à necessidade de aplicação de medidas preventivas mais eficazes nas empresas, com investimento em melhores condições no ambiente de trabalho. No entanto, infelizmente, os aspectos socioculturais estimulam o vício e dificultam a adesão dos trabalhadores aos programas de tratamento. (BRANCO et al., 2008).

Podemos apontar a importância de os trabalhadores conhecerem os seus padrões de consumo de álcool pelo fato de que as pessoas que não são dependentes podem parar ou reduzir o seu consumo por meio do apoio ou assistência apropriada (BABOR et al., 2003).

Com base no resultado do estudo, isso seria facilitado pelo nível de escolaridade desse grupo, que foi elevado, com 55,9% de nível superior, podendo assim determinar um maior entendimento, compreensão e impacto dos programas de prevenção sobre os efeitos do consumo abusivo de álcool, favorecendo a promoção da saúde e prevenção das doenças no âmbito do trabalho e reduzindo o absenteísmo indiretamente (CARRILO e MAURO, 2003; SILVA e MARZIALE, 2000).

A equipe multiprofissional do serviço ocupa uma posição relevante na identificação e abordagem desses trabalhadores cujo padrão de beber traz risco ou danos para a sua saúde (MINTO et al., 2007). Principalmente, o enfermeiro do trabalho, como integrante dessa equipe, deve estar capacitado para atender este trabalhador, sendo necessário realizar treinamentos e capacitação para a equipe de saúde do trabalhador para que todos estejam preparados a fim de melhor conduzir esses trabalhadores sobre a proposta de reduzir o padrão de consumo de álcool, utilizando a Intervenção Breve apoiada em um instrumento de rastreamento (MAGNOBOSCO, 2007; MABUCHI et al., 2007; RONZANI et al., 2005; CURRY et al., 2001).

Nesse sentido, Ortiz e Marziale (2010) reforçaram a atuação do enfermeiro do trabalho diante dos programas de promoção de atenção à saúde do trabalhador de uma universidade no Equador na construção e desenvolvimento de um modelo de prevenção às drogas no ambiente de trabalho, utilizando também o questionário AUDIT para rastreamento em associação com a Intervenção Breve.

O rastreamento do padrão de consumo de álcool dos trabalhadores já vem sendo utilizado em alguns serviços de atendimento ao trabalhador para identificar o padrão de consumo de álcool dos trabalhadores, por meio do questionário AUDIT associado à ferramenta de Intervenção Breve (MINTO et al., 2007; HERMANSSON et al., 2010; WATSON et al., 2009).

O uso desta estratégia facilita a aproximação inicial e permite um retorno objetivo para o indivíduo, possibilitando a introdução dos procedimentos de Intervenção Breve e a motivação para a mudança de comportamento (MINTO et al., 2007; RONZANI et al., 2005).

Alguns estudos internacionais já utilizaram a estratégia de rastreamento para identificar o padrão de consumo de álcool dos trabalhadores por meio da utilização do questionário AUDIT associado à Intervenção Breve. Estes avaliaram a eficácia desta intervenção e

concluíram que houve diferenças significativas na redução do consumo de álcool e dos problemas decorrentes desse consumo entre os trabalhadores (HERMANSSON et al., 2010; CURRY et al., 2001; SILVA et al., 2003).

Um desses estudos foi realizado por Hermansson et al. (2010) na Suécia, com os trabalhadores de uma empresa de transporte atendidos no Serviço de Atendimento ao Trabalhador, pela enfermeira do trabalho durante o exame periódico. A população do estudo foi de 6.500 trabalhadores, e de uma amostra 990 (15%) desse total, 19,6% faziam uso nocivo de álcool.

Nesse estudo foi oferecido um rastreamento do padrão de consumo de álcool por meio de autorrelato, utilizando o questionário AUDIT e também coleta de sangue para pesquisa de um marcador biológico do sangue. Aqueles que tiveram os resultados para o uso nocivo e dependência do álcool, e também positivo no sangue, eram encaminhados para Intervenção Breve e para um grupo controle aleatoriamente (HERMANSSON et al., 2010).

Os resultados obtidos mostraram que a intervenção breve realizada em conjunto com os exames periódicos no trabalho foram eficazes na redução do consumo de álcool. Após 12 meses foi realizada uma nova entrevista mostrando que a intervenção breve teve o mesmo resultado que o grupo controle na redução do consumo de álcool, determinando assim a sua eficácia e baixo custo (HERMANSSON et al., 2010).

Outro estudo que teve a participação de enfermeira do trabalho do setor da saúde ocupacional no seu local de trabalho foi realizado na Escócia, por Watson et al., em 2009, aplicando o questionário AUDIT e realizando a intervenção breve. Esse estudo mostrou que 627 (41,4%) trabalhadores foram selecionados aleatoriamente e que 26% foram identificados como bebedores perigosos, 55 dos quais foram randomizados para um grupo de intervenção.

Os principais resultados desse estudo sugerem que as Intervenções Breves no local de trabalho têm um papel importante na redução dos efeitos nocivos do álcool e também na economia de recursos públicos. Os empregados que participaram da Intervenção Breve relataram reduções maiores do que aqueles do grupo-controle em relação ao consumo de álcool. Além disso, houve uma redução na procura de atendimento a serviços hospitalares e também postos de saúde da atenção básica (WATSON et al., 2009).

Na Índia, em uma indústria de Goa, foi realizado um rastreamento com o questionário AUDIT e a Intervenção Breve. O resultado mostrou que a prevalência do uso abusivo de álcool foi de 21% dos trabalhadores e sugeriu que este tipo de rastreamento do padrão de consumo de álcool deve ser associado a outros problemas de transtornos mentais, que muitas vezes coexistem e estão associados a diferentes tipos de resultados adversos. A coleta de

dados desse estudo também foi realizada em um Serviço de Medicina Ocupacional (SILVA et al., 2003).

Um estudo realizado em um Serviço de Medicina Ocupacional, em Washington, em 2001, mostrou que o consumo abusivo de álcool não estava relacionado apenas com a doença pela qual o trabalhador estava afastado do seu trabalho, mas também com a sua condição de saúde, que poderia aumentar o padrão de consumo, a fim de diminuir a dor crônica, ou devido ao isolamento social resultante de longos períodos de licença. Portanto, este serviço pode ser um local apropriado para o rastreamento e Intervenção Breve dos padrões de consumo de álcool dos trabalhadores (CURRY et al., 2001).

Em alguns países da América Latina (Peru, México e Equador) foram realizados estudos em indústrias que identificaram o padrão de consumo de álcool dos trabalhadores por meio do questionário AUDIT, e obtiveram-se os seguintes resultados: a média de percentual de consumo abusivo entre os trabalhadores foi de 22,4%, principalmente entre os homens, de baixa escolaridade; os casados, na faixa etária acima de 30 anos foram os que mais sofreram acidente de trabalho. Em todos os estudos foram abordados os incentivos aos programas de prevenção e promoção do uso de álcool e drogas no ambiente de trabalho (ORTIZ e MARZIALE, 2010; MAGALLÓN e ROBAZZI, 2005; MUSAYÓN e CAUFIELD, 2005).

No Brasil, ainda o alcoolismo é um dos principais motivos de afastamento para tratamento de saúde, sendo a prevalência de afastamento por alcoolismo pelos trabalhadores formais de 23,38 para 100.000 vínculos. Este é o terceiro motivo de absenteísmo no trabalho e a oitava causa para a concessão de auxílio-doença do Ministério de Previdência Social (BRANCO et al., 2007).

No Brasil, ainda foram encontrados na literatura dois estudos que utilizaram o questionário AUDIT associado à intervenção breve. Um estudo foi realizado em São Paulo, com os catadores de lixo; 15% dos trabalhadores que participaram da pesquisa eram dependentes do álcool. Além disso, 18% dos trabalhadores pesquisados disseram beber ou já ter bebido durante o expediente de trabalho. Nesta amostra, 46% dos trabalhadores alegaram ter iniciado o consumo de álcool por influência de amigos no trabalho (BRANCO et al., 2007).

O segundo estudo foi realizado em Minas Gerais com os bombeiros na Seção de Assistência à Saúde, em que se observou a sensibilização da comunidade local para a importância da detecção precoce e práticas preventivas ao uso disfuncional do álcool. Foi aplicado o questionário AUDIT associado à Intervenção Breve de acordo com a zona de risco individualmente. A implementação desta estratégia apresentou eficácia entre os bombeiros,

pois o foco do trabalho foi a promoção da saúde dos trabalhadores no trabalho (RONZANI et al., 2007).

Apesar da participação dos trabalhadores nos estudos realizados, alguns estudos mostraram que o conhecimento acerca da dependência é um ponto a ser discutido, já que muitas vezes os trabalhadores negam ou não têm o conhecimento dos problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e suas consequências para o trabalho e para o organismo, como relatou o estudo realizado no Rio de Janeiro e no Grande Rio entre os enfermeiros do trabalho de empresas estatais (DONATO e ZEITOUNE, 2006).

Por isso, o diagnóstico de problemas relacionados ao uso de álcool é considerado difícil, devido alguns aspectos como a posição defensiva dos pacientes, a negação do problema e a utilização de conceitos morais pré-concebidos dos profissionais de saúde em relação à possibilidade de tornar a entrevista clínica um processo de sensibilização e de motivação para prevenção e promoção da saúde (RONZANI et al., 2005; DONATO e ZEITOUNE, 2006).

Nesse sentido, Ronzani et al. (2005) ainda acrescentam que o uso nocivo e a dependência de álcool são subdiagnosticados, tornando necessária a capacitação da equipe multiprofissional e um investimento na prevenção e no diagnóstico precoce, seja na atenção básica ou no ambiente de trabalho.

Mabuchi et al. realizaram, em 2007, um estudo sobre a atuação do enfermeiro do trabalho na detecção precoce do padrão de consumo de álcool em catadores de lixo por meio da utilização do questionário AUDIT, no qual tiveram como resultado a falta de informação e de orientação dos profissionais de saúde, que contribuíram para a alta prevalência do alcoolismo na empresa.

A detecção do padrão de consumo de álcool precoce auxilia na efetividade da intervenção e é fundamental para prevenir consequências sociais e de saúde na população geral (RONZANI et al., 2009). Os profissionais de saúde devem estar capacitados para atender estes trabalhadores, seja no seu local de trabalho ou na unidade básica de saúde, e para isso será necessário realizar treinamentos e conscientizar sobre a proposta de reduzir o padrão de consumo de álcool, utilizando o instrumento de rastreamento e a ferramenta de intervenção breve, como foi descrito nos trabalhos internacionais e nacionais (MAGNOBOSCO, 2007; MABUCHI et al., 2007; RONZANI et al., 2005; CURRY et al., 2001).

Apesar da importância da implementação de rotinas de Intervenção Breve em diversos ambientes utilizando o instrumento AUDIT, existe ainda uma lacuna em relação ao ambiente de trabalho. Sabe-se que o uso de álcool está relacionado a vários problemas de trabalho,

como acidentes de trabalho e o absenteísmo (RONZANI et al., 2007), tornando estes locais importantes nas ações de prevenção ao uso nocivo de álcool e promoção da saúde.

Dessa forma Curry et al. relatam, em 2001, que o Serviço de Saúde Ocupacional é um local viável para avaliar os padrões de consumo de álcool dos trabalhadores, oferecendo grande oportunidade para prevenção primária e secundária, não apenas no que diz respeito ao consumo de álcool, mas também à redução dos custos diretos e indiretos provenientes da dependência.

Portanto, reforça-se a importância da realização de um estudo de prevenção e promoção da saúde nesse Serviço de Saúde do Trabalhador, com a participação efetiva do enfermeiro do trabalho, junto com uma equipe multiprofissional, a fim de identificar o padrão de consumo de álcool em trabalhadores desse serviço.

Sendo assim, o Serviço de Saude do Trabalhador por meio de seus profissionais sobretudo do enfermeiro do trabalho, tem um papel preponderante na sinalização, desenvolvendo as ações de promoção a saúde e prevenção do consumo excessivo de álcool, entendidas como um instrumento orientador de sua atuação como um fator determinante das políticas de atenção a saúde do trabalhador, seja no setor público ou no privado.

Esta reflexão tem fundamentos na Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que traz em seu bojo os objetivos de promover e de proteger a saúde dos trabalhadores por meio de ações de promoção, vigilância e assistência.

Além disso, a Política Nacional sobre o Álcool reforça essa questão por meio da adoção de medidas que atenuem e previnam os danos resultantes do consumo de álcool em situações específicas como nos ambientes de trabalho, privilegiando as iniciativas de prevenção ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas nos ambientes de trabalho, como por exemplo, o incentivo à realização de curso de capacitação em prevenção do uso do álcool no ambiente de trabalho (BRASIL, 2004 (a) e 2005).

Com isso, a Política do Ministério da Saúde, para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, chama os empregados e empregadores a desenvolver e participar de políticas integrais de prevenção e tratamento dos danos à saúde e ao bem-estar causados pelo consumo de bebidas alcoólicas, respeitando os direitos individuais, a privacidade e a cidadania dos trabalhadores. Os ambientes de trabalho devem ser vistos como locais privilegiados para iniciativas de prevenção do uso prejudicial de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2004b).

CAPÍTULO VI

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

6.1 Os resultados sobre o padrão de consumo de álcool dos trabalhadores

Os resultados obtidos da análise desse estudo sobre o padrão de consumo de álcool dos trabalhadores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade permitiram identificar que a maioria dos trabalhadores não consumiu álcool nos últimos 12 meses, entretanto aqueles que consumiram o fizeram em quantidade e frequência elevadas.

A maioria dos trabalhadores eram do sexo feminino, acima de 40 anos, casados e autodeclararam não brancos. O aspecto importante foi em relação ao elevado nível de escolaridade, supondo-se que poderão ter uma compreensão e participação mais efetiva nos programas de prevenção desenvolvidos pelo Serviço de Saúde do Trabalhador da universidade.

A partir dos resultados obtidos foi possível concluir que a distribuição das características das variáveis estudadas nesta população é compatível com maior frequência e quantidade de uso de álcool entre os homens, quando comparados com as mulheres, na faixa etária acima de 36 anos de idade, casados e não católicos.

No que tange à escolaridade e à renda observou-se que o consumo de álcool foi mais elevado nos servidores de maior escolaridade, bem como nos de maior renda para o padrão de consumo de risco ($AUDIT \geq 8$).

A ocorrência do padrão de consumo pesado episódico de álcool foi algo relevante e deve servir de alerta para o fato de que os problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas transcendem o problema do alcoolismo.

O beber pesado esporádico foi uma das informações que alertou quanto ao problema do consumo de álcool entre os servidores atendidos no serviço, pois além daqueles que foram classificados como consumidores de risco e apresentaram consumo elevado esporadicamente, também os de baixo risco tiveram resultado elevado para esse consumo.

Entretanto, entende-se que o consumo abusivo de álcool poderia estar relacionado direta ou indiretamente com as condições que levaram o indivíduo a comparecer ao Serviço de Saúde, podendo estar relacionado não apenas com a doença pela qual ele estava afastado do trabalho, mas também com a sua condição de saúde, que poderia aumentar o padrão de

consumo, a fim de amenizar a dor crônica ou devido ao isolamento social resultante de longos períodos de licença (CURRY et al., 2001).

Os efeitos do “beber em *binge*” associados aos fatores sociais e psíquicos podem contribuir para o agravamento de algumas situações, como o desemprego e conflitos familiares e de relacionamento. Em quase todos os países onde esse fenômeno foi estudado, o “beber em *binge*”, mesmo que esporádico, causou maiores custos sociais e de saúde do que o uso contínuo e dependente sobre os problemas associados ao beber e os índices de uso nocivo e dependência (LARANJEIRA et al 2007).

Ainda no estudo realizado por Laranjeira et al. (2007), os cinco problemas mais citados foram os sociais, no trabalho, familiares, físicos, legais e relacionados com a violência, sendo que 8% desses trabalhadores relataram que as pessoas no trabalho disseram a eles que deveriam beber menos.

Diante disso, o Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade federal é um cenário pertinente a realizar a identificação precoce dos trabalhadores que fazem consumo de risco, nocivo e com provável dependência e, assim, poder intervir a seu favor (CURRY et al., 2001; BABOR et al., 2003; SILVA, 2003; FLEMING, 2004; HERMANSSON et al., 2010).

A utilização do questionário AUDIT foi válida e de fácil aplicação durante os atendimentos da enfermeira do trabalho, constituindo uma ferramenta na promoção da saúde do trabalhador nesse Serviço, já que todos os servidores que procuram o Serviço são atendidos por este profissional inicialmente. Dessa maneira, pôde-se estimar o padrão de consumo de álcool desses trabalhadores, não apenas a frequência, mas também a quantidade de doses-padrão ingeridas, bem como os problemas relacionados ao consumo de bebida alcoólica associados aos indicadores sociais, econômicos e ocupacionais.

Dessa maneira, o rastreamento para o padrão de consumo de risco ($AUDIT \geq 8$) deve ser incorporado na rotina de prevenção, como é feito no caso da imunização, câncer de colo de útero e mama, tabagismo, enfim rotinas utilizadas atualmente na atenção básica e em unidades de saúde do trabalhador (WATSON et al., 2010).

Sendo assim, podemos concluir que os estudos dessa natureza são muito importantes para monitorar o uso de álcool e buscar estratégias de intervenção e prevenção nos serviços de saúde do trabalhador das instituições e empresas.

Além disso, esses resultados servirão de indicadores de saúde do trabalhador em relação ao consumo de álcool, no âmbito de uma política de prevenção do uso de álcool na universidade, traçando ações mediante as informações do estudo.

6.2 Destacamos algumas recomendações:

Apresentar os dados desses levantamentos para os profissionais da universidade com competência para agir no contexto da saúde do trabalhador, como: reitor, pró-reitor de pessoal e diretores das unidades, sobretudo diretora da Divisão da Saúde do Trabalhador da universidade, a fim de viabilizar a Proposta de uma Política Universitária sobre a prevenção do álcool entre os trabalhadores, como também uma política para a redução do consumo e venda de bebida alcoólica no campus da universidade, com base na Política Nacional de Álcool de 2007.

Publicar os dados do presente estudo pelo site da universidade, do Serviço de Atendimento do Trabalhador, no jornal do Sindicato dos Trabalhadores e em congressos relacionados à Saúde do Trabalhador.

Apresentar os resultados desse estudo para as unidades onde a frequência do abuso de álcool (consumo de risco, nocivo e provável dependência) foi maior entre os trabalhadores e propor, com o Serviço de Saúde do Trabalhador, por meio de sua equipe, um plano de intervenção.

Discutir os resultados no Núcleo de Pesquisa de Saúde do Trabalhador da Escola de Enfermagem Anna Nery, no curso de pós-graduação do curso de Especialização de Enfermagem em Saúde do Trabalhador e, principalmente na graduação, onde o aluno irá refletir sobre sua atuação na prática de enfermagem do trabalho voltado para promoção da saúde do trabalhador e prevenção do consumo abusivo de álcool.

Realizar ainda o rastreamento com o questionário AUDIT em outros centros ou unidades da universidade, de acordo com as necessidades identificadas pelo Serviço de Atendimento ao Trabalhador ou pela própria unidade.

Implementar, na rotina da triagem realizada pelos enfermeiros do trabalho, o rastreamento como primeiro passo das Estratégias e Diagnósticos de Intervenção Breve, identificando, orientando e encaminhando indivíduos por meio da aplicação do questionário AUDIT, durante o desenvolvimento dos exames periódicos, nas licenças médicas, nos admissionais e nas realocações dos trabalhadores, indo ao encontro das propostas da política universitária em relação ao álcool.

Esta política foi baseada na Política Nacional sobre o Álcool (BRASIL, 2007), que dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool. A seguir, apresentamos a proposta de uma política universitária sobre o álcool.

Proposta de uma Política Universitária sobre o Álcool

Implantação de uma Política Universitária sobre o Álcool que dispõe sobre as medidas para redução do padrão de consumo de álcool entre os trabalhadores dessa Universidade associada à Intervenção Breve.

A implementação da Política Universitária sobre o Álcool terá início com a implantação das medidas para redução do padrão de consumo de álcool e sua associação com os acidentes de trabalho, baixa produtividade, frequência e periodicidade de licenças médicas pelo álcool e aposentadoria por invalidez.

Os gestores da universidade deverão considerar em seus planejamentos as ações para reduzir e prevenir os danos à saúde dos trabalhadores.

I – Objetivo

1. A Política Universitária sobre o Álcool contém princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersectorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, e à saúde do trabalhador, causados pelo consumo desta substância.

II - Da informação e proteção da população quanto ao consumo do álcool

2. O acesso e o recebimento de informações sobre os efeitos do uso prejudicial de álcool e sobre a possibilidade de modificação dos padrões de consumo, e de orientações voltadas para o seu uso responsável, são direito de todos os consumidores.

3. Compete aos gestores, com a colaboração da sociedade, a adoção de medidas discutidas democraticamente que atenuem e previnam os danos resultantes do consumo de álcool em situações específicas, como ambientes de trabalho e eventos de massa.

III - Do conceito de bebida alcoólica

4. Para os efeitos desta Política, é considerada bebida alcoólica aquela que contiver 0,5 grau Gay-Lussac ou mais de concentração, incluindo-se bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, como a mistura de refrigerantes e destilados, além de preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico igual ou acima de 0,5 grau Gay-Lussac.

IV – Diretrizes

6. São diretrizes da Política Universitária sobre o Álcool:

- 1 - promover a interação entre os gestores da universidade, as instituições universitárias e a Divisão Saúde do Trabalhador em todos os seus segmentos, com ênfase na saúde pública, educação, segurança e comércio;
- 2 - estabelecer ações descentralizadas e autônomas de gestão e execução nas instituições e na Divisão Saúde do Trabalhador;
- 4 - utilizar a lógica ampliada do conceito de redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relativas ao uso de álcool, em todas as unidades;
- 5 - considerar como conceito de redução de danos, para efeitos desta Política, o conjunto estratégico de medidas de saúde pública voltadas para minimizar os riscos à saúde do trabalhador, decorrentes do consumo de álcool;
- 6 - ampliar e fortalecer os serviços de atenção integral às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, no âmbito da universidade;
- 7 - estimular que a rede local de cuidados tenha inserção e atuação comunitária, seja comunicável e acessível aos servidores;
- 8 - promover programas de formação específica para os trabalhadores de saúde que atuam na rede de atenção integral a usuários de álcool da universidade;
- 9 - promover ações de comunicação, educação e informação relativas às consequências do uso do álcool;
- 10 - incentivar a regulamentação, o monitoramento e a fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas, no *campus* da universidade, de modo a proteger tanto os servidores quanto os alunos à estimulação para o consumo de álcool;
- 11 - estimular e fomentar medidas que restrinjam, espacial e temporalmente, os pontos de venda e consumo de bebidas alcoólicas dentro do *campus* da universidade, observando os contextos de maior vulnerabilidade às situações de violência e danos sociais;
- 12 - fortalecer sistematicamente a fiscalização das medidas previstas em lei que visam coibir a associação entre o consumo de álcool e o ato de dirigir dentro do *campus*;
- 13 - fortalecer medidas de fiscalização para o controle da venda de bebidas alcoólicas a pessoas que apresentem sintomas de embriaguez;
- 14 - estimular a inclusão de ações de prevenção ao uso de bebidas alcoólicas nas instituições de ensino por meio de grupos da própria instituição seja de alunos e/ou servidores;
- 15 - privilegiar as iniciativas de prevenção ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas nos ambientes de trabalho;

16 - fomentar o desenvolvimento de tecnologia e pesquisa científicas relacionadas aos danos sociais e à saúde, decorrentes do consumo de álcool, e a interação das instituições de ensino e pesquisa com serviços sociais, de saúde e de segurança pública;

17 - criar mecanismos que permitam a avaliação do impacto das ações propostas e implementadas pelos executores desta Política.

ANEXO II

Conjunto de medidas para reduzir e prevenir os danos à saúde do trabalhador associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas

1. Referente ao diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas na Universidade:

1.1. Publicar os dados do I Levantamento sobre os Padrões de Consumo do Álcool dos trabalhadores, das aposentadorias por invalidez pelo alcoolismo e das licenças concedidas devido ao consumo abusivo de álcool dos servidores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador em todas as Unidades;

2. Referente à propaganda de bebidas alcoólicas:

2.1. Incentivar a regulamentação, o monitoramento e a fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas, no *campus* da universidade, de modo a proteger tanto os servidores quanto os alunos à estimulação para o consumo de álcool;

3. Referente ao tratamento e à reinserção social dos servidores e dependentes de álcool:

3.1. Ampliar o acesso ao tratamento dos servidores dependentes de álcool aos serviços da Universidade ou do Sistema Único de Saúde (SUS) seja municipal ou estadual;

4. Referente à realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas:

4.1. Apoiar o desenvolvimento de campanha de comunicação permanente, utilizando diferentes meios de comunicação, como mídia eletrônica e impressa, cinematográfico, radiofônico e televisivo nos eixos temáticos sobre álcool e trânsito, venda de álcool para menores, álcool e violência doméstica, álcool e agravos da saúde, álcool e homicídio e álcool e acidentes.

5. Referente à redução da demanda de álcool para os servidores e alunos no campus:

5.1. Intensificar a fiscalização e incentivar a aplicação de medidas proibitivas sobre venda e consumo de bebidas alcoólicas nos campos universitários;

5.2. Articular a elaboração e implantação de um programa de prevenção ao uso de álcool dirigido à população residente no campus da universidade.

6. Referente à associação álcool e trânsito:

6.1. Difundir a alteração promovida no Código de Trânsito Brasileiro pela Lei nº 11.275, de 7 de fevereiro de 2006, quanto à comprovação de estado de embriaguez;

7. Referente à capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação e trabalho:

7.1. Articular a realização de curso de capacitação em intervenção breve para profissionais das unidades de saúde da universidade;

7.2. Articular a realização de curso de prevenção do uso do álcool para educadores da Creche Universitária e das unidades de ensino;

7.3. Articular a realização de curso de capacitação em prevenção do uso do álcool no ambiente de trabalho.

8. Referente ao estabelecimento de parceria:

8.1 Apoiar ao órgão responsável pela implementação de medidas de proibição da venda de bebidas alcoólicas no campus;

8.2 Incentivar o estabelecimento de parcerias com sindicatos e associações profissionais para a adoção de medidas de redução dos riscos e danos associados ao uso indevido e ao abuso de bebidas alcoólicas:

9. Referente ao atendimento na Divisão Saúde do Trabalhador:

9.1 Incentivar o servidor a realizar o exame periódico, conforme estabelecido no artigo 206-A da Lei nº 8.112/90 e regulamentado pelo Decreto 6.856, de 25 de maio de 2009 e pela Portaria Normativa SRH nº 04, de 15 de setembro de 2009. Solicitar além do que é previsto em lei, mas também os marcadores biológicos para o álcool, gama-glutamil-transpeptidase (GGT) e volume corpuscular médio eritrocitário (VCM);

9.2 Implementar a identificação do padrão de consumo de álcool dos servidores, por meio da aplicação do questionário AUDIT, durante o exame periódico, nas licenças médicas, nos admissionais e nas realocações dos trabalhadores nessa Divisão;

9.3 Realizar o rastreamento com o questionário AUDIT em outros centros ou unidades da universidade, de acordo com as necessidades identificadas pela Divisão Saúde do Trabalhador ou pela própria unidade;

9.4 Realizar Intervenção Breve em cada padrão de consumo de álcool referente ao questionário AUDIT nessa Divisão e implementando as ações de prevenção do consumo de risco, abusivo e nocivo de álcool, promoção da saúde e de encaminhamento para os serviços especializados e estabelecidos na universidade ou do Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento de provável dependência.

6.3 Intervenções do estudo na prática profissional:

Durante o mestrado, foi formado um comitê de seleção de projetos na divisão saúde do trabalhador, a fim de atingir os objetivos do SIASS de promover a saúde dos servidores públicos federais pela educação em saúde, no qual sou membro.

Atualmente sou responsável pelo o Programa de Álcool e Drogas da Seção de Programa Especiais Serviço de Atendimento do Trabalhador da universidade, iniciando um trabalho em um dos centros da universidade, em conjunto com o Comitê Técnico Acadêmico⁴ como projeto-piloto junto a uma equipe multiprofissional onde será feito um diagnóstico situacional do trabalhador.

Além disso, está sendo elaborado um Sistema de Informação do Serviço de Saúde do Trabalhador a fim de analisar o perfil socioeconômico e ocupacional do servidor por meio das licenças médicas e aposentadorias por invalidez de maneira retrospectiva e prospectiva. Dele faço parte de forma efetiva por conta do resultado do presente estudo realizado no mestrado.

6.4 Limitações do estudo

Devem ser levadas em consideração algumas limitações do estudo, como o extenso período de tempo utilizado para a coleta de dados em decorrência do recesso da Universidade, da ocorrência de paralisações e greves.

Ademais, os servidores foram entrevistados no Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade, ou seja, o servidor comparecia a este serviço de acordo com as suas necessidades de saúde.

Apesar de ser mantido o anonimato dos participantes na pesquisa, houve a possibilidade de interferências na fidedignidade das respostas obtidas, devido ao receio dos trabalhadores de que os resultados interferissem nas decisões das licenças e das perícias

⁴ Comitê Técnico Acadêmico formado por técnicos administrativos e professores a fim de atingir os objetivos exigidos pelo SIASS.

médicas, ou até mesmo no ambiente de trabalho, ou prejudicassem de alguma maneira, não revelando o real consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses da entrevista, seja pelo sentimento de culpa ou receio de consequências negativas para o ambiente de trabalho. Isso foi condizente com outros estudos sobre o consumo de álcool (BAUS et al., 2002; MARTINS E CORRÊA, 2004; NEVES, 2007; COSTA, 2010).

REFERÊNCIAS

ABREU, Ângela M.M. **Mortalidade nos acidentes de transito na cidade do Rio de Janeiro relacionada ao uso e abuso de bebidas alcoólicas** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. 2006.

ACOSTA, Laura Débora; FERNANDEZ, Alicia Ruth; PILLON, Sandra Cristina. Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mar. 2012.

ALMEIDA, L.M.; COUTINHO, E.S.F. Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 27, p. 23-29, 1993.

AMARAL, Régina Sélia Durães. **O álcool é uma droga? Uma reflexão**. Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles/>>. Acesso em 23 de Nov.2010.

AMARAL, Ricardo Abrantes do e MALBERGIER, André. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) – Campus Capital. **Revista Brasileira de Psiquiatria**: São Paulo, v.26, n.3, 2004.

ALDERETE, Ethel; KAPLAN, Celia P; NAH, Gregory; PÉREZ-STABLE, Eliseo J. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. **Salud pública México**: Argentina, v.50, n.4, 2008.

ALMEIDA, L.M.; COUTINHO, E.S.F. Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 27, p. 23-29, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em : 05 Mar. 2012.

ANDRADE, Arthur Guerra de; ANTHONY, James C.; SILVEIRA, Camila Magalhães; **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. São Paulo: **Minha Editora**, 2009.

ANDRADE, Tania Bof de; SOUZA, Maria das Graças C. de; SIMÕES, Maria da Penha C.; ANDRADE, Fabíola Bof de; Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. Porto Alegre: **Scientia Médica**, v.18, n.4, 2008.

ANTUNES, Ricardo. Os Sentidos do Trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. 3ª Ed. São Paulo: **Boitempo Editorial**, 2007.

BABOR, Thomas F.; BIDDLE, Higgins. **Intervenção Breve: para o uso de risco e uso nocivo de álcool – Manual para uso em atenção primária**. Tradução Clarissa Mendonça Corradi, Ribeirão Preto: Programa de ações Integradas para Prevenção e atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade FMRP-USP, 2005.

BABOR, Thomas F.; BIDDLE, Higgins; Saunders, John b.; MONTEIRO, Maristela G.; **AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool – roteiro para uso em atenção primária.** Tradução Clarissa Mendonça Corradi. Ribeirão Preto: Programa de ações Integradas para Prevenção e atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade FMRP-USP, 2005.

BABOR, Thomas F.; BIDDLE, Higgins. **Intervenção Breve: para o consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas. Guia para utilização em cuidados primários de saúde.** Tradução José Remelhe e Jorge Topa. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias, 2001.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; MARIN-LEON, L; OLIVEIRA, H.B.; DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N.J. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Brasília, v. 17, p. 259-270, 2007. Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N.; HACKER, M.A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 42, p. 109-117, 2008.

BATISTA, Ilza Rosa e REIS, Marília Alves dos. Farmacologia das substâncias psicoativas. In: DIEHL, Alessandra et al. Tratamentos Farmacológicos para Dependência Química – da Evidência Científica à Prática Clínica. Porto Alegre: **Artmed**, 2010.

BAUS, José; KUPEK, Emil; PIRES, Marcos. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Revista de Saúde Pública:** Rio de Janeiro, v.36, n.1, 2002.

BECK, Lucia Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. Rio de Janeiro: **Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 11, n. 4, 2007.

BORTOLUZZI MC; TRAEBERT J; LOGUERCIO A; KEHRIG RT. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva:** Rio de Janeiro, v. 15, p:679-85, 2010.

BRANCO, Anadergh Barbosa; MASCARENHAS, Flávia Alves Neves; PENA, Luiz Gustavo Queiroga. Alcoolismo como fator de incapacidade para o trabalho: prevalência de benefício auxílio doença no Brasil, 2007. Brasília: Comunicação **em Ciências da Saúde**, v.20, n.02, p.123-133, abr/jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2001.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília, 2004 (b).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde do trabalhador.** Brasília, 2004 (a).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília:, 2004(c).

_____.Lei nº 11091, de maio de 2005. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 13 janeiro de 2005. Seção1, p.1.

_____.Decreto-lei nº 6117, de maio de 2007. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 23 mai. 2007. Seção1, p.5.

_____.Decreto-lei nº 6833, de abril de 2009. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 29 abr. 2009. Seção 2, p.19.

_____.Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Ministério da Saúde**. Brasília: 2010.

_____.**Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Rio de janeiro, 13 de mar.2012. Disponível em < http://www.ufrj.br/pr/conteudo_pr.php?sigla=UNIDADES>. Acesso em:13 mar.2012.

BRENNER, Harold; AHERN, Willian. Sickness absence and early retirement on health grounds in the construction industry in Ireland. Irlanda: **Occupational & Environmental Medicine**, v.57, p.615-20, 2000. Disponível em: <<http://oem.bmj.com/content/57/9/615.full.pdf+html>>. Acesso em: 31 jan. 2012.

BRITES, Riany Moura Rocha. PINTO, Jorge Eduardo. Levantamento das licenças médicas na UFRJ, **Divisão Saúde do Trabalhador /UFRJ– PR4**, 2011.

BRITO, Alexandre dos Santos. Estresse e acidentes no trabalho: estudo pró-saúde. **Universidade do Estado do Rio de Janeiro**: Instituto de Medicina Social, 2007.
CARVALHO, D.G.; LEYTON, V.; GREVE, J. M. A.; MUÑOZ, D. R. Perfil epidemiológico das vítimas fatais por acidente de trânsito e a relação com uso do álcool. **Saúde, ética e justiça** 10 (1/2):12-18, 2003.

KAREN, Castro.Álcool e trabalho: Uma Experiência de Tratamento de Trabalhadores de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [Tese] - **Escola Nacional de Saúde Pública** - Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

CARLINI, Elisaldo.A.; GALDURÓZ, José Carlos F.; NOTO, Ana Regina; NAPPO, Solange A. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: **UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo**, 2002.

CARLINI, Elisaldo A. Epidemiologia do Uso de Álcool no Brasil. **Arquivo Médico ABC**. Supl.2: 4

CARLINI, Elisaldo A, et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São

Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2007.

CARRILLO, Liliana Piedad Lancheros e MAURO, Maria Yvone Chaves. Uso e Abuso de álcool e outras drogas: ações de promoção e prevenção no trabalho. Rio de Janeiro: **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.11, 2003.

_____. O trabalho como fator de risco ou fator de proteção para o consumo de álcool e outras drogas. Rio de Janeiro: **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.13, 2004.

COMARU, Claudia Marques. Estresse psicossocial e vínculo profissional em trabalhadoras da enfermagem: uma análise da flexibilização do trabalho a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado) – **Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**, 2011.

COOPER, ML, RUSSELL M, FRONE MR. Work stress and alcohol effects: a test of stress-induced drinking. New York: **Journal of Health Social Behavior**. V.31, n.3, 1990.

Disponível em:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2133480&usg=ALkJrhiMmkjgdgUuJz4zThLFXGe_cUy5A. Acesso em: 16 jun, 2012.

_____. RUSSELL M, SKINNER JB, FRONE MR, MUDAR P. Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. **Journal Abnormal Psychology**. V.101, n.1, 1992. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1537960>. Acesso em: 16 jun, 2012.

CORDEIRO, Quirino; MICHELON, Leandro; RIBEIRO, Rafael Bernardon; KAMITSUJI, Carla; SILVEIRA, Camila Magalhães ; ANDRADE, Laura Helena Guerra. Triagem para a identificação de uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde. **Revista da Associação Médico Brasileira**: São Paulo, 52, v.4, 2006;

COSTA, Maria Aparecida de Souza. O estresse no trabalho e a auto-avaliação da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. **Escola Nacional de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, 2010.

CURRY, Susan J.; LUDMAN, Evette; GROTHAUS, Louis; GILMORE Tim; DONOVAN, Dennis. At-risk drinking among patients in an occupational medicine clinic. **EUA: Alcohol and Alcoholism**, v.37, n.3, 2001.

DERRICK, J. L; LEONARD, K. E; QUIGLEY, B. M; HOUSTON, R. J; TESTA, M., KUBIAK, A. Relationship-specific alcohol expectancies in couples with concordant and discrepant drinking patterns. **Journal Study Alcohol Drugs**, v. 71, n. 5, 2010.

DIAS - DA-COSTA JS, SILVEIRA MF, GAZALLE FK, OLIVEIRA SS, HALLAL PC, MENEZES AMB, et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**: São Paulo, v.38, n.2, 2004.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo; et al. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: **Artmed**, 2011.

DONATO, Mariluce; DOMINGOS, Ana Maria; SAVARY, Rachel Ferreira; FARIAS, Sheila Nascimento P. de. A participação do enfermeiro do trabalho no programa de tratamento, prevenção e reabilitação do alcoolismo de uma empresa estatal. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Neurologia**, v.36, n.3, 2000.

_____. Reinserção do trabalhador alcoolista: percepção, limites e possibilidades de intervenção do enfermeiro do trabalho. Rio de Janeiro: [Tese] **Escola de Enfermagem Anna Nery**, 2002.

_____. ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Reinserção do trabalhador alcoolista: percepção, limites e possibilidades de intervenção do enfermeiro do trabalho. Rio de Janeiro: **Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 10, n. 3, 2006.

DUAILIBI, Sérgio; LARANJEIRA, Ronaldo. Políticas Públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**: São Paulo, v.41, n.5, 2007.

FIELLIN, D.A., CARRINGTON, R.M., O'CONNOR, P.G. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. **Annals of Internal Medicine**. v. 156, p. 1977-1989, 2000.

FRREIRA, Roberta Carolina. Apoio social no trabalho e absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ/**Escola de Enfermagem Anna Nery**, 2010.

FERREIRA, Luciano Nery; SALES, Zenilda; CASOTTI, Cezar Augusto; BISPO, Júnior José Patrício; BRAGA, Júnior Antônio Carlos Ricardo. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, 2011. <http://www.scielo.org/scielo.php> >. Acesso em: 05 Mar. 2012.

FONSECA, Fernanda Ferreira da. Conhecimentos e opiniões dos trabalhadores sobre o uso e abuso de álcool. Rio de Janeiro: **Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 11, n. 4, 2007.

FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. MICHELI, Denise de. Intervenção Breve para os casos de uso de risco de substâncias psicoativas: módulo 4/coordenação do módulo. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo de dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e acompanhamento). Brasília: **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, 2008.

GALLASI, Andrea Donatti; ALVARENGA, Pedro Gomes de; ANDRADE, Arthur Guerra de; COUTTOLENC, Bernard François; Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. São Paulo: **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.35, supl 1; p. 25-30, 2008.

HARRISON, Tinsley Randolph; FAUCI, Anthony S. **Harrison medicina interna**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 15º. ed, 2002.

GEMELLI, Karine Kummer; HILLESHEIN, Eunice Fabiani; LAUTERT, Liana. Efeitos do trabalho em turnos na saúde do trabalhador: revisão sistemática. **Revista Gaúcha de Enfermagem**: Porto Alegre, v.29, n.4, 2008.

HERMANSSON, Ulric; HELANDER, Anders; BRANDT, Lena; HUSS, Anders; RÖNNBERG, Sten. Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Consumption in the Workplace: Results of a 1-Year Randomized Controlled Study. Suécia: **Alcohol and Alcoholism**, v. 45, no. 3, may/jun. 2010. Disponível em <http://alcalc.oxfordjournals.org/>. Acesso em: 22 nov.2010.

JOMAR, Rafael Tavares. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos de área adscrita à Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, 2011.

KIM, JeanH.; LEE , Sing ; CHOW ,Julie; LAU Joseph; TSANG, Adley; CHOI, Jacqueline and GRIFFITHS , Sian M. Prevalence and the factors associated with binge drinking, alcohol abuse, and alcohol dependence: a population-based study of chinese adults in hong kong. **Alcohol & Alcoholism**. Vol. 43, No. 3, 2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnica de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (org). Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**; v.15, 2 ed, 2008.

LARANJEIRA, Ronaldo[et al.] I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: **Secretaria Nacional Antidrogas**, 2007.

_____.PINSKY, Ilana; SANCHES, Marcos; ZALESKI, Marcos; CAETANO, , Raul. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**: São Paulo,v32, nº3, 2010.

_____.ROMANO, Marcos. Concenso brasileiro sobre políticas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**: São Paulo, v.26, Suplemento I, 2004.

LIMA, José Mauro Braz. **Alcoologia: Um visão sistêmica dos problemas relacionados ao uso e abuso do álcool**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

_____. **Alcoologia– O Alcoolismo na Perspectiva da Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Científica, 2008.

LOPES, Mirian. Uso de álcool, estresse no trabalho e fatores associados entre servidores técnico-administrativos de uma universidade pública. **Universidade de São Paulo**: Ribeirão Preto, 2011.

MALBUCHI, Alessandra dos Santos; OLIVEIRA, Daniel Francis; LIMA, Marlúcia Pereira de; CONCEIÇÃO, Miriã Barbosa da; FERNANDES, Hugo . Uso de bebidas alcoólicas por trabalhadores do serviço de coleta de lixo. Ribeirão Preto: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, jun. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 22 nov. 2010.

MACEDO, Luís Eduardo Teixeira de; CHOR, Dóra; ANDREOZZI, Valeska; FAERSTEIN, Eduardo; WERNECK, Guilherme L.; LOPES, Cláudia S.. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. Caderno de Saúde

Pública: Rio de Janeiro, v.23, n.10, 2007.

MAGALLÓN, Teresita de Jesús Campa; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Consumo de álcool em trabalhadores de uma indústria em Monterrey, México. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**: Ribeirão Preto, v.13, n.especial, 2005.

MAGNOBOSCO, Molise de Bem; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza; RONZAMI, Telmo Mota. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.4, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 22 nov. 2010.

MARCHAND, Alain. Alcohol use and misuse: What are the contributions of occupation and work Organization conditions?. **BMC Public Health**: Canadá, v.8, 2008.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli e FURTADO, Erikson Felipe; Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**: São Paulo, v. 26, Supl 1, 2004.

MARTINS, Elizabeth Rose Costa; CORRÊA, Adriana Kátia; Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**: Ribeirão Preto, 12(número especial), 2004.

MATUTE, Rosa Camila; PILLON, Sandra Cristina. Uso de bebidas alcoólicas em estudantes de enfermagem em Honduras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 16, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 08 mar. 2012.

MEDEIROS, Soraya Maria de; ROCHA, Semíramis Melani Melo. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, jun. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 06 fev. 2012.

MEDRONHO, R.A.; CARVALHO, D.M.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; e WERNECK, G.L. **Epidemiologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005.

MELONI, José Nino; LARANJEIRA, Ronaldo. Custo social e de saúde do consumo de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**: São Paulo, v. 26, Supl 1, 2004.

MENDES, René. **Patologia do Trabalho**. In: CARVALHO, Fernando Luiz Rocha. Editora Atheneu: São Paulo, 2 ed, v.2, 2005.

MINAYO, Gomes, Carlos. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. In: MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Perspectiva e Pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MINTO, Elaine Cristina; MENDONÇA, Clarissa; GORAYEB, Ricardo; LAPREGA, Milton Roberto; FURTADO, Erikson Felipe. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia Serviço em Saúde**: Brasília, v.16, n. 3, 2007.

MONTEIRO, Maristela G. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington: **OPS**, 2008.

MUSAYÓN, Yesenia; CAUFIELD, Catherine. Drug consumption and violence in female work Zapallal – Lima/Peru. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**: Ribeirão Preto, v.13, n.especial, 2005.

NASCIMENTO, Eurípedes Costa do; NASCIMENTO Evania; SILVA, José de Paula; Uso de álcool e anfetaminas entre caminhoneiros de estrada. Rio de Janeiro: **Revista Saúde Pública**, v. 41, Supl. 2, 2007.

NAVARRO, Vera Lúcia e PRAZERES, Taísa Junqueira. **In: Averso do Trabalho II: Trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

NAZARENO, Elias; SOUSA, Ivone Félix de; MENDONÇA, Helenides; ZANINI, Daniela Sacramento. **Estresse ocupacional, coping e burnout**. Estudos: Goiânia, v. 36, n. 1 e 2, 2009.

NEVES, Marly C.C. Estudantes de graduação da UNICAMP : saúde mental auto-avaliada e uso de risco de álcool e de outras substancias psicoativas. **Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**: Campinas, 2007.

OLIVA, A.L. **Apoio Social para Dependentes do Álcool**. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, E.S. A. Atividade física habitual e outros comportamentos relacionados à saúde dos servidores da Universidade Federal de Santa Catarina: tendência secular 1994-2004. **Universidade Federal de Santa Catarina**: Florianópolis. 2005.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Problemas ligados ao álcool e drogas no local de trabalho: a prevenção para evolução**. Genebra, 2008.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Departamento de la salud mental y de sustância. **Cuestionario de Identificacion de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilizacion en atencion primaria**. Genebra, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório da Situação Global do Álcool**. Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2004.

_____. **Relatório sobre saúde no mundo 2002. Reduzir Riscos, Promovendo Vida Saudável**. Genebra, 2002.

_____. **Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol**. Genebra, 2011. Disponível em:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html#,
 Acesso em 21 de fevereiro de 2011.

_____. **The involvement of nurses and midwives in screening and brief interventions for hazardous and harmful use of alcohol and other psychoactive**

substances. Genebra, 2010. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.6_eng.pdf . Acesso em 21 de fevereiro de 2011.

ORTIZ , Carmita María Bravo e MARZIALE, Maria Helena Palucci. consumo de alcohol en personal administrativo y de servicios de una universidad del Ecuador. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** São Paulo: 18(especial), 2010.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: Teoria e prática.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 4ª ed, 2000.

PRIMO, Geraldo Majela Garcia; PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães; SAKURAI, Emília. Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados. Belo Horizonte: **Revista Médica de Minas Gerais**, v.17, n1/2, 2007. Disponível em:
http://sistemas.aids.gov.br/ct/projetos/Revista_Medica_de_Minis_Gerais.pdf#page=66
Acesso em: 16 jun, 2012.

RAMOS, Terezinha de Jesus. **Alcoolismo: trabalho e violência.** Um estudo a partir do programa de atendimento ao trabalhador alcoolista da UFRJ. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

REISDOFER, Emilene. Prevalência e fatores associados ao uso problemático de álcool entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis – Santa Catarina. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RIBEIRO, Maria Celeste Soares. **Enfermagem e Trabalho: fundamentos para a atenção à saúde do trabalhador.** In: AGUIAR, Zenaide Neto; Processo de trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. São Paulo: Martinari, 2008.

RIBEIRO, Hewdy Lobo; BOGAR, Mariana. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo; et al. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

REHM, Jurgem; MONTEIRO, Maristela. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.18, n.4-5, 2005.

RODRIGUES, Vitor Manuel Costa Pereira. FERREIRA, Andreia Susana de Sousa. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** V.19, n.4, 2011.

RONZANI, Telmo Mota; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza; RIBEIRO, Mário Sérgio; AMARAL, Michaela Bitarello do; Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n. 3, p. 852-861, 2005;

_____; ALIANE, Poliana Patrício; LOURENÇO, Lélío Moura; Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. **Psicologia em Estudo:** Maringá, v.11, n.1, 2006;

_____ ; Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n. 4, 2007;

_____ ; RODRIGUES, Thiago Pavin. BATISTA, Andréia Geraldo; LOURENÇO, Lélío Moura; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. **Estudos de psicologia**: São Paulo, v.12, n.3, 2007;

_____ ; Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo de dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e acompanhamento). Brasília: **Secretaria Nacional sobre Antidrogas**, 2008.

_____ ; MOTA, Daniela Cristina Belchior; SOUZA, Isabel Cristina Weiss de. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 43, Supl. 1, 2009.

ROTENBERG, L.et al. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.17, n.3, p.639-649, maio/jun., 2001.

SANCHES, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. São Paulo: **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.34, Supl. 1, 2007. Disponível em <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/73.html>> acesso em: 01 fev. 2012.

SANTOS, André Faro; ALVES JUNIOR, Antônio. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n.1, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Junho, 2012.

SILVA, Melvin Chagas; GAURISH, Gaunekar; PATEL, Vikram; KUKALEKAR, Damodar. The prevalence and correlates of hazardous drinking in industrial workers: a study from Goa, India. Índia: **Alcohol and Alcoholism**, v.38, n.1, ago/2003.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow; SILVA, Gulnar Azevedo e; MENEZES, Ana Maria; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARRETO, Sandhi Maria; CHOR, Dora; MENEZES, Paulo Rossi. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Brasília: 2011. The Lancet. Disponível em:

<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil#>

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho**. In: Mendes R. Patologia do Trabalho. São Paulo: Editora Atheneu. 2 ed., 2005.

_____. **Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos. 2º Congresso Internacional sobre saúde mental no trabalho**; 12 a 14 de outubro de 2006. Goiânia – Brasil: 2006. Disponível em:

<http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2006/saude_mental/anais/artigos/Edith_Seligmann_Silva.pdf>. Acesso em 25 de fevereiro de 2011.

_____. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si**

mesmo. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

SILVA, Sívio Éder Dias da; VASCONCELOS, Esleane Vilela; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MARTINI, Jussara Gue; BACKES, Vânia Marli Schubert. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. Rio de Janeiro: **Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 11, n. 4, 2007.

SIL, J.L.L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, **Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro (RJ), 2007.

SILVA, Leonardo.V E Rueda; MALBERGIER, André; STEMPLIUK, Vladimir de Andrade; ANDRADE, Arthur Guerra. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.2, 2006.

SILVA, D.M.P.P, MARZIALE, M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**; 8(5): 44-51. 2000.

SILVEIRA, Camila Magalhães; SILVEIRA, Clóvis Castanho; SILVA, Janaina Guzzardi da; SILVEIRA, Lígia Magalhães; ANDRADE, Arthur Guerra de; ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra de. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**: São Paulo, 35(Suppl. 1), 2008.

SOUZA, E.H.A.; OLIVEIRA, P.A.P.; PAEGLE, A.C.; GOES, P.S.A. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**. No prelo, 2011.

SOUZA, DPO, SILVEIRA Filho DX. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v10, n°2, 2007.

SOUZA, Aldinéia Ferreira de. Estresse ocupacional em motoristas de ônibus urbano: o papel das estratégias de coping. Salvador: Dissertação (Mestrado) – **Universidade Federal da Bahia**, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2005.

TAIMELA, Simo; LAARA, Esa; MALMIVAARA, Antti; TIEKSO, Jaakko; SINTONEN, Harri; JUSTEN, Selina; ARO, Timo. Self-reported health problems and sickness absence in different age groups predominantly engaged in physical work. Finland: **Occupational and Environment Medicine**, v.64, 2007.

VAISMANN, Magda. **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

_____. Uma abordagem sistêmica aplicada ao tratamento ambulatorial do alcoolismo. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de neurologia**, v. 36, n.5/6, set/dez. 2000.

VALENCIA, Juan Esteban, GÓMEZ, Augusto Pérez. Ausentismo laboral y su relación con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. EUA: **Inter- American Drug Abuse Control Commission**, 2005. Disponível em: <http://www.cicad.oas.org/oid/new/research/costs/peerreview/ausentismo.doc> Acesso em: 14 de fevereiro de 2011.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

ZALOSHNIJA, Eduard; MILLER, Ted; HENDRIE, Delia; GALVIN, Deborah. Employer costs of alcohol-involved injuries. EUA: **American journal of industrial medicine**, v. 50, n.2, DEC/ 2007. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>> Acesso em: 22 nov.2010.

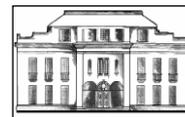
WATSON, HE; GODFREY C; MCFADYEN A; MCARTHUR K; STEVENSON M. Reducing alcohol-related harm in the workplace: a feasibility study of screening and brief interventions for hazardous drinkers. **Alcohol Education and Research Council**, 2009. http://www.aerc.org.uk/documents/pdfs/finalReports/AERC_FinalReport_0052.pdf. Acesso em 21 de fevereiro de 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol**. Geneva: WHO, 2004.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
 CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM



Apêndice A- Questionário da pesquisa

TÍTULO DO PROJETO: O Padrão de consumo de álcool dos trabalhadores de uma universidade pública na cidade do Rio de Janeiro

A. Identificação do questionário

A1. Questionário _ _ _
 A2. Data da entrevista ___/___/___
 A3. Entrevistador _____
 A4. Digitador _____

B. Características sócio-econômicas

B1. Qual a sua data de nascimento? _ _ / _ _ / _ _

B2. Sexo: 1 Feminino 2 Masculino

B3. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

1 Preta/negra 2 Parda 3 Branca 4 amarela 5 indígena

B4 Qual é o seu grau de escolaridade?

0 Nenhum
 1 Ensino Fundamental incompleto
 2 Ensino Fundamental completo
 3 Ensino Médio incompleto/Curso Técnico Incompleto
 4 Ensino Médio completo/Curso Técnico completo
 5 Ensino Superior incompleto
 6 Ensino Superior completo
 7 Pós-graduação incompleto
 8 Pós-graduação completo

B5. Qual a sua situação conjugal atual?

1 casado (a) ou vive em união
 2 separado (a) ou divorciado (a)
 3 viúvo (a)
 4 solteiro(a) (Nunca se casou ou viveu em união)

B6. Qual é aproximadamente sua renda familiar LÍQUIDA, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa? _____ reais

B7. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? _____

B8. Religião: 1 Católica 2 Evangélica e protestante 3 Não têm 4 Espírita 5 oriental/budismo
 6 afro-brasileira 7 judaica 8 outros

C. Características ocupacionais

C1. Em que unidade você trabalha? _____

C2. Quanto tempo de serviço você tem na instituição? __ anos. Há menos de um ano. __ dias; __ meses

C3. Em que setor você trabalha? _____

C4. Você tem cargo de chefia? 1 Sim 2 Não **VÁ PARA A PERGUNTA C5**

C4a. Quanto tempo você está no cargo de chefia? __ anos. Há menos de um ano. __ dias; __ meses

C5. Qual é o seu cargo na instituição? _____

C6. Quanto tempo você está atuando neste setor? __ anos. Há menos de um ano. __ dias; __ meses

**C7. Qual o seu horário de trabalho? (Se trabalhar em mais de um horário, informe o predominante)
(ATENÇÃO: SE NECESSÁRIO QUESTIONAR SOBRE AS COMPLEMENTAÇÕES OU FOLGAS)**

- 1 Plantão diurno 12/60
- 2 Plantão noturno 12/60
- 3 Plantão diurno 12/60 (40 h – com complementações)
- 4 Plantão noturno 12/60 (40 h – com complementações)
- 5 Plantão de 24 horas com ____ dias de folga
- 6 2ª, 4ª e 6ª / 3ª e 5ª
- 7 Diarista: de ____ às ____ horas
- 8 Manhista: de ____ às ____ horas
- 9 Tardista: de ____ às ____ horas
- 10 Outro. Qual? _____

QUESTIONÁRIO

C. AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification test) (OMS)

C1. Com que frequência você consome bebida alcoólica?

- 1 (0) Nunca (vá para questões 9 a 10)
2 (1) mensalmente ou menos
3 (2) de 2 a 4 vezes por mês
4 (3) de 2 a 3 vezes por semana
5 (4) 4 ou mais vezes por semana

C2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?

- 1 (0) 1 ou 2
2 (1) 3 ou 4
3 (2) 5 ou 6
4 (3) 7 ou 9
5 (4) 10 ou mais

C3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?

- 1 (0) Nunca (vá para questões 9 a 10)
2 (1) menos do que uma vez ao mês
3 (2) mensalmente
4 (3) semanalmente
5 (4) diariamente ou quase diariamente
(Avance para as questões 9 e 10 se a soma das questões 2 e 3 for zero)

C4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

- 1 (0) Nunca
2 (1) Menos do que uma vez ao mês
3 (2) Mensalmente
4 (3) Semanalmente
5 (4) diariamente ou quase diariamente

C5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?

- 1 (0) Nunca
2 (1) Menos do que uma vez ao mês
3 (2) Mensalmente
4 (3) Semanalmente
5 (4) diariamente ou quase diariamente

C6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

- 1 (0) Nunca
2 (1) Menos do que uma vez ao mês
3 (2) Mensalmente
4 (3) Semanalmente
5 (4) diariamente ou quase diariamente

C7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- 1 (0) Nunca
2 (1) Menos do que uma vez ao mês
3 (2) Mensalmente
4 (3) Semanalmente
5 (4) diariamente ou quase diariamente

C8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- 1 (0) Nunca

- 2 (1) Menos do que uma vez ao mês
- 3 (2) Mensalmente
- 4 (3) Semanalmente
- 5 (4) diariamente ou quase diariamente

C9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- 1 (0) Não
- 2 (1) Sim, mas não no ano passado
- 3 (2) Sim, nos últimos 12 meses

C10. Algum parente, amigo, um médico ou profissional de saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

- 1 (0) Não
- 2 (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- 3 (2) Sim, nos últimos 12 meses

Total de pontos _____

O ponto de corte do AUDIT é 7, o que significa que oito ou mais pontos indicam beber de risco ou nocivo, como também a possibilidade de dependência.

Apêndice B - Relação de Cargos e Subcategorias

Código	cargo	Sub.
1	Contínuo	1.1 ⁹
2	Assistente de administração	1.2
3	Atendente de enfermagem	1.1
4	Servente de limpeza	1.1
5	Coreógrafa	1.3
6	Técnico de enfermagem	1.2
7	Biblioteca/sem efeito	1.3
8	Auxiliar de enfermagem	1.2
9	Bibliotecário-documentalista	1.3
10	Auxiliar administrativo	1.2
11	Enfermeiro	1.3
12	Professor 3 grau – visitante	2
13	Servente de obras	1.1
14	Professor 3 grau	2
15	Encanador	1.1
16	Almoxarife	1.2
17	Copeiro	1.1
18/101	Médico	1.3
19/58	Mecânico	1.2
20	Técnico de Laboratório	1.2
21	Técnico em secretariado	1.2
22	Professor 3 grau - substituto	2
23	Desenhista copista	1.1
24	Auxiliar de laboratório	1.1
25	Economista	1.3
26	Laboratorista/área	1.2
27	Pedreiro	1.1
28	Técnico em reabilitação	1.2
29	Assistente social	1.3
30	Professor adjunto	2
31	Ignorado	3
32	Auxiliar de cozinha	1.1
33	Operador de computação	1.2
34	Engenheiro operacional	1.3
35	Secretaria executiva	1.2
36	Vidreiro	1.2

⁹ Subcategorias: 1.1 Técnico administrativo apoio, 1.2 intermediário, 1.3 superior e 2 doente

37	Tradutor	1.3
38	Operador de copiadora	1.2
39	Motorista	1.2
40	Vidraceiro	1.1
41	Técnico em radiologia	1.2
42	Vestiarista	1.1
43	Museólogo	1.3
44	Contramestre-ofício	1.1
45	Montador/soldador	1.1
46	Engenheiro civil	1.3
47	Telefonista	1.1
48	Biólogo	1.3
49	Serralheiro	1.1
50	Vigilante	1.2
51	Técnico em Contabilidade	1.2
52	Técnico em Equipamentos Médico- Odontológico	1.2
53	Marceneiro	1.1
54	Porteiro	1.2
55	Técnico em Edificações	1.2
56	Eletricista	1.2
57	Carpinteiro	1.1
59	Auxiliar operacional	1.1
60	Professor assistente	2
61	Pintor	1.1
62	Instrumentadora cirúrgica	1.2
63	Datilógrafo	1.2
64	Professor 1º e 2º grau	2
65	Professor titular	2
66	Químico	1.3
67	Repcionista	1.2
68	Desenhista técnico	1.2
69	Programador de computador	1.2
70	Técnico em telecomunicação	1.2
71	Assistente de tecnologia de informação	1.2
72	Diretor de imagem	1.3
73	Administrador	1.3
74	Professor	2
75	Técnico em química	1.2
76	Psicólogo	1.3
77	Atendente de Consultório/área	1.1

78	Técnica superior de sistemas computacionais	1.2
79	Analista de sistema	1.3
80	Técnico áudio visual	1.2
81	Técnico em refrigeração	1.2
82	Operador de máquina agrícola	1.1
83	Programador visual	1.3
84	Bombeiro hidráulico	1.2
85	Auxiliar de Marcenaria	1.1
86	Físico	1.3
87	Técnico em eletrônica	1.2
88	Farmacêutico	1.3
89	Técnico em anatomia e necropsia	1.2
90	Jornalista	1.3
91	Téc. Em artes gráficas	1.2
92	Nutricionista	1.3
93	Auxiliar de creche	1.1
94	Armazenista	1.1
95	Auxiliar de veterinária e zootecnia	1.2
96	Biomédico	1.3
97	Técnico em mecânica	1.2
98	Coreógrafo	1.3
99	Procurador	1.3
100	Diretor de fotografia	1.3
102	Técnico de Tecnologia da Informação	1.2
103	Técnico em assuntos educacionais	1.3
104	Ascensorista	1.2
105	Recreacionista	1.2
106	Auxiliar de lactário	1.1
107	Restauradora-área	1.3
108	Assistente de Laboratório	1.1
109	Jardineiro	1.1
110	Assistente de Alunos	1.2
111	Cozinheiro	1.2
112	Auxiliar de artes gráficas	1.1
113	Encanador bombeiro	1.2

Apêndice C - Relação das Unidades por Centro Universitário

1 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)

Decania do CCS - (CCS)
 Escola de Educação Física e Desportos - (EEFD)
 Escola de Enfermagem Anna Nery - (EEAN)
 Faculdade de Farmácia - (FF)
 Faculdade de Medicina - (FM)
 Faculdade de Odontologia - (FO)
 Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho - (IBCCF)
 Instituto de Biologia - (IB)
 Instituto de Bioquímica Médica - (IBqM)
 Instituto de Ciências Biomédicas - (ICB)
 Instituto de Doenças do Tórax - (IDT)
 Instituto de Estudos de Saúde Coletiva - (IESC)
 Instituto de Ginecologia - (IG)
 Instituto de Microbiologia Professor Paulo de Góes - (IMPPG)
 Instituto de Neurologia Deolindo Couto - (INDC)
 Instituto de Nutrição Josué de Castro - (INJC)
 Instituto do Coração Edson Abdala Saad - (ICEAS)
 Núcleo de Pesquisa de Produtos Naturais - (NPPN)
 Núcleo de Pesquisas Ecológicas de Macaé - (NUPEM)
 Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde – (NUTES)

2 CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS (CCJE)

Faculdade de Administração e Ciências Contábeis - (FACC)
 Faculdade de Direito - (FD)
 Instituto de Economia - (IE)
 Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional - (IPPUR)
 Instituto de Pós-graduação e Pesquisa em Administração (Coppead) - (COPPEAD)

3 CENTRO DE CIÊNCIAS MATEMÁTICAS E DA NATUREZA (CCMN)

Instituto de Física - (IF)
 Instituto de Geociências - (IGEO)
 Instituto de Matemática - (IM)
 Instituto de Química - (IQ)
 Museu da Geodiversidade - (MGEO)
 Núcleo de Computação Eletrônica - (NCE)
 Observatório do Valongo - (OV)

4 CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS (CFCH)

Colégio de Aplicação - (CAp)
 Escola de Comunicação - (ECO)
 Escola de Serviço Social - (ESS)
 Faculdade de Educação - (FE)
 Instituto de Filosofia e Ciências Sociais - (IFCS)
 Instituto de História - (IH)
 Instituto de Psicologia - (IP)
 Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Direitos Humanos Suely Souza de Almeida - (NEPP-DH)

5 CENTRO DE LETRAS E ARTES (CLA)

Decania do Centro de Letras e Artes - (CLA)
 Escola de Belas Artes - (EBA)
 Escola de Música - (EM)
 Faculdade de Arquitetura e Urbanismo - (FAU)
 Faculdade de Letras - (FL)

6 CENTRO DE TECNOLOGIA (CT)

Decania do CT - (CT)

Escola de Química - (EQ)

Escola Politécnica - (POLI)

Incubadora de Empresas do Coppe - (IE/COPPE)

Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia - (COPPE)

Instituto de Macromoléculas Professora Eloisa Mano - (IMA)

7 FÓRUM DE CIÊNCIA E CULTURA (FCC)

Casa da Ciência - (CCIÊNCIA)

Editora UFRJ

Museu Nacional (MN)

Sistema de Bibliotecas e Informação - (SiBI)

8 REITORIA

Auditoria Interna (AUDINT)

Comissão Permanente de Pessoal Docente (CPPD)

Complexo Hospitalar

Coordenadoria de Relações Institucionais e Articulações com a Sociedade

Superintendência Geral de Comunicação Social (SGCOMS)

Gerência de Tecnologia da Informação

Ouvidoria Geral

Procuradoria Federal na UFRJ

Protocolo do Gabinete do Reitor

Secretaria de Órgãos Colegiados (SOC)

Setor de Convênios e Relações Internacionais (SCRI)

Pró-reitoria de Graduação (PR-1)

Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa (PR-2)

Pró-reitoria de Planejamento e Desenvolvimento (PR-3)

Pró-reitoria de Pessoal (PR-4)

Pró-reitoria de Extensão (PR-5)

Pró-reitoria de Gestão e Governança (PR-6)

Prefeitura da Cidade Universitária

Escritório Técnico da Universidade (ETU)

Escola de Educação Infantil (creche)

Pólo Náutico

Divisão Saúde do Trabalhador – DVST

Alojamento

Pólo Xérem

9 HOSPITAIS

Hospital Escola São Francisco de Assis - (HESFA)

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - (HUCFF)

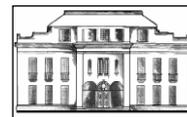
Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - (IPPMG)

Instituto de Psiquiatria - (IPUB)

Maternidade Escola - (ME)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
 CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM



Apêndice D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: O Padrão de consumo de álcool dos trabalhadores de uma universidade pública do Rio de Janeiro, que tem como objetivos: Identificar o perfil sócio, econômico e ocupacional dos trabalhadores de uma Universidade Federal do Rio de Janeiro; Estimar os padrões de consumo de álcool em trabalhadores dessa universidade; Fazer a associação entre o padrão de consumo de álcool e o perfil sócio, econômico e ocupacional dos trabalhadores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador da Universidade. A pesquisa terá duração de 2 anos, com o término previsto para junho de 2012.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Você tem total liberdade para se recusar a participar da pesquisa ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem punição alguma e sem prejuízo a sua atividade profissional. Sua participação no estudo não envolve nenhum gasto, desconforto ou alteração na sua rotina.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. Os questionários serão guardados com a pesquisadora por cinco (05) anos e incinerada após esse período. Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem. Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Esta pesquisa foi aprovada protocolo 038/2011 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/UFRJ.

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

 Angela Maria Mendes de Abreu
 Orientador
 Cel: (21) 93176469
 e-mail: angelabreu@globocom

 Riany Moura Rocha Brites
 Orientanda
 Cel: (21) 87832212
 e-mail: rianybrites@ig.com.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Entrevistado: _____

Apêndice E - Carta de autorização institucional



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
 CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
 Apêndice 3- Carta de autorização institucional



Prezada Diretora

Venho por meio desta, solicitar autorização para coletar os dados do projeto de pesquisa intitulada “O Padrão de consumo de álcool dos trabalhadores de uma universidade pública na cidade do Rio de Janeiro”, realizado pela mestrandia Riany Moura Rocha Brites. Consiste em uma pesquisa do curso de pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ como requisito ao Curso de Mestrado em Enfermagem, orientado pela Profª Drª Ângela Maria Mendes de Abreu. Os objetivos deste estudo são: Identificar o padrão de consumo de álcool entre os trabalhadores atendidos em um Serviço de Saúde do Trabalhador de uma Universidade pública na cidade do Rio de Janeiro associado ao método de Intervenção Breve; Identificar o perfil sócio, demográfico e ocupacional dos trabalhadores atendidos em um Serviço de Saúde do Trabalhador; Estimar o padrão de consumo de álcool de acordo com as zonas de risco do questionário AUDIT associado ao método de intervenção breve nesses trabalhadores; Fazer associação entre o padrão de consumo de álcool e o perfil ocupacional desses trabalhadores atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador da Universidade; Viabilizar a estratégia de Intervenção Breve para esses trabalhadores de acordo com as zonas de risco do questionário AUDIT no contexto de um Serviço de Atendimento ao Trabalhador.

Os dados serão coletados junto aos servidores atendidos por enfermeiros através do preenchimento de um questionário. Esclareço que os sujeitos serão devidamente informados acerca dos objetivos da pesquisa e convidados a participarem da mesma através da assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, conforme o previsto na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Normas de Pesquisa com Seres Humanos.

Nesta oportunidade solicito, também, caso seja permitida sua realização nesta instituição, identificá-la, esclarecendo que esta pesquisa não possui caráter de denúncia, cabendo ressaltar que os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos e que será garantido o anonimato dos sujeitos da pesquisa e dos profissionais.

Coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, e, desde já, agradeço a atenção recebida.

Agradecemos a colaboração desta renomada instituição, colocando-nos à disposição para esclarecimentos quanto ao desenvolvimento da pesquisa na Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ, localizada na Rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova, tel: (021) 22938148 ramal 228 ou email: rianybrites@ig.com.br ou angelabreu@globocom.com.

Assinado este documento, autorizando a realização da pesquisa nessa instituição nos meses de junho, julho e agosto de 2011.
 Rio de Janeiro, 13 de maio de 2011.

Rosemarie Galvão Portella de Merino
 Diretora da Divisão Saúde do Trabalhador



RECEBIDO
 DIRETORIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR
 SITE: 0288148
 21/05/2011

ANEXO

Anexo A - DECRETO – LEI 6833

DECRETO Nº 6.833, DE 29 DE ABRIL DE 2009.

Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 30 do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS, integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, criado pelo Decreto nº 67.326, de 5 de outubro de 1970.

Art. 2º O SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo.

Art. 3º Para os fins deste Decreto, considera-se:

I - assistência à saúde: ações que visem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal;

II - perícia oficial: ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais; e

III - promoção, prevenção e acompanhamento da saúde: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho.

Art. 4º Fica instituído o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, com as seguintes atribuições:

I - aprovar as diretrizes para aplicação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, e para a capacitação dos servidores em exercício nas unidades do SIASS;

II - deliberar sobre as propostas de criação, jurisdição e funcionamento das unidades do SIASS;

III - deliberar, em relação às unidades do SIASS, sobre os instrumentos de cooperação e as iniciativas para provimento de materiais e equipamentos, força de trabalho, imóveis e instalações, bem como sobre contratos de segurança, limpeza e conservação;

IV - deliberar sobre os procedimentos para uniformização e padronização das ações relativas ao SIASS;

V - orientar e acompanhar a execução das ações e programas no âmbito do SIASS; e

VI - aprovar regras e procedimentos para guarda e utilização das informações pessoais sobre a saúde dos servidores, de acesso restrito às pessoas a que elas se referirem ou a servidores autorizados na forma da lei.

§ 1º A força de trabalho do SIASS será formada exclusivamente por servidores federais, ficando vedadas a terceirização de mão-de-obra e a contratação de pessoal por tempo determinado.

§ 2º O Comitê Gestor pautará suas ações visando tornar célere o atendimento ao servidor, especialmente no que se refere às ações preventivas, e reduzir o tempo de ausência do servidor do seu ambiente de trabalho.

Art. 5º O Comitê Gestor será composto por um representante de cada órgão a seguir indicado:

I - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que o coordenará;

II - Casa Civil da Presidência da República;

III - Ministério da Saúde;

IV - Ministério da Previdência Social;

V - Ministério da Educação;

~~VI - Ministério da Fazenda;~~

~~VII - Ministério do Trabalho e Emprego.~~

VI - Ministério da Fazenda; (Redação dada pelo Decreto nº 7.121, de 2010)

VII - Ministério do Trabalho e Emprego; e (Redação dada pelo Decreto nº 7.121, de 2010)

VIII - Ministério da Justiça. (Incluído pelo Decreto nº 7.121, de 2010)

§ 1º A Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão exercerá as funções de secretaria-executiva do Comitê Gestor.

§ 2º As deliberações do Comitê Gestor serão adotadas por maioria simples, presentes pelo menos cinco dos seus membros, cabendo ao coordenador exercer, além do próprio voto, o de desempate.

§ 3º Os membros do Comitê Gestor, titular e suplente, serão indicados pelos titulares dos seus respectivos órgãos e designados pelo Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, para mandato de três anos, permitida uma única recondução.

§ 4º As regras para organização e funcionamento do Comitê Gestor serão definidas em seu regimento interno, aprovado na forma do § 2º, observadas as disposições deste Decreto.

§ 5º A participação no Comitê Gestor é considerada de relevante interesse público e não será remunerada.

Art. 6º O exercício do servidor no âmbito do SIASS não implica mudança de unidade de lotação ou de órgão de origem.

Art. 7º Caberá ao Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão decidir sobre as deliberações do Comitê Gestor e celebrar os instrumentos de cooperação ou parceria com os órgãos e entidades da administração direta, autárquica e fundacional.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogado o Decreto nº 5.961, de 13 de novembro de 2006.

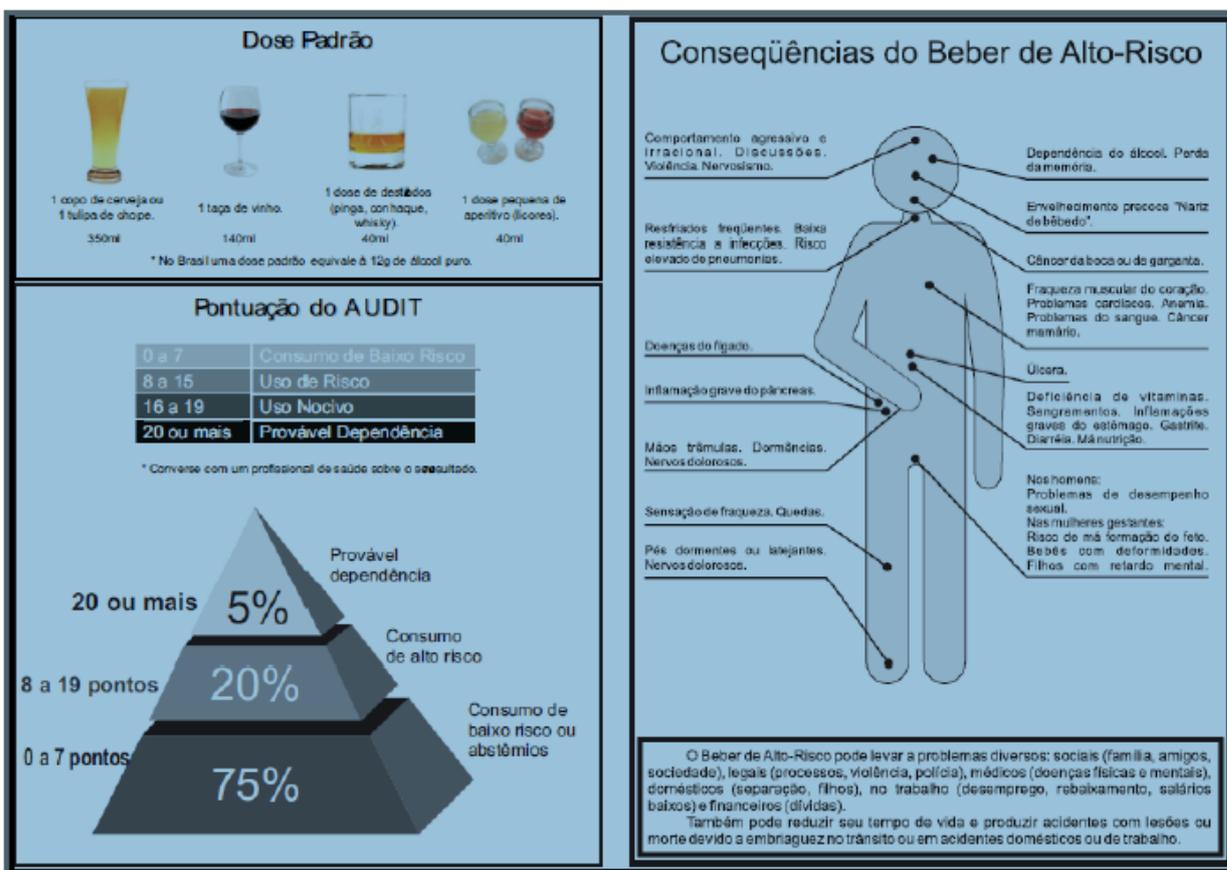
Brasília, 29 de abril de 2009; 188º da Independência e 121º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Paulo Bernardo Silva

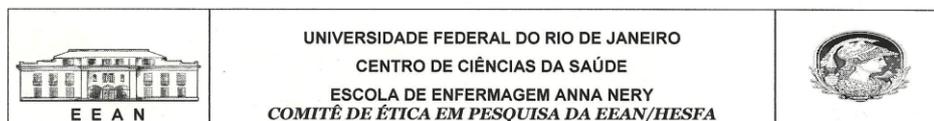
Este texto não substitui o publicado no DOU de 30.4.2009

Anexo B-Painel explicativo do AUDIT do manual de Intervenção Breve



BABOR et al,2001.

Anexo C - PROTOCOLO DO COMITÊ DE ÉTICA



Protocolo nº 038/2011

Título do Projeto: O PADRÃO DE CONSUMO DE ALCOOL DOS TRABALHADORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador Responsável: Riany Moura Rocha Brites

Instituição onde a pesquisa será realizada: UFRJ

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 16/5/2011

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião ocorrida em 31 de maio de 2011.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a **01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, com um CD**, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 29 de setembro de 2011.


 Maria Aparecida Vasconcelos Moura
 Coordenadora do CEP EEAN/HESFA