

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNANERY

RIANY MOURA ROCHA BRITES

INTERVENÇÃO BREVE PARA REDUÇÃO DO
CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE TRABALHADORES DE
UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

RIO DE JANEIRO

2017

INTERVENÇÃO BREVE PARA REDUÇÃO DO
CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE TRABALHADORES DE
UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Angela Maria Mendes Abreu

Rio de Janeiro
julho/2017

B862i Brites, Riany Moura Rocha
Intervenção breve para redução do consumo de
álcool entre trabalhadores de uma universidade
pública / Riany Moura Rocha Brites. -- Rio de
Janeiro, 2017.
121 f.

Orientadora: Angela Maria Mendes Abreu.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Bebida alcoólica. 2. Trabalhador. 3. Saúde do
Trabalhador. 4. Intervenção Breve. 5. Entrevista
Motivacional. I. Abreu, Angela Maria Mendes,
orient. II. Título.

Riany Moura Rocha Brites

**INTERVENÇÃO BREVE PARA REDUÇÃO DO
CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE TRABALHADORES DE
UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em 14/07/2017.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ângela Maria Mendes Abreu
EEAN/ Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dra. Maria Lúcia Oliveira de Souza Formigoni
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. José Mauro Braz de Lima
Fac. Medicina/ Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dra. Regina Celia Gollner Zeitoune
EEAN/ Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dra. Ana Inês Souza
EEAN/ Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dra. Luciana Portela
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

julho/2017

À minha querida mãe Terezinha
Ao meu marido Alessandro
À minha filha Mariane,
Meu eterno agradecimento!!!
Por estarem sempre ao meu lado,
pelo apoio, sabedoria e dedicação fornecidos.

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 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!

A todos os funcionários da UFRJ que participaram desta pesquisa e contribuíram para a sua execução.

À Prof^ª. Cássia Turci, diretora do Instituto de Química da UFRJ, que permitiu e possibilitou acolher e atender os servidores. Sua preocupação, além de diretora, com seus trabalhadores, é admirável!

Ao Prof. João Graciano, decano do Centro de Ciências da Natureza e da Matemática, que apoiou e incentivou o estudo.

A todos os amigos da Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador da UFRJ que me incentivaram e acreditaram em mim, principalmente ao Coordenador Eduardo Oliveira e ao chefe da Divisão de Promoção e Educação em Saúde Prof. Dr. Mário Castro que acreditaram e apoiaram o meu trabalho.

A todos os meus amigos da Divisão de Promoção e Educação em Saúde (Alexandre Schneider, Silvia Carvalho, Paulo, Ana Mallet, Fernando Dias, Carolina, Denise, Samantha, João Marcos, Renata, Myrian Cristina, Larissa, Neuza, Regina) que me incentivaram, apoiaram, ajudaram durante o curso do doutorado com paciência, respeito e carinho.

Aos colegas do Curso de Doutorado em Enfermagem/EEAN/UFRJ e amigos, com os quais pude compartilhar alegrias, conhecimentos e angústias, que contribuíram para o meu crescimento.

Às amigas Ana Cláudia e Cláudia do CMS Renato Rocco e toda a equipe pelo apoio, confiança e respeito.

Ao Prof. Ronir Baggio pelos ensinamentos, paciência, compreensão, orientações precisas e sua humildade e respeito pelo aluno que é de se admirar.

À Doutoranda Jéssica Pronestino pela paciência, ensinamentos, os cursos de SPSS, humildade e amizade.

À Prof^ª. Dra. Luciana Portela pelas orientações, ensinamentos e paciência.

Ao Prof. Alberto Araújo e toda a equipe do NETT que tão bem me acolheram na equipe e Assim como aos pacientes pela oportunidade de aprimorar os conhecimentos do álcool e do tabagismo,.

Aos professores doutores que fizeram parte da banca examinadora, Maria Lúcia Oliveira de Souza Formigoni, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos, Regina Célia Gollner Zeitoune, José Mauro Braz de Lima e Luciana Portela que contribuíram com sugestões para o texto final.

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

Ao meu marido, Alessandro Brites, pelo companheirismo, amor, carinho e cumplicidade ao longo desses anos.

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

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

Aos amigos que hoje considero como nossa família de coração, pela ajuda, amizade e apoio fornecidos: Ana Cristina, Alessandra Lacerda, Adriana, Luciana, Fernanda, Luci, Tereza, Sophia, Júlio, Junior, Rodrigo, Hugo, Júlia, Isabella, Edina, Ivanir e Adilson.

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

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes”.*
Marthin Luther King

RESUMO

BRITES, Riany Moura Rocha. **Intervenção Breve para redução do consumo de álcool entre trabalhadores de uma universidade pública.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017.

Este estudo teve como objetivo avaliar a Intervenção Breve na redução do consumo de álcool entre trabalhadores de uma universidade pública e Identificar o perfil sociodemográfico, ocupacional e o padrão de consumo de álcool desses trabalhadores. Realizou-se estudo quase experimental de Intervenção Breve sobre o uso de álcool entre trabalhadores, associada a uma Entrevista Motivacional, com um grupo amostral de 36 servidores que preencheram o caderno de saúde do trabalhador associado ao questionário AUDIT com o escore positivo (>8), atendidos na Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador (CPST) de uma universidade pública, na cidade do Rio de Janeiro. Foram utilizadas as técnicas da Intervenção Breve e Entrevista Motivacional. Os participantes receberam três sessões de Intervenção Breve, semanalmente, e após três meses foram reavaliados. As análises realizadas estudaram uma associação entre cada variável independente do estudo e o padrão de consumo de álcool, adotando-se como nível de significância de $p < 0,05$. Dos 36 entrevistados, houve desistência de 6 (16,0%). O consumo de risco foi observado em maior frequência (61,1%) da amostra, seguido do consumo de provável dependência (27,8%) e nocivo (11,1%). A maioria consumia cerveja (94,4%). Em relação ao questionário AUDIT, verificou-se que o consumo era acima de duas a quatro vezes por mês em 47,2% e em 25,0% acima de oito doses. O consumo no padrão binge drinking foi referido em uma vez por semana em 52,8%. O perfil daqueles que faziam consumo de risco era: mulheres (88,9%), faixa etária de 30-49 anos (70,6%), brancos (61,9%), casados (72,0%), ensino superior ou acima (70,0%), renda >4 salários mínimos (71,4%), sem religião (77,8%), até 22 anos de serviço (67,7%) e os técnicos administrativos superior e docentes (73,9%). O consumo nocivo e de provável dependência relatado por: homens (48,1%), acima de 50 anos (47,4%), não brancos (42,9%), não casados (63,6%), com até o ensino médio (50,0%), renda até três salários mínimos (50,0%), com religião (42,3%), acima de 23 anos de serviço (42,9%), técnicos administrativos de apoio e intermediário (61,5%). Quanto ao efeito da IB, a maioria migrou para as zonas de risco I (56,7%) e risco II (43,3%). A diferença do escore do AUDIT antes e após a IB foi positiva, pois todos reduziram a média do escore. O efeito da IB ocorreu independentemente das características da amostra estudada. O teste de Wilcoxon mostrou que a média dos postos dos escores AUDIT após três meses de IB foi inferior ao do resultado inicial com $Z = -4,709$ e $p < 0,000$. Quanto às características sociodemográficas e ocupacionais, todos apresentaram redução significativa, com $p < 0,05$. Em relação às questões do AUDIT, reduziram principalmente na frequência $Z = -3,880$ e $p < 0,000$, no consumo tipo binge drinking $Z = -4,144$ e $p < 0,000$. Pode-se concluir que a Intervenção Breve associada a Entrevista Motivacional nos trabalhadores reduziu o consumo de álcool entre os trabalhadores estudados após três meses da avaliação inicial.

Palavras-chave: Bebida alcoólica. Trabalhador. Saúde do trabalhador. Intervenção Breve. Entrevista Motivacional.

ABSTRACT

BRITES, Riany Moura Rocha. Brief intervention to reduce alcohol consumption among public university workers. Thesis (Doctorate in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, 2017.

This study aimed to evaluate the Brief Intervention in the reduction of alcohol consumption among employees of a public university and to identify the sociodemographic, occupational profile and alcohol consumption pattern of these workers. A Brief Intervention Study on the use of alcohol among workers, associated with a Motivational Interview, was carried out with a sample group of 36 employees who filled out the Questionnaire on Worker's Health associated to AUDIT with positive score (> 8), attended at the Coordination of Worker Health Policies of a public university, in the city of Rio de Janeiro. Brief Intervention and Motivational Interview techniques were used. Participants received three sessions Brief Interventions, weekly, and after three months were reassessed. The analyzed performed studied an association between each independent variable of the study and the pattern of alcohol consumption, adopting as significance level of $p < 0.05$. Of the 36 interviewees, there was withdrawal of 6 (16.0%). The risk consumption was observed in a higher frequency (61.1%) of the sample, followed by consumption of probable dependence (27.8%) and harmful (11.1%). The majority consumed beer (94.4%). Regarding the AUDIT questionnaire, it was verified that consumption was over 2 to 4 times a month in 47.2% and in 25.0% over eight doses. Consumption in the standard binge drinking was reported at once per week at 52.8%. The profile of those who consumed at risk were: women (88.9%), age 30-49 (70.6%), white (61.9%), married (72.0%), higher education (77.8%), up to 22 years of service (67.7%), and occupied position superior and lecturer (73,9%). The consumption of harmful and probable dependence was reported by: men (48.1%), over 50 (47.4%), non-white (42.9%), unmarried (63.6%), (50.0%), religion (42.3%), above 23 years of service (42.9%), occupied position support and intermediary (61.5%). Regarding the effect of IB, the majority migrated to areas at risk I (56.7%) and risk II (43.3%). The difference in the AUDIT score before and after the IB was positive, since all the scores decreased. The effect of IB occurred independently of the characteristics of the sample studied. The Wilcoxon test showed that the mean of the AUDIT scores after three months of IB was lower than the initial result with $Z = -4.709$ and $p < 0.000$. Regarding sociodemographic and occupational characteristics, all presented a significant reduction, with $p < 0.05$. Concerning AUDIT questions, they mainly reduced the frequency $Z = -3.880$ and $p < 0.000$, in the binge drinking consumption $Z = -4.144$ and $p < 0.000$. It can be concluded that the Brief Intervention associated with Motivational Interview in the workers reduced alcohol consumption among the workers studied after three months of the initial evaluation.

Keywords: Alcoholic drinking. Worker. Occupational Health. Brief Intervention. Motivational Interview.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Fluxograma da seleção dos estudos encontrados entre 2007-2017	25
Figura 2.	Representação gráfica da “Régua de Prontidão”	49
Figura 3.	Fluxograma da seleção da amostra do estudo	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Dados dos estudos selecionados na revisão entre 2007-2017.	26
Quadro 2.	Teor de álcool das bebidas	37
Quadro 3.	Equivalência de doses	38
Quadro 4.	Domínios e conteúdos do AUDIT	46
Quadro 5.	Interpretação e aplicação das intervenções, segundo a pontuação do AUDIT	47
Quadro 6.	Estágios de mudança associados aos elementos de Intervenções Breves	49
Quadro 7.	Ações e objetivos da Intervenção Breve em suas sessões	57
Quadro 8.	Variáveis do escore do AUDIT antes e depois da Intervenção Breve	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características sociodemográficas da amostra estudada	60
Tabela 2.	Tempo de serviço na Universidade da amostra estudada	62
Tabela 3.	Distribuição dos níveis administrativos da amostra estudada.....	63
Tabela 4.	Padrão de consumo de álcool da amostra estudada de acordo com o escore AUDIT	63
Tabela 5.	Distribuição do tipo de bebida alcoólica* consumida pela amostra estudada	63
Tabela 6.	Resposta do AUDIT na amostra estudada.....	64
Tabela 7.	Características sociodemográficas da amostra estudada de acordo com o escore AUDIT	66
Tabela 8.	Tempo de serviço da amostra estudada de acordo com o escore AUDIT	67
Tabela 9.	Níveis administrativos das categorias profissionais da amostra estudada de acordo com o escore AUDIT	67
Tabela 10.	Zonas de risco antes e depois da Intervenção Breve da amostra estudada.....	68
Tabela 11.	Diferença entre o escore AUDIT inicial e após a Intervenção Breve no perfil sociodemográfico da amostra estudada	69
Tabela 12.	Diferença entre o escore AUDIT inicial e após a Intervenção Breve no perfil ocupacional da amostra estudada	70
Tabela 13.	Média do escore AUDIT antes e depois da Intervenção Breve da amostra estudada	70
Tabela 14.	Escore AUDIT antes e depois da Intervenção Breve da amostra estudada quanto ao perfil sociodemográfico	71
Tabela 15.	Escore AUDIT antes e depois da Intervenção Breve da amostra estudada quanto ao perfil ocupacional	72
Tabela 16.	Escore do AUDIT nas questões individuais antes e depois da Intervenção Breve na amostra estudada	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CAGE	C (<i>Cut down</i>); A (<i>Annoyed</i>); G (<i>Guilty</i>); E (<i>Eye opened</i>).
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPST	Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador
CSS	Caderno de Saúde do Servidor
CTA	Comitê Técnico Acadêmico em Saúde do Trabalhador
DeCs	Descritores em Ciência da Saúde
DEPS	Divisão Educação e Promoção da Saúde
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EM	Entrevista Motivacional
HESFA	Hospital Escola São Francisco de Assis
IB	Intervenção Breve
IPI	Impostos sobre os Produtos Industrializados
LIBA	Laboratório de Intervenção Breve em Álcool
MAST	<i>Michigan Alcohol Screening Test</i>
MeSH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
NETT	Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo
NUPENST	Núcleo de Enfermagem em Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAI-PAD	Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade
PASS	Política Nacional de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor
PNAD	Programa Nacional sobre Drogas
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SAF	Síndrome Alcólica Fetal
SM	Salário mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
T-ACE	<i>Tolerance, Annoyed, Cut down e Eye-opener</i>
TWEAK	<i>Tolerance Worry Eye-opener Amnesia/black-out Cut down</i>
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIAD	Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIPRAD	Núcleo de Atenção às Pessoas com Problemas de Álcool e outras Drogas
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETIVOS	21
1.2	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	21
1.3	RELEVÂNCIA DO ESTUDO	30
2	REVISÃO DE LITERATURA	32
2.1	HISTÓRIA DO ÁLCOOL NO MUNDO E NO BRASIL	32
2.2	EPIDEMIOLOGIA DO ÁLCOOL NO BRASIL E NO MUNDO	34
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS SOBRE ÁLCOOL.....	35
2.4	SAÚDE DO TRABALHADOR FRENTE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE ÁLCOOL	37
2.5	CONCEITOS E TERMOS RELACIONADOS ÀS BEBIDAS ALCÓOLICAS DOSE-PADRÃO E TEOR ALCÓOLICO.....	38
2.6	EFEITOS DO ÁLCOOL NO ORGANISMO	42
2.7	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL	43
2.7.1	CAGE	43
2.7.2	MAST	43
2.7.3	TWEAK	44
2.7.4	ASSIST	45
2.7.5	AUDIT	45
2.7.6	AUDIT-C	47
2.8	ENTREVISTA MOTIVACIONAL E ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	47
2.9	PRINCÍPIOS DA INTERVENÇÃO BREVE	50
3	MÉTODOS	53
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	53
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRADO ESTUDO	53
3.3	PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO	55
3.3.1	Variáveis estudadas	58
3.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	59
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	60
4	RESULTADOS	61
4.1	RESULTADOS DE ACORDO COM A ANÁLISE UNIVARIADA.....	61
4.1.1	Perfil sociodemográfico e ocupacional da amostra do estudo	61
4.1.2	Consumo de álcool da amostra estudada	61

4.2	RESULTADOS DE ACORDO COM A ANÁLISE BIVARIADA.....	65
4.2.1	Caracterização da amostra do estudo considerando o consumo de álcool pelo escore AUDIT	65
4.2.2	Efeito da Intervenção Breve na redução do consumo de álcool na amostra do estudo	67
5	DISCUSSÃO	75
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DA AMOSTRA ESTUDADA.....	75
5.2	CONSUMO DE ÁLCOOL DA AMOSTRA.....	76
5.3	CONSUMO DE ÁLCOOL DA AMOSTRA PELO ESCORE AUDIT.....	79
5.4	EFEITO DA INTERVENÇÃO BREVE NA REDUÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	81
5.5	INTERVENÇÃO BREVE NA REDUÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL: O PAPEL DO ENFERMEIRO.....	84
6	CONCLUSÕES	86
6.1	RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO.....	87
6.2	INTERVENÇÕES DO ESTUDO NA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	88
6.3	A DIFUSÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A TEMÁTICA.....	89
6.4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	90
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICES	104
	APÊNDICE A – FOLHETO DE BEBER DE BAIXO RISCO	105
	APÊNDICE B – BANNER INFORMATIVO SOBRE PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL	106
	APÊNDICE C – PLANO DE MUDANÇA DE HÁBITO	107
	APÊNDICE D – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR	109
	ANEXOS	110
	ANEXO A – CADERNO DE SAÚDE DO SERVIDOR	111
	ANEXO B – CADERNO DE SAÚDE DO SERVIDOR REDUZIDO	116
	ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	119
	ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	122

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema deste estudo surgiu durante as ações de enfermagem desenvolvidas no setor de triagem da Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador. Essa triagem envolvia licenças admissionais, demissionais e para tratamento de saúde (para acompanhar familiar, licença-maternidade, perícias médicas, etc.). Observou-se, nesta ocasião, que alguns casos para tratamento de saúde referiam-se ao consumo abusivo de álcool, com evidentes repercussões sociais e econômicas que poderiam ser evitadas ou amenizadas, através de um diagnóstico em saúde, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas para a necessidade do servidor.

A Divisão de Educação e Promoção da Saúde (DEPS) instituiu as diretrizes gerais de promoção à saúde do servidor público federal. Essas ações têm como finalidade propiciar o desenvolvimento de ambientes de trabalho saudáveis, baseada na Portaria Normativa nº 3 de 25/3/2013 (BRASIL, 2013a).

Nessa Divisão as atividades operacionais e de planejamento são estruturadas através de gestão participativa, utilizando estratégias de sensibilização e mobilização no qual o conhecimento e as escolhas dos trabalhadores são fundamentais na atuação com os técnicos especializados da área de Saúde do Trabalhador da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A partir de 2010, essa unidade seguiu o novo modelo de atendimento à saúde do servidor público, proposto pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor (SIASS) através do acordo de cooperação técnica com o Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, instituído pelo Decreto nº 6833 de 29/4/2009 (BRASIL, 2009). Implementado pelo Governo Federal, tornou-se assim a unidade SIASS-50, responsável pelo atendimento à saúde dos servidores da UFRJ e de mais oito entidades federais através de convênios.

Caracterizada anteriormente como uma unidade pericial dos servidores, assim como a Atenção à Saúde no mundo, também vem sofrendo transformações. Atualmente, essa unidade é uma coordenação, denominada Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador (CPST), e tem como eixos de planejamento e ação, reforçando o que o Governo Brasileiro privilegia que são as estratégias de prevenção de agravos, vigilância e promoção à saúde de seus servidores, culminando na confecção e assinatura da Política Nacional de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor (PASS).

A PASS se baseia em três eixos integrados: Perícia Médica, Promoção à Saúde e Vigilância. Com isso, o Governo tenta melhorar as condições de trabalho de seus servidores, melhorando a eficiência da máquina pública, unificando o atendimento e as regras a todos os servidores da União.

Concomitantemente, foi criado um Comitê Técnico Acadêmico em Saúde do Trabalhador (CTA), integrado por representantes dessa unidade, docentes de diversas áreas e técnicos administrativos de outras áreas da Universidade, com objetivo de construir de maneira coletiva um novo modelo de atenção à saúde do servidor.

O CTA construiu um instrumento de saúde denominado “Caderno de saúde do servidor”, em formato de questionário com grupos de questões que permitiram traçar o perfil de saúde do servidor da Universidade e com ele implementar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças previstas para as Unidades de Referência do SIASS (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012).

O Caderno de saúde do servidor foi aplicado junto com o exame periódico da CPST em conjunto com a equipe do CTA, após estratégias de sensibilização dos servidores, de modo a aumentar a sua adesão.

Houve 79,0% de adesão dos servidores, obtendo-se resultados importantes para traçar ações de promoção à saúde, como estudo-piloto na construção coletiva da saúde do trabalhador dessa Universidade (BRITES e ABREU, 2014). Destacou-se, entre os resultados, um número expressivo de servidores que relatou o consumo de álcool (BRITES e ABREU, 2014).

Durante a aplicação do questionário, observou-se que alguns servidores apresentavam algum problema de saúde. Destes, 67,5% relataram consumo de álcool e 9,0% relataram sentir desejo ou urgência em consumir a bebida alcoólica semanalmente (BRITES e ABREU, 2014).

Assim, a equipe resolveu 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 a Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador.

Considerou-se então a aplicabilidade da Intervenção Breve como uma estratégia eficaz na redução do consumo de álcool entre os trabalhadores de um Instituto de um centro universitário federal do Rio de Janeiro.

Cabe ressaltar que as modificações dos processos de trabalho em relação à 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 consequências desses adoecimentos estão relacionadas à organização do trabalho e ao processo de trabalho, podendo ser identificados em diversas atividades.

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).

Quando o trabalhador apresenta desequilíbrio no seu processo saúde e doença, isso conseqüentemente traz mudanças no seu processo de trabalho, tendo 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; SELIGMANN-SILVA, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Esse desequilíbrio no processo e organização do trabalho se reflete na saúde do trabalhador, que busca do refúgio do desprazer por meio do consumo de álcool, para relaxar e amenizar a tensão 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).

O Ministério da Saúde em conformidade com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014) afirma que a síndrome de dependência do álcool é um dos problemas relacionados ao trabalho e o alcoolismo é considerado uma doença crônica primária que tem seu desenvolvimento e manifestações influenciados por fatores genéticos, psicossociais e ambientais, frequentemente progressiva e fatal (BRASIL, 2004a).

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

Um estudo realizado em 1995 na Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador de uma instituição pública apresentou as principais causas de aposentadoria por invalidez no período de 1992 a 1994 e suas prevalências: doenças cardiovasculares (32,0%), doenças psiquiátricas (23,0%) e alcoolismo (9,0%), mostrando que o uso do álcool contribuiu também para uma aposentadoria em idade produtiva, devido à falta de detecção precoce na atenção à saúde do trabalhador (VAISSMAN, 2004).

Nesse mesmo estudo verificou-se que 20,0% das licenças médicas por alcoolismo tiveram tempo médio de afastamento entre 30 dias e 59 dias. Com isso, determinou o longo período do trabalhador fora do ambiente de trabalho. Entretanto, Vaissman (2004) relata que o diagnóstico precoce reduziria as licenças médicas, o absenteísmo e as aposentadorias, havendo necessidade de relatar atenção ao padrão de consumo de álcool, principalmente entre os trabalhadores.

Em 2011, estudo de avaliação das licenças médicas realizadas no período de 2001 a 2008, no Serviço de Saúde do Trabalhador da Universidade, observou que foram concedidas 700 licenças médicas pelos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool para os servidores, totalizando 29.805 dias, com média de 31-42 dias afastados do trabalho (BRITES e ABREU et al., 2014).

Outro estudo, realizado na Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador, estimou o padrão de consumo de álcool dos servidores e verificou que o beber pesado esporádico foi uma das informações que alertou quanto ao problema do consumo de álcool. Dessa maneira, 12,7% dos trabalhadores de uma universidade no sul do País fizeram consumo de risco, nocivo ou com provável dependência, nos últimos 12 meses (BRITES e ABREU, 2014). O percentual de servidores que fizeram consumo de bebida alcoólica foi superior ao encontrado em nível nacional, que em 2012 foi 9,0% (DIEHL et al., 2011).

Segundo Frone (1999), o uso de álcool pelos trabalhadores representa um importante problema para a empresa e para sua vida pessoal, porque pode afetar a sua saúde e a produtividade dos funcionários. Ele classifica essa problemática em três paradigmas: paradigma de controle social (baixo nível de supervisão e baixa visibilidade no trabalho); paradigma da cultura (disponibilidade do álcool perto do trabalho e em eventos relacionados ao trabalho); e o paradigma da alienação pelo estresse (falta de exigências do trabalho sobre um empregado, o tédio, falta de participação na tomada de decisões e conflitos interpessoais com os supervisores e os colegas de trabalho).

Fonseca (2007) ainda aponta que 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 o consumo abusivo de álcool, como o trabalho no período noturno, jornada de trabalho prolongada, ambiente de trabalho estressante e 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).

Um estudo realizado em 23 capitais e no Distrito Federal, em 2012, mostrou que 13,5% do total de atendimentos nas emergências relacionadas às quedas estavam ligadas ao trabalho. O uso de álcool nas seis horas anteriores ao evento foi declarado por 6,3% dos entrevistados. Os autores ainda relataram uma subnotificação devido à falta de informação relatada pelo trabalhador podendo chegar a 11,4% (MALTA et al., 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DASAÚDE, 2014).

Além disso, o absenteísmo tem sido muito discutido entre as organizações do trabalho, entendido como o não comparecimento ao serviço seja de maneira prevista (descanso semanal remunerado, feriados e férias) ou não prevista (faltas, licenças por motivo de doença e suspensões), podendo acarretar a sobrecarga daqueles que permanecem no trabalho e, por consequência, novos problemas de saúde e possibilidade de afastamentos futuros (GAIDZINSKI et al., 2005; PRIMO, 2008; CUNHA et al., 2009; OENNING et al., 2012).

Em São Paulo, foi realizado um levantamento das concessões de licenças para tratamento de saúde pela Previdência Social em 2010, por transtornos mentais e comportamentais, para avaliar os fatores associados aos longos períodos de afastamento do trabalho. Verificou-se que 16% dos trabalhadores faziam consumo de bebida alcoólica e 2,3% foram afastados do trabalho devido aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (SILVA-JUNIOR et al., 2015).

Estudo realizado na Tailândia verificou que os trabalhadores que fizeram consumo nocivo de álcool tiveram uma perda da produtividade e desempenho em 25,0%. Ou seja, o padrão de consumo de álcool elevado é um dos fatores de risco para o trabalhador para perda de sua produtividade (THAVORNCHAROENSAP et al., 2010).

Um estudo realizado na Noruega, com trabalhadores de diversas profissões, verificou que os homens, com maior frequência, reduziram sua produtividade e faltaram ao trabalho devido ao consumo pesado de álcool nos últimos 12 meses. Além disso, mostraram que a redução da produtividade foi maior que a ausência ao trabalho (EDVARSEN et al., 2015).

Segundo a Política Nacional sobre Drogas - PNAD (BRASIL, 2005), esta temática deve ser constantemente discutida, priorizando estratégias e ações para minimizar ou cessar o consumo de álcool. Esta Política tem por objetivo diminuir os agravos à saúde do trabalhador, os acidentes de trabalho, o absenteísmo, os custos diretos e indiretos dele decorrentes, 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; FONSECA, 2007; WATSON et al., 2015).

Essas estratégias devem se iniciar 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.

Atualmente, uma estratégia muito utilizada no mundo e na atenção primária é o rastreamento por meio do uso de ferramentas como os instrumentos 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 por objetivo identificar pessoas que necessitem de níveis diferenciados de intervenção, sendo considerado um dos melhores instrumentos de rastreamento a ser usado em serviços de atenção primária (RONZANI et al., 2007; BABOR et al., 2001a; MARQUES e FURTADO, 2004).

Apesar da importância da implementação de rotinas de Intervenção Breve em diversos ambientes utilizando o questionário 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 e absenteísmo (RONZANI et al., 2007).

Nesse sentido, o Manual de Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004b), preconiza que:

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 (BRASIL, 2004b, p.19).

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., 2001a; MARQUES e FURTADO, 2004).

Nesse sentido, em geral os profissionais que atuam na área da saúde do trabalhador 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 procuram mais 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, 2011).

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

Uma dessas estratégias que pode ser utilizada no ambiente de trabalho é a Intervenção Breve, investigando sobre o uso problemático e aconselhamento a fim de reduzir os riscos de danos associado ao consumo de álcool entre os trabalhadores (BABOR et al., 2001b).

Foi formulada então a seguinte hipótese principal do estudo:

- H1 – Os trabalhadores após a aplicação da Intervenção Breve apresentarão redução do consumo de álcool.

Dessa forma, o presente estudo traz a seguinte pergunta de investigação: A Intervenção Breve reduz o consumo de álcool dos trabalhadores?

1.1 OBJETIVOS

Foram definidos os seguintes objetivos para este estudo:

Objetivo geral

Avaliar a Intervenção Breve na redução do consumo de álcool entre trabalhadores de uma universidade pública.

Objetivos específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico, ocupacional e o consumo de risco, nocivo e provável dependência de álcool dos trabalhadores de uma universidade pública.
- Estimar a frequência do consumo de risco, nocivo e provável dependência de álcool desses trabalhadores.
- Aplicar a Intervenção Breve associada a entrevista motivacional na redução do consumo de risco, nocivo e provável dependência de álcool dos trabalhadores de uma universidade pública.

1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O consumo de álcool pelos trabalhadores 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 essas substâncias podem viabilizar mudanças na sua vida cotidiana, seja em relação a diferentes condições e organizações 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 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; BRANCO et al., 2009; SELIGMANN-SILVA, 2011).

O consumo de álcool muitas vezes é feito para tentar aliviar o sofrimento mental e a sobrecarga emocional, ligados ou decorrentes das condições de trabalho e pela organização do trabalho imposta pela empresa. Assim, alguns profissionais encontram no consumo de álcool uma saída para reduzir o estresse e problemas relacionados com o trabalho, o que induz os quadros graves de dependência alcoólica (MABUCHI et al., 2007).

Em geral, o problema do consumo de álcool em relação ao trabalhador aparece apenas quando surgem os sinais e sintomas da dependência do álcool, refletindo na relação interpessoal com a equipe, absenteísmo, licenças médicas recorrentes. Entretanto, o consumo de risco e nocivo de álcool é tão prejudicial à saúde quanto a dependência e ocorre com maior frequência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Essa problemática remete à 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.

Alguns estudos internacionais relatam que a Intervenção Breve é eficaz na atenção primária durante o atendimento de rotina dos pacientes a fim de detectar precocemente os problemas relacionados ao uso e abuso de álcool. Os profissionais de saúde que têm a responsabilidade de supervisionar a saúde dos pacientes e estarem atentos à identificação de problemas de saúde. Eles podem realizar a Intervenção Breve nessas ocasiões, quando os pacientes podem ser particularmente receptivos a conselhos para alterar o seu padrão de consumo de álcool (MINTO et al., 2007; HERMANSSON et al., 2010; WATSON et al., 2015).

As Intervenções Breves podem ser utilizadas por profissionais de saúde de diversas categorias, em diversos contextos. São recursos simples e baratos e aplicáveis a toda a comunidade. São compostas por ações de educação em saúde para o álcool, orientações básicas, aconselhamento e encaminhamento (FLEMING, 2005; PILLON, 2005; TSAI et al., 2010).

Essa intervenção tem como objetivo reduzir o número de doses consumidas em uma ocasião, e pode favorecer a tomada de decisão e resultar em ações, como iniciar um tratamento, aumentar o conhecimento sobre os problemas relacionados

ao uso de álcool, devido à percepção dos riscos envolvidos no consumo. As metas devem ser estabelecidas individualmente, de acordo com o padrão de consumo atual e os riscos associados (MARQUES e FURTADO, 2004).

Dessa maneira, as Intervenções Breves podem assegurar o tratamento precoce de problemas relacionados ao álcool e para aqueles com risco de desenvolvê-los, reduzindo o dano ao paciente e à sociedade. Quando um programa sistemático de rastreamento é iniciado, o modelo de estratégias de diagnóstico e intervenções breves (EDIB) mostra como o profissional pode utilizar as Intervenções Breves para responder aos três níveis de risco: uso de risco, uso nocivo e dependência de álcool (BABOR et al., 2001b).

Portanto se faz necessário identificar o padrão de consumo de álcool dos trabalhadores e com isso aplicar a Intervenção Breve de acordo com cada padrão de consumo, acrescido de uma entrevista motivacional a fim de reduzir ou cessar o consumo de álcool em trabalhadores (BABOR et al., 2001b; GONÇALVES et al., 2011).

A produção científica sobre evidências da Intervenção Breve (IB) em problemas relacionados ao consumo de álcool no âmbito do trabalho favorece a sistematização sobre as estratégias apropriadas na sua rotina (BABOR et al., 2001b; MENDES et al., 2008). Assim, este estudo identificou inicialmente a produção científica sobre Intervenção Breve em problemas relacionados ao consumo de álcool no âmbito do trabalho.

A pergunta de revisão elaborada com base na estratégia PICO, o qual representa um acrônimo, onde P significa Paciente, I significa Intervenção, C significa Comparação e O significa *Outcomes* (desfecho), foi: Qual a produção científica sobre IB em problemas relacionados ao consumo de álcool no âmbito do trabalho?

Nesse sentido, a busca foi realizada nas bases de dados: Pubmed, Scopus e LILACS. A estratégia de busca considerou conjunto de termos relacionados aos trabalhadores (P), à intervenção Breve em problemas relacionados ao consumo de álcool (I), Intervenção mais Breve utilizada comparando com outros estudos (C) e o resultado esperado é a redução do consumo de álcool (O). Foram selecionados descritores controlados de cada base de dados, assim como os não controlados, que foram combinados entre si, dentro de cada conjunto de termos com o conectores booleanos OR e AND (SANTOS et al, 2007).

Os critérios de inclusão foram estudos publicados na íntegra, no período de 2007 a 2017, nos idiomas em português, inglês, espanhol ou francês, realizados com trabalhadores sobre consumo de álcool e intervenção breve. Foram excluídos os artigos repetidos nas bases de dados; artigos de reflexão; estudos que não abordassem a Intervenção Breve quanto ao consumo de bebidas alcoólicas em trabalhadores ou em locais de trabalhos.

A estratégia de busca para as bases de dados foi conduzida utilizando-se palavras-chave e descritores do DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) e do MeSH (Medical Subject Headings), em diferentes combinações: Pubmed e SCOPUS ((alcohol or "alcohol drinking" or alcoholism) and (work*) and ("brief intervention" or "motivational interviewing")) – foi utilizada a mesma estratégia e LILACS - ((alcohol or alcohol drinking or alcoholism)) AND (tw:((work or workers or works))) AND (tw:((interview or intervention or interviewing or "mass screening"))). A busca foi realizada nos meses de maio a junho de 2017, sendo encontradas 433 artigos.

A seleção dos estudos foi realizada, inicialmente, pela leitura dos títulos e resumos, sendo descartados 395 estudos e 13 repetidos no Pubmed, Scopus e LILACS. Dessa maneira, vinte cinco foram elegíveis para leitura integral dos estudos, sendo selecionados dez estudos desta revisão integrativa (figura 1).

Os 10 estudos que compuseram a revisão são apresentados no Quadro 1. A maioria dos estudos foi conduzida na Inglaterra (4), seguido pelos Estados Unidos (n=2), Suécia (n=2), Japão (n=1) e Brasil (n=1).

Nos dez anos analisados, foram encontrados estudos publicados a partir de 2007, com destaque ao ano de 2010, que somou três produções científicas. Apenas três estudos (30,0%) tinham como autores enfermeiros e sete estudos (70,0%) foram realizados por assistentes sociais, psicólogos e médicos.

Em relação aos instrumentos de coleta de dados, foi utilizado o teste de identificação de problemas relacionados ao álcool (AUDIT) em cinco estudos (50,0%) e o AUDIT-C (apresentação reduzida em quatro perguntas) em cinco estudos (50,0%).

Quanto ao nível de evidência dos estudos verificou que sete estudos (70%) apresentaram o nível II de evidência, foram os estudos de ensaio clínico randomizado, dois estudos (20%) com nível III que foram os estudos quase experimentais e um estudo (10%) com nível de evidência IV que foram os estudos descritivos (STETLER et al, 1998).

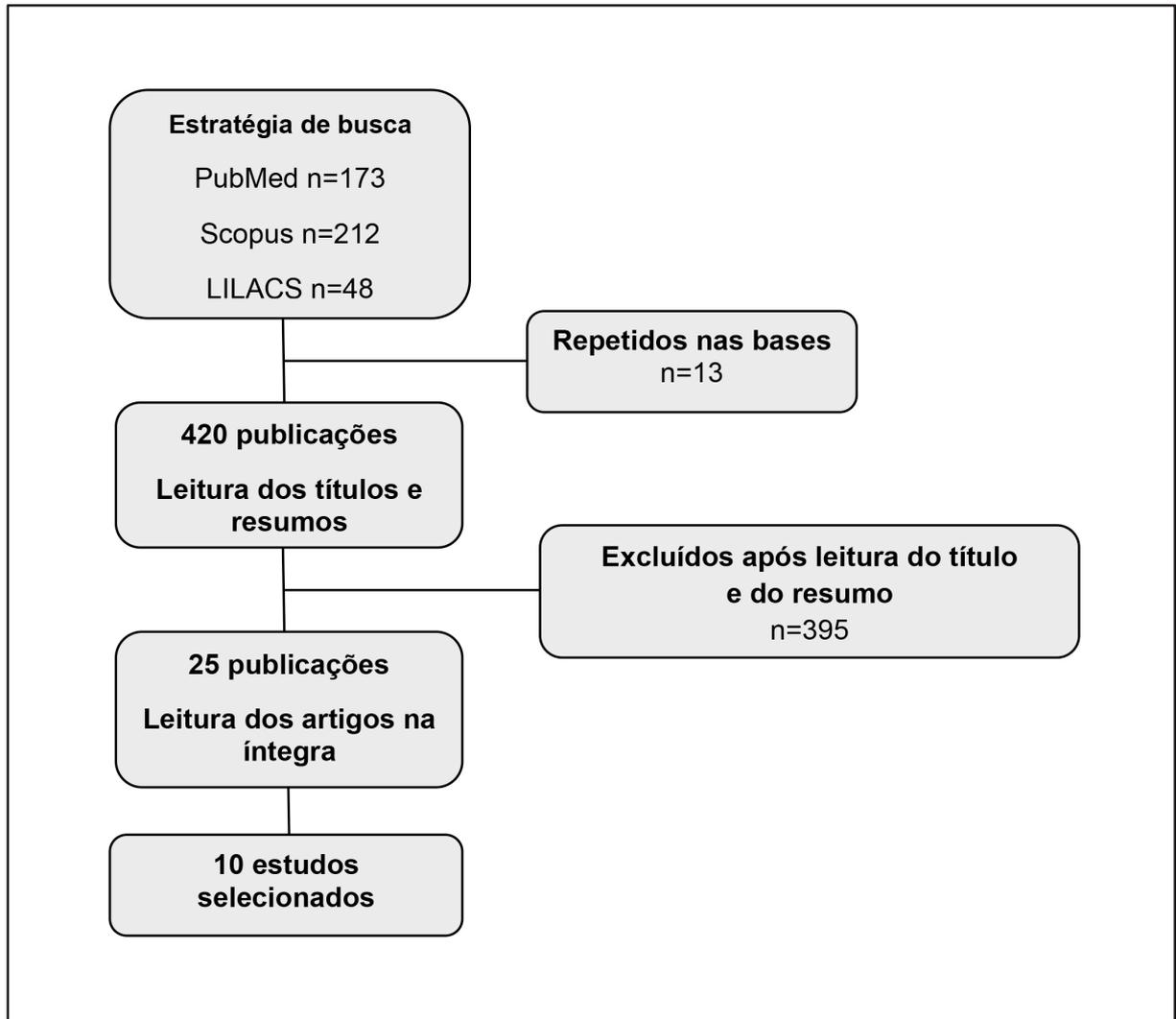


Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos encontrados entre 2007-2017

Fonte: O Autor, 2017.

Os resultados dos estudos permitiram o agrupamento de evidências em seis categoriais baseadas nos resultados das análises: eficácia da IB na redução do consumo de álcool; o ambiente de trabalho e o Serviço de Saúde do Trabalhador quanto ao local de aplicação de rastreamento e aplicação de Intervenção Breve; aceitabilidade dos trabalhadores quanto ao rastreamento e a IB; realização de Intervenção Breve associada a outros diagnósticos de saúde; Intervenções Breves realizadas como parte de exame de saúde *on-line*; a Intervenção Breve favorece a redução das licenças médicas e procura aos serviços de saúde pela redução do consumo de álcool.

Quadro 1 – Dados dos estudos selecionados na revisão entre 2007-2017

Autores	País/ano	Intervenção/objetivo	Base de dados
RONZANI, T.M. et al.	Brasil 2007	Implementar a TIB nos bombeiros de Juiz de Fora através do Serviço de Assistência à Saúde do Bombeiro.	LILACS
HERMANSSON, U. et al.	Suécia 2010	Avaliar a eficácia da Intervenção Breve em trabalhadores em consumo de risco e nocivo de álcool no período de 12 meses após uma triagem.	PubMed
OSILLA, K.C. et al.	Estados Unidos 2010	Examinar as mudanças na produtividade no local de trabalho e os custos relacionados para clientes que receberam a Intervenção Breve para o risco de beber, no Programa de Assistência ao Empregado.	PubMed
MCPHERSON, T.L. et al.	Estados Unidos 2010	Avaliar a viabilidade de implementar o rastreamento pelo telefone e a Intervenção Breve em trabalhadores atendidos pelo programa de assistência ao trabalhador com problemas relacionados ao uso e abuso de álcool	Scopus
ALLEN, E. et al.	Inglaterra 2011	Explorar a eficácia e aceitabilidade de uma Intervenção Breve destinada a reduzir a prevalência do consumo de risco e nocivo de álcool de trabalhadores do sexo masculino.	PubMed
MURRAY, E. et al.	Inglaterra 2013	Realizar rastreamento do consumo de álcool (AUDIT-C) nos trabalhadores através do exame de saúde e a Intervenção Breve <i>on-line</i> .	PubMed
KHADJESARI, Z. et al.	Inglaterra 2014	Rastrear o consumo de álcool (AUDIT-C) nos trabalhadores através do exame de saúde e a Intervenção Breve <i>on-line</i> .	PubMed
WATSON, H. et al.	Inglaterra 2015	Explorar a viabilidade e a rentabilidade do rastreamento e da Intervenção Breve em funcionários com o consumo de risco de álcool.	PubMed
ITO, C. et al.	Japão 2015	Investigar a eficácia da Intervenção Breve, realizado no local de trabalho para os bebedores pesados.	PubMed
TINGHÖG, P. et al.	Suécia 2016	Investigar um programa de educação sobre o álcool fornecido a todos os empregados sobre a redução do consumo de álcool.	PubMed

Legenda: AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Fonte: O Autor, 2017.

Os artigos que reuniram os critérios de inclusão nesta revisão integrativa da literatura permitiram identificar que a Intervenção Breve em problemas relacionados ao consumo de álcool entre os trabalhadores ainda é pouco abordada de maneira efetiva nos estudos. Os artigos internacionais usaram como método o estudo randomizado e controlado e também os estudos quase experimentais. Apenas três estudos aplicaram na prática o rastreamento com a Intervenção Breve nos funcionários, na rotina de um serviço e seus benefícios como também os riscos.

Assim, podemos identificar alguns resultados encontrados pelos diferentes autores e a partir destes, definirmos os mais consensuais quanto à sua sensibilidade para a avaliação da efetividade da intervenção breve visando servir de guia orientador para a implementação da IB em um serviço de saúde do trabalhador (RONZANI et al., 2007; HERMANSSON et al., 2010; OSILLA et al., 2010; MCPHERSON et al., 2010; ALLEN et al., 2011; MURRAY et al., 2013; KHADJESARI et al., 2014; WATSON et al., 2015; ITO et al., 2015; TINGHÖG et al., 2016).

Quanto a eficácia da IB na redução do consumo de álcool entre os trabalhadores, cinco estudos (MURRAY et al., 2013; OSILLA et al., 2010; RONZANI et al., 2007; MCPHERSON et al., 2010; TINGHÖG et al., 2016) verificaram a eficácia da IB e cinco estudos (HERMANSSON et al., 2010 e ALLEN et al., 2011; KHADJESARI et al., 2014; WATSON et al., 2015; ITO et al., 2015) evidenciaram ambiguidade nos resultados nos grupos de intervenção e nos grupos-controle realizados durante um ano. A efetividade da IB foi comprovada quando aplicada por profissionais especializados, porém ainda é preciso que se avalie seu desempenho quando administrada pelos próprios profissionais dos serviços (RONZANI et al., 2007).

Para que uma disseminação de estratégias de implementação de IB seja eficiente, as características de cada serviço e dos profissionais envolvidos precisam ser conhecidas, e também a questão cultural da localidade ou país em que a Intervenção Breve será realizada, para que seja possível detectar os fatores que dificultam a adequada implementação dos programas, visando a atingir um bom nível de efetividade (MCPHERSON et al., 2010; WATSON et al., 2015; ITO et al., 2015).

Quanto ao ambiente de trabalho e o Serviço de Saúde do Trabalhador em relação ao local de aplicação de rastreamento e aplicação de Intervenção Breve, os resultados obtidos sugerem que ambos os locais são viáveis e de fácil aplicação. No entanto, nota-se a necessidade de mais pesquisas em ambientes de trabalho, mas os resultados evidenciaram que pode aumentar a detecção e a intervenção precoces com os trabalhadores que fazem consumo de álcool de risco e nocivo, desde o admissional até os exames periódicos de saúde. Além disso, pode ter vantagens, incluindo o anonimato, conveniência e disponibilidade (KHADJESARI et al., 2014; WATSON et al., 2015; MURRAY et al., 2013; MCPHERSON et al., 2010).

Além disso, o rastreamento e a Intervenção Breve dirigida à redução do consumo de álcool favorecem a redução dos custos diretos e indiretos com os trabalhadores, como a redução das licenças médicas (absenteísmo) que podem estar relacionadas com o uso e abuso de álcool, e também as comorbidades associadas a esse tipo de consumo; redução do presenteísmo e da baixa produtividade (KHADJESARI et al., 2014; WATSON et al., 2015; SELIGMANN-SILVA, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

A aceitabilidade dos trabalhadores quanto ao rastreamento e a IB foi evidenciada em todos os estudos através da adesão ao acompanhamento nos serviços e locais de trabalho, onde foi possível verificar o envolvimento dos trabalhadores com problemas de consumo de risco e nocivo determinados a reduzir esse consumo (KHADJESARI et al., 2014; WATSON et al., 2015; ITO et al., 2015; TINGHÖG et al., 2016; RONZANI et al., 2007; HERMANSSON et al., 2010; OSILLA et al., 2010; MCPHERSON et al., 2010; ALLEN et al., 2011; MURRAY et al., 2013).

Outro aspecto abordado foi a sugestão de realizar a Intervenção Breve associada a outros diagnósticos de saúde, como: estilo de vida, outros problemas de saúde e perfil ocupacional relacionado com o local de trabalho e realizar a coleta de sangue para marcadores biológicos que avaliam a redução do consumo de álcool. Além disso, sugere-se o rastreamento do consumo de álcool com o exame periódico da empresa, já que é uma prática de rotina e que não onera o empregador (KHADJESARI et al., 2014; WATSON et al., 2015; MURRAY et al., 2013; HERMANSSON et al., 2010).

Os estudos selecionados contemplados nesta revisão não apresentaram claramente suas etapas metodológicas (método empregado, participantes, critérios de inclusão e exclusão, intervenção e resultados, e outros aspectos metodológicos), afetando sua validade interna. Apenas três estudos de eficácia apresentaram detalhadamente as etapas metodológicas (KHADJESARI et al., 2014; WATSON et al., 2015; MURRAY et al., 2013).

Quanto às limitações dos estudos foram observados problemas quanto ao tamanho da amostra, controle dos participantes desde as perdas e os agendamentos do seguimento (*follow-up*) para a Intervenção Breve nos estudos de ensaios clínicos aleatorizados. Nesses ensaios clínicos, a aleatorização deve ser feita cegamente, pois pode ter um viés de seleção para o grupo de intervenção (KHADJESARI et al., 2014; WATSON et al., 2015; ITO et al., 2015; TINGHÖG et al., 2016; RONZANI et al., 2007; HERMANSSON et al., 2010; OSILLA et al., 2010; MCPHERSON et al., 2010; ALLEN et al., 2011; MURRAY et al., 2013).

Além disso, os profissionais que realizaram a IB não apresentaram uma homogeneidade nas informações durante as entrevistas e também utilizaram o mesmo ponto de corte para homens e mulheres na questão do padrão de consumo de álcool. Todos esses pontos podem interferir na validade interna e externa dos estudos (OSILLA et al., 2010).

Dessa maneira, a partir dos resultados obtidos nesta revisão integrativa concluímos que há evidências de que a Intervenção Breve reduz o consumo de álcool entre os trabalhadores e são viáveis em locais de trabalho.

A realização do rastreamento é uma das etapas da Intervenção Breve, e não deve ser apresentada com o principal foco na redução do consumo de álcool, mas como uma abordagem ampliada de promoção da saúde e prevenção de doenças. Com isso, pretende-se reduzir os transtornos causados pelo uso e abuso de álcool associados a outras doenças e aumentar a produtividade dos trabalhadores.

Para que uma disseminação de estratégias de implementação de IB seja eficiente, as características de cada serviço e dos profissionais envolvidos precisam ser conhecidas, para que seja possível detectar os fatores que facilitam e que dificultam a adequada implementação dos programas, visando a atingir um bom nível de efetividade.

Esse tipo de estudo não deve ser realizado em instituições que tenham o paradigma dominante de tratamento de dependentes de álcool ou medicamentoso, para que não seja distorcida a Intervenção Breve.

Dessa maneira, é necessário treinamento da equipe que irá aplicar a IB para que haja homogeneidade das informações na rotina de um serviço de saúde do trabalhador, reforçando essa rotina nas atividades dos profissionais enfermeiros do trabalho, nas quais têm seu papel preponderante. Durante essa revisão evidenciou-se apenas um estudo referente à produção de conhecimento nessa área, sendo um campo propício para o desenvolvimento do conhecimento na área da enfermagem do trabalho (WATSON et al., 2015).

Além desses estudos, vale acrescentar que no ano de 2012 foi realizado o levantamento do padrão de consumo de álcool dos servidores atendidos em um Serviço de Saúde do Trabalhador da própria UFRJ, verificando que o maior percentual de padrão de consumo de risco foi entre os técnicos administrativos de apoio e intermediário, com mais de 10 anos de serviço e com menor tempo de atuação no setor (BRITES e ABREU, 2014).

Desses trabalhadores entrevistados, como era esperado, 87,3% faziam consumo de baixo risco e 12,7% faziam consumo de risco, nocivo ou apresentaram

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 tinha se preocupado 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 (BRITES e ABREU, 2014).

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.

Com esta revisão, 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, sobretudo em uma universidade pública, evidenciando escassez de literatura e lacunas nessa área do conhecimento.

1.3 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Este estudo foi relevante na construção do conhecimento sobre a redução do consumo de risco, nocivo ou provável dependência dos trabalhadores de uma universidade pública. Além disso, pode servir de subsídio para a equipe multiprofissional e gestores da Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador (CPST), para os gestores de cada unidade bem como ao Reitor da Universidade, levando um acordo de cooperação técnica junto a CPST para a realização de ações de promoção de saúde e prevenção dos agravos quanto ao álcool entre os trabalhadores técnicos administrativos e docentes da Universidade.

Acrescenta-se que o estudo está apoiado nas políticas públicas referidas na PNAD, 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 (BRASIL, 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.

A partir desse trabalho pretende-se implementar o fluxo de ações junto aos servidores desde a educação em saúde associada à Intervenção Breve, realizada durante o atendimento na Coordenação de Políticas em 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 poderá servir 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 em relação ao consumo de álcool.

Este estudo também poderá fomentar a Linha de Pesquisa Álcool e Drogas do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A principal relevância desse estudo está na sensibilização dos trabalhadores para reduzir o consumo de álcool para níveis de baixo risco ou cessação, mostrando todos os problemas decorrentes dessa substância quando consumida de maneira abusiva e persistente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRIA DO ÁLCOOL NO MUNDO E NO BRASIL

O hábito de consumo de bebidas alcoólicas acompanha a história da humanidade desde o tempo das cavernas, na era paleolítica, presente nos recipientes e inscrições nas paredes das cavernas.

Na era neolítica, há aparição e o controle da agricultura pelo homem e a invenção da cerâmica, e havia uma mínima organização social. A bebida alcoólica aparece como produto natural dessa cultura, a partir de um processo de fermentação natural. O ser humano passou a consumir e a atribuir diferentes significados ao uso do álcool, comprovado pelos documentos arqueológicos que atestam o domínio da produção artesanal nas diversas regiões do norte da África e Oriente Médio. Existem indícios da existência de bebida alcoólica há mais de 7.000 anos a.C. (LIMA, 2008).

No Antigo Testamento da Bíblia, as bebidas como o vinho e as “bebidas fortes” foram citadas algumas vezes em Gênesis e outras partes, “e começou Noé a ser lavrador da terra, e plantou uma vinha. E bebeu do vinho, e embebedou-se” (BÍBLIA, 1966).

Durante as seitas religiosas já havia relatos do consumo de vinho desde a civilização sumeriana (3.000 anos a.C.) como a bebida das divindades e a videira como a “árvore da vida”. Na civilização egípcia, o vinho era representado pelo deus do vinho – Osíris. As festas eram marcadas pelo abuso de vinho e orgias.

Na Idade Média iniciou-se o processo de comercialização por região, refletindo o crescimento das relações agrícolas, marcando o tipo de vinho de acordo com sua região e, dessa maneira, fortalecendo as relações culturais e comunitárias, agregando valores nos produtos e também nas relações entre pessoas e regiões.

Na Idade Moderna ocorreu um aumento do consumo de álcool devido ao progresso das relações comerciais do produto e também da produção de bebidas em grandes proporções, por meio do processo da industrialização. Esse progresso tornou o produto mais barato e assim mais acessível a todos.

O crescimento da classe operária em torno das fábricas favoreceu o aumento do consumo de bebidas alcoólicas em locais próprios como os bares, *pubs* e tabernas, trazendo como consequências o aumento do consumo e os problemas oriundos desse consumo excessivo como as doenças e a violência (LIMA, 2008).

Segundo Diehl et al. (2011), a relação problemática com a bebida alcoólica já era evidenciada por Benjamin Rush (1811) na seguinte citação: “*beber começa como um ato de vontade, caminha para um hábito e finalmente afunda na necessidade*”

(DIEHL et al., 2011, p.129). Além disso, Benjamin Rush já antecipava um debate na relação do uso e abuso do álcool, uma vez que 30,0% das internações psiquiátricas nos Estados Unidos eram devido ao abuso de álcool.

Em 1920, os Estados Unidos promulgaram a Lei Seca. Esta lei, que durou 12 anos, proibiu a fabricação, venda, troca, transporte, importação, exportação, distribuição, posse e consumo de bebida alcoólica e foi considerada por muitos um desastre para a economia americana.

Apenas em 1950, Jellinek elaborou o conceito de “doença alcoólica” com base no “modelo médico”. E com a primeira edição do DSM-I (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) em 1952, o alcoolismo passou a ser visto como doença.

O conceito como doença de alcoolismo foi incorporado pela Organização Mundial da Saúde à Classificação Internacional das Doenças (CID-8) em 1967, a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde. No CID-8, os problemas relacionados ao uso de álcool foram inseridos em uma categoria mais ampla de transtornos de personalidade e de neuroses. Esses problemas foram divididos em três categorias: dependência, episódios de beber excessivo (abuso) e beber excessivo habitual. A dependência de álcool foi caracterizada pelo uso compulsivo de bebidas alcoólicas e pela manifestação de sintomas de abstinência após a cessação do uso de álcool (ASSOCIAÇÃO AMERICANA de PSQUIATRIA, 2014; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2008).

Além dessas doenças, outros problemas passaram a ocorrer no cenário do alcoolismo, como: acidentes de trânsito, violência doméstica, problemas de saúde do trabalhador, síndrome alcoólica fetal (SAF), problemas relacionados ao uso e abuso de bebidas alcoólicas (ASSOCIAÇÃO AMERICANA de PSQUIATRIA, 2014; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2008; LIMA, 2008).

No Brasil, os indígenas já faziam uso de álcool, inicialmente por meio da fermentação da mandioca. Após a chegada dos portugueses que conheciam o vinho e a cerveja, logo aprenderam a fazer a cachaça pela fermentação da cana de açúcar (CARNEIRO, 2010).

Segundo Carneiro (2010), a sociedade brasileira era conhecida pela sobriedade notada pelos viajantes. O alcoolismo no Brasil seria mais raro do que entre os europeus, especialmente os do Norte. Por isso, esse fenômeno tenha ocorrido com mais frequência nas regiões de dominação holandesa e de mineração, no século XVIII.

Nessa época também, os negros seriam mais propensos ao alcoolismo, já que consumiam para aliviar o sofrimento e assim “*sem achar gosto na vida normal – entregando-se a excessos, abusando de água ardente...*” (CARNEIRO, 2010, p.246).

Além disso, a aguardente também foi considerada o maior estímulo para levar o índio para o trabalho.

Depois a cachaça começou a ser comercializada e importada, sendo consumida em festas e em outras comemorações populares, sendo importante para economia colonial e imperial. Essa importância econômica e o consumo tornou-se presente nos espaços sociais, principalmente entre os escravos em particular e o povo em geral (CARNEIRO, 2010).

A partir de 1909, foi fundada a Sociedade Antialcoólica do Brasil e a partir de 1920, a Liga Brasileira de Higiene Mental se dedicou às campanhas antialcoólicas por meio da realização anual de “semanas antialcoólicas” (CARNEIRO, 2010).

2.2 EPIDEMIOLOGIA DO ÁLCOOL NO BRASIL E NO MUNDO

Segundo o Relatório Global sobre Álcool e Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014), se considerássemos todas as pessoas do mundo com 15 anos de idade ou mais, o consumo seria em média de 6,2 litros de álcool puro por ano. No entanto, como pouco menos da metade (38,3%) da população é abstinência; isso significa que aqueles que bebem consomem, em média, 17 litros de álcool puro por ano.

Em todas as regiões dos países signatários da Organização Mundial da Saúde (OMS), as mulheres são mais frequentemente abstinências durante a vida do que os homens. Cerca de 16,0% dos bebedores com idade ≥ 15 anos consomem em episódios pesados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

O II Levantamento nacional de álcool e drogas, realizado em 2014 pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sobre os padrões de consumo de álcool e outras drogas da população brasileira, mostrou que o número de brasileiros que bebe pelo menos uma vez por semana representa 54,0%, sendo que este número era 20,0% a menos em 2006, quando foi realizado o I Levantamento do padrão de consumo de álcool (LARANJEIRA et al., 2014).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, o percentual da população brasileira com ≥ 18 anos que costumava consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana era 24,0%. Ao analisar esse hábito por sexo, entre os homens a proporção foi 36,3%, enquanto entre as mulheres foi 13,0%. Entre os adultos com maior nível de escolaridade, especialmente aqueles com nível superior completo, esse percentual foi 30,5%, enquanto entre os adultos sem instrução e com o fundamental incompleto foi 19,0% (BRASIL, 2014).

A prevalência do consumo abusivo de álcool na população brasileira foi de 13,7%, sendo que entre os homens foi 3,3 vezes maior do que entre as mulheres, principalmente entre os adultos jovens (GARCIA et al., 2015).

A proporção de pessoas que bebe cinco doses ou mais em uma ocasião habitual passou para 39,0%, cresceu aproximadamente 10 pontos percentuais em relação ao estudo anterior.

A frequência do consumo também teve aumento ao longo dos seis anos, de 42,0% para 53,0% o consumo de bebida alcoólica pelo menos uma vez por semana, com aumento maior entre as mulheres. O padrão de beber pesado episódico, ou seja, consumir cinco ou mais doses em uma única ocasião, chamou atenção já que aumentou de 45,0% para 59,0%, nesses seis anos após o I Levantamento (LARANJEIRA et al., 2014).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS SOBRE ÁLCOOL

A Organização Mundial da Saúde publicou uma estratégia global para a redução do uso nocivo de álcool, no ano de 2010, por meio de uma Assembleia Mundial de Saúde com delegações de 193 países membros. Esses países se comprometeram coletivamente a reduzir a carga global de doenças causadas pelo uso nocivo do álcool (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010a).

A estratégia inclui políticas e intervenções baseadas em evidências que podem proteger a saúde e salvar vidas se forem adotadas, implementadas e executadas. A estratégia também contém um conjunto de princípios para orientar o desenvolvimento e a implementação de políticas; estabelece áreas prioritárias para ação global, recomendam-se áreas-alvo para uma ação nacional e atribui à OMS a responsabilidade por fortalecer as ações em todos os níveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010a).

As opções políticas e as intervenções disponíveis para a ação nacional podem ser agrupadas em 10 áreas-alvo recomendadas, que se apoiam e complementam:

“Liderança, conscientização e compromisso; Resposta dos serviços de saúde; Ação comunitária; Políticas e contramedidas de condução de bebidas alcoólicas; Disponibilidade de álcool; Comercialização de bebidas alcoólicas; Políticas de preços; Reduzindo as consequências negativas da intoxicação alcoólica e alcoólica; Reduzindo o impacto na saúde pública do álcool ilícito e do álcool produzido informalmente; Monitoramento e vigilância.” (OMS, 2010a, p. 12).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde compilou informações epidemiológicas e biológicas, por meio do Relatório Global sobre Álcool e Saúde,

sendo o consumo de álcool um dos fatores de risco mais relevantes para a saúde da população mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Esse relatório sinaliza o efeito do álcool em praticamente todos os órgãos do corpo, e está relacionado com uma alta taxa de mortalidade geral, com efeitos agudos e crônicos. Isso significa que o impacto total do consumo do álcool para a Saúde Pública não só para os dependentes, mas para aqueles que consomem cinco ou mais doses em uma única ocasião em um dia típico, em que as consequências sociais, financeiras e ocupacionais são ainda maiores (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; LIM et al., 2012).

Além disso, esse relatório apresentou uma perspectiva compreensível de questões globais, regionais e do consumo de álcool de diversos países, além dos padrões de uso, as consequências de saúde e políticas dos países membros. Ele informa que existem maneiras efetivas de reduzir o consumo de bebidas alcólicas por meio do aumento dos preços do álcool, do aumento dos impostos e da implementação e da aplicação de idades mínimas para o consumo de álcool a fim de reduzir os problemas atribuíveis ao álcool (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

No âmbito nacional, a Política Nacional sobre o Álcool foi apresentada à sociedade por meio do Decreto nº 6117, em maio de 2007. Esta estabeleceu princípios que orientam a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersectorialidade e a integralidade de ações para redução dos danos sociais à saúde e à vida, causados pelo consumo de álcool, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcólicas (BRASIL, 2007).

Uma das medidas estratégicas para reduzir os impactos decorrentes do uso de álcool, foram as ações ligadas à associação de álcool e trânsito. Foi implantada a Lei nº 11.705, conhecida como Lei Seca, sancionada em 19/6/2008, impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência (BRASIL, 2008).

A Lei nº 12.760 de 21/12/2012 modifica novamente o Código de Trânsito, tornando as medidas administrativas e as penalidades mais severas, com ampliação da possibilidade de responsabilização penal. A maior modificação foi a possibilidade de enquadrar e punir criminalmente os condutores que se recusarem a fazer o teste com o etilômetro (bafômetro), através da utilização de outros meios que comprovem capacidade psicomotora alterada em decorrência da influência de álcool ou outra substância psicoativa que determine dependência (BRASIL, 2012a).

Além disso, a Resolução do Contran nº 432 de 23/1/2013 dispõe sobre procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e agentes de

fiscalização como exames de sangue, exames laboratoriais, teste com etilômetro, exames clínicos, verificação de sinais que indiquem alteração psicomotora, com a possibilidade de utilizar prova testemunhal, vídeo ou imagem (BRASIL, 2013a).

Quanto ao aumento dos impostos no Brasil, foi efetivada por meio da Lei 13.241 de 30/12/2015 que dispõe sobre a incidência dos impostos sobre os produtos industrializados (IPI) sobre as bebidas classificadas nas posições, “como as mais quentes”. Isto é, as bebidas com maior teor alcoólico deveriam ser mais caras de modo a facilitar o consumo daquelas menos concentradas (BRASIL, 2015; MONTEIRO, 2016).

2.4 SAÚDE DO TRABALHADOR FRENTE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE ÁLCOOL

O Ministério da Saúde tem como política na área da Saúde do Trabalhador garantir o direito de assistência aos usuários de maneira integral que articule as ações que contemplam três níveis de atuação: a vigilância que perpassa pelas ações destinadas aos riscos inerentes ao processo de trabalho e a promoção da saúde e prevenção dos perigos e riscos, assim como um programa que permita a coleta e análise de dados, a fim de realizar diagnósticos situacionais; a assistência à saúde inclui serviços de acolhimento, condutas clínicas e ocupacionais e um sistema de benefícios justos e a abordagem e a conduta aos determinantes sociais, individuais ou de grupos, que incidem sobre a saúde dos trabalhadores de maneira negativa (BRASIL, 2004a).

Em 2012, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que corrobora com essas ações, tendo como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012b).

Dessa maneira, essa política converge com a Política de Atenção integral em álcool e outras drogas que incentiva as ações de prevenção sobre o consumo de álcool nos locais de trabalho de caráter permanente, e com a perspectiva da multiplicação da atuação preventiva, além de promover a redução dos obstáculos relativos ao tratamento e à atenção integral voltada para os consumidores de álcool, aumentando a consciência coletiva sobre a frequência dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool e drogas (BRASIL, 2003).

Em 2005, a Política Nacional sobre Drogas priorizava as ações interdisciplinares e contínuas na prevenção do uso indevido de drogas no ambiente de trabalho, com responsabilidade tanto do empregado quanto do empregador, de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador (BRASIL, 2005).

Em 2007, foi promulgado o Decreto nº 6117 de 22/5/2007 que aprova a Política Nacional sobre Álcool que já reforçava a questão da adoção de medidas de prevenção dos danos resultantes do consumo de álcool (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 os acidentes de trânsito, a saúde do trabalhador, a violência, doenças crônico-degenerativas secundárias e síndrome alcoólica fetal (BRASIL, 2007).

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 (BRASIL, 2007).

2.5 CONCEITOS E TERMOS RELACIONADOS ÀS BEBIDAS ALCÓOLICAS DOSE-PADRÃO E TEOR ALCOÓLICO

O consumo de álcool é medido utilizando o conceito de unidades de álcool. A concentração alcoólica, número de unidades presentes e a relação entre os diferentes tipos de bebidas alcoólicas brasileiras podem ser vistos no Quadro 2, que auxilia na avaliação da intensidade de sua ingestão e da associação com problemas (LIMA, 2008).

Quadro 2 – Teor de álcool das bebidas

Bebida	Teor alcoólico	Quantidade por dose-padrão	Quantidade de álcool puro por d.p. (g/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

Legenda: d.p. – dose-padrão.

Fonte: LIMA, 2008.

Em qualquer bebida alcoólica a quantidade de álcool puro por dose-padrão é a mesma. Essa informação é importante para identificar a zona de risco de cada consumidor de bebidas alcoólicas, baseado nas suas diferentes concentrações descritas no Quadro 3 (LIMA, 2008).

Quadro 3 – Equivalência de doses

Concentração de álcool estimada (em gramas por litro de sangue)			
O que cada dose de álcool significa	Para uma pessoa de 60 kg	Para uma pessoa de 70 kg	Para uma pessoa de 80 kg
Uma lata de cerveja (em torno de 355 mL) Um copo de vinho tinto (80-140 mL) Uma dose de uísque (40-50 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.

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

Assim, a taxa de alcoolemia é o suficiente para causar distúrbios neuropsíquicos e comprometer o desempenho para dirigir, trabalhar, estudar, etc. e o indivíduo se expõe à situação de risco de acidentes (LIMA, 2008; BATISTA e REIS, 2010).

– Uso, abuso e dependência (beber de baixo risco e beber *binge*)

É importante definir e distinguir as nomenclaturas de uso, abuso e dependência do álcool. Estas foram incorporadas na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que oferece um modo prático de usar a terminologia no dia a dia da prática profissional (BABOR et al., 2001a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

O termo **uso** refere-se a qualquer ingestão de álcool. O uso de baixo risco significa uso de álcool, respeitando as orientações médicas e legais, e com pouca probabilidade não causa nenhum problema relacionado ao consumo.

A capacidade média do corpo para metabolizar o álcool é cerca de 25 ml a 40% por hora. Para manter um consumo seguro, recomendam-se no máximo para o gênero masculino 21 unidades de álcool e, para o feminino, 14 unidades de álcool, no período de uma semana. Esse consumo não deve exceder esses valores em uma unidade de tempo muito pequena, ou seja, não consumir toda essa quantidade em uma única ocasião, por exemplo, do tipo *binge drinking* que significa “beber episódico pesado ou beber pesado em uma mesma ocasião de 5 ou mais doses”.

Esse termo é utilizado para expressar um padrão de bebida no qual a quantidade é igual ou superior a cinco doses para homens e quatro para mulheres, em uma só ocasião. (BABOR et al., 2001a; DIEHL et al., 2011; ALARCON e JORGE, 2012).

O termo abuso de álcool é definida como o consumo contínuo, apesar dos problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou aumentados pelos efeitos da substância. Além disso, é o uso recorrente em situações nas quais isso representa um perigo físico, que resulta em negligência de obrigações no trabalho, na escola ou em casa e também os problemas recorrentes relacionados a questões legais (FORMIGONI et al., 2014b).

O uso de risco, não está classificado pela CID-10, mas pode trazer consequências danosas ao indivíduo, que podem ser físicas, mentais ou sociais para quem bebe e/ou para sociedade (FORMIGONI et al., 2014b; BABOR et al., 2001a).

O uso nocivo é o tipo de consumo que pode trazer danos à saúde mesmo quando não há dependência, um termo introduzido pela CID-10 para classificar transtornos, danos e causas de morte. Esse tipo de consumo pode ser diagnosticado como um padrão de beber disfuncional, capaz de interferir na vida do indivíduo podendo causar danos interpessoais, legais, psicológicos ou clínicos (FORMIGONI et al., 2014b; BABOR et al., 2001a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008; DIEHL et al., 2011).

Aos indivíduos que fazem este tipo de consumo é importante identificar possíveis comorbidades psiquiátricas, fatores psicológicos ou estressores associados ao consumo que possam estar funcionando como “gatilho” para uso problemático de álcool.

A síndrome de dependência de álcool envolve um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de álcool associado ao desejo de beber, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências patológicas, prioridade no consumo em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pelo álcool e por vezes, a um estado de abstinência física (BABOR et al., 2001a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008; DIEHL et al., 2011).

A síndrome de abstinência de álcool é caracterizada pelo conjunto de sinais e sintomas que surgem nas primeiras 6 horas após a diminuição ou a cessação do uso pesado e prolongado de álcool. O que determina a gravidade da sua apresentação é o tempo e a intensidade. Ela pode ser intermitente e autolimitada, com pico de duração de 24-48 horas após o início dos sintomas e pode durar de 5-7 dias (DIEHL et al., 2011; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Os sinais e sintomas podem ser: hiperatividade autonômica, tremores nas mãos, ansiedade, sudorese, taquicardia, aumento da pressão arterial, insônia, alteração do humor, cefaleia, vômitos, náuseas, agitação psicomotora, alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias, aumento da sensibilidade ao som e câibras musculares. Estes sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (DIEHL et al., 2011; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Esses sinais e sintomas devem ser rastreados em todas as consultas pelos profissionais de saúde a fim de otimizar o seu tratamento a respeito do próprio consumo de álcool bem como de outras doenças, principalmente os profissionais que atuam na área da saúde do trabalhador, pois interfere no desempenho individual e coletivo.

– Lapso e Recaída

Os indivíduos que estão no período de abstinência ou reduzindo o consumo podem persistir com intensidade menor durante meses e contribuir para o lapso, acompanhado da fissura e por fim a recaída.

O lapso é definido como um caso único do consumo após um período de abstinência. Pode ocorrer de maneira incidental, impulsiva e não planejada, diante de uma situação de alto risco que oprime a capacidade da pessoa de resistir ao desejo de usar a substância. Nesses casos os pacientes não estão adequadamente cientes de sua ambivalência interna e não tomam medidas comportamentais suficientes para se proteger do ato impulsivo. Entretanto, pode ser visto como uma oportunidade para aprender e um sinal para o planejamento mais cuidadoso para evitar lapsos futuros (WASHTON e ZWEBEN, 2009; ASSOCIAÇÃO AMERICANA de PSIQUIATRIA, 2014).

Outro aspecto importante que ocorre durante o período de abstinência ou redução do consumo é a fissura, sendo um desejo intenso de beber, o qual torna difícil pensar em outras coisas e frequentemente resulta no início do consumo (ASSOCIAÇÃO AMERICANA de PSIQUIATRIA, 2014).

A recaída refere-se à retomada do uso de álcool após período de abstinência. Essa é uma situação que retrata um impacto negativo na motivação e no comprometimento de uma pessoa em reconquistar a abstinência. Isso ocorre na maioria das vezes três a seis meses após o início da abstinência. As causas são determinadas por múltiplos fatores. O mais importante é informar o paciente em relação ao processo de recaída e ajudá-lo a adquirir habilidades de resolução de problemas e controle, e buscar modificações no estilo de vida, que são essenciais durante a abordagem de prevenção de recaída (WASHTON e ZWEBEN, 2009; DIEHL et al., 2011).

2.6 EFEITOS DO ÁLCOOL NO ORGANISMO

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 et al., 2011).

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

– Intoxicação aguda

A intoxicação alcoólica aguda é uma condição clínica transitória decorrente da ingestão de bebidas acima do nível tolerado pelo indivíduo, causando alterações psíquicas e mentais. Os sinais e sintomas variam de uma embriaguez leve a anestesia, coma, depressão respiratória, podendo chegar à morte, raramente.

Essa intoxicação entre as mulheres ocorre de maneira mais rápida do que nos homens devido a uma menor atividade da enzima álcool desidrogenase, ocorrendo maior absorção e, em consequência, uma maior concentração de álcool no plasma. Dessa forma, as mulheres podem ser mais sensíveis ao álcool. Com a idade, a atividade do álcool desidrogenase torna-se menor, ou seja, há um aumento na biodisponibilidade do álcool em idosos também (BATISTA e REIS, 2010).

Segundo Diehl et al. (2011) as alterações de comportamento decorrentes da intoxicação aguda incluem: exposição moral, comportamento sexual de risco, agressividade, labilidade de humor, diminuição de julgamento crítico, funcionamento social e ocupacional prejudicados.

Dessa maneira, podem ocorrer alterações relacionadas ao afeto (excitação, alegria e irritabilidade), na fala (arrastada), no comportamento (agressividade, diminuição do desempenho motor e ataxia) e no pensamento (pensamento lento, redução da capacidade de raciocínio e juízo crítico) (DIEHL et al., 2011). Essas alterações podem influenciar direta ou indiretamente em acidentes automobilísticos, violência, diminuição da produtividade, absenteísmo no trabalho e problemas interpessoais domiciliares e no trabalho.

Além disso, pode ocorrer uma intoxicação a seguida de uma reação de muita agressividade e fúria, sem motivo específico. Esse tipo de reação pode ocorrer até mesmo naqueles que fazem consumo de baixo risco (por exemplo duas latas de

cerveja), o que é insuficiente para produzir intoxicação na maioria das pessoas. Esse comportamento acontece subitamente após o consumo de álcool, podendo ocorrer amnésia dos eventos, longo período de sono após o episódio agressivo e perda de controle dos impulsos (BATISTA e REIS, 2010; DIEHL et al., 2011).

Durante a intoxicação, podem ocorrer sinais e sintomas como diminuição do nível de consciência com perda de orientação e da crítica. O coma pode ocorrer caso esteja associado a outras comorbidades e também hipoglicemia induzida pelo álcool ou transtornos de personalidade.

2.7 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

Os instrumentos são utilizados para a triagem do consumo de álcool e outras drogas. Eles servem como ferramenta de rastreamento, identificação e diagnóstico de uso e abuso de álcool e outras drogas, e assim facilitam a identificação do tipo de intervenção necessária para a melhoria da condição de saúde e qualidade de vida do usuário.

Alguns dos principais instrumentos que são utilizados e validados no Brasil e também no mundo para a detecção do uso e abuso de álcool serão descritos a seguir:

2.7.1 CAGE

O CAGE é um acrônimo da abreviação das quatro palavras chaves das perguntas existentes no instrumento, na versão inglês: C (*Cut down*); A (*Annoyed*); G (*Guilty*); E (*Eye opened*). Ele é utilizado para triagem da síndrome de dependência do álcool (SDA) através de método de rápida e fácil aplicação, pouco intimidativo, com razoável sensibilidade e alta especificidade comprovadas, pode ser feito por meio da aplicação desse instrumento.

O CAGE foi traduzido e validado para língua portuguesa por Masur e Monteiro (1983), com resultado positivo para sensibilidade e para a especificidade. Foi aplicado com sucesso como instrumento de detecção para alcoolismo em hospitais, na população geral e em diferentes ambientes de trabalho. Pode ser aplicado em forma de entrevista ou autoaplicável, a partir de adolescentes acima de 16 anos, sendo menos sensível entre as mulheres.

Alguns estudos realizados nas últimas duas décadas chamaram a atenção

a pontuação de corte tradicional do questionário (duas respostas positivas) (AMARAL e MALBERGIER, 2004).

Segundo Amaral e Malbergier (2004), o CAGE é composto por quatro questões que admitem respostas do tipo sim ou não:

C - Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

A - As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

G - O Sr.(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber?

E - O Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

2.7.2 MAST

O MAST (*Michigan Alcohol Screening Test*), composto por 25 questões, é capaz de identificar os casos mais graves de dependência de álcool e não permite a diferenciação do alcoolismo no passado ou no presente. É um instrumento autoaplicado, podendo ser preenchido em 10 minutos.

O ponto de corte estabelecido para a sugestão de dependência de álcool é 13 pontos. O MAST é útil para identificar a história pregressa de dependência de álcool e pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde.

Como desvantagens desse instrumento pode-se citar o fato de ele ser composto por um maior número de questões e não conter questões relacionadas ao consumo de álcool e episódios de *binge drinking*, comumente encontrado em jovens e em consumidores de álcool não dependentes.

O MAST foi originalmente desenvolvido por Selzer (1971) em língua inglesa e traduzido e validado para língua portuguesa por Vaz-Serra e Lima (1973).

2.7.3 TWEAK

O TWEAK (*Tolerance Worry Eye-opener Amnesia/blackout Cut down*) é um instrumento composto por cinco questões: duas provenientes do CAGE (*Cut down* e *Eye-opener*), duas do MAST: *Worry* e *Amnesia/blackout*) e a mesma questão da tolerância ao uso de álcool utilizada no T-ACE (MORAES et al., 2005)

Esse instrumento pergunta sobre a quantidade de doses toleráveis, dependência de álcool e problemas relacionados durante o pré-natal. Pode ser autoaplicável, em forma de entrevista ou computadorizado. Ele pode ser utilizado em adultos e menos sensível para não brancos.

A validade desse instrumento vem sendo ressaltada em estudos internacionais, tendo sido incorporados às rotinas dos serviços de pré-natal em vários países.

No Brasil, o conhecimento sobre sua performance no contexto da gestação ainda é incipiente e apenas um estudo avaliou a validade dos instrumentos entre gestantes brasileiras (MORAES et al., 2005).

2.7.4 ASSIST

O ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) é um instrumento para triagem do uso de substâncias psicoativas, composto por oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos), sendo que as questões de um a sete abordam o uso e os problemas relacionados a diversas substâncias. A questão oito está voltada para o uso de droga injetável (WHO, 2002)

O ASSIST coleta informações sobre o uso de substâncias na vida e nos últimos três meses; problemas relacionados ao uso de substâncias; risco atual ou futuros problemas decorrentes do uso; indícios de dependência e uso de drogas injetáveis.

Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e ≥ 16 como sugestiva de dependência.

A versão em português utilizada foi previamente submetida a processo de tradução e retrotradução, tendo por base a versão final do instrumento, em inglês, desenvolvida na fase I do projeto multicêntrico (WHO, 2002; HENRIQUE et al., 2004).

2.7.5 AUDIT

O AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) – Teste de identificação de problemas relacionados ao álcool - identifica vários padrões de uso de álcool e foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde. É simples de aplicar, tem validação e tradução transcultural e baixo custo de aplicação para o serviço que utilizá-lo. Esse teste contém 10 perguntas que avaliam o padrão e problemas decorrentes do consumo de álcool. Além de identificar possíveis casos de dependência, permite identificar níveis anteriores de uso de álcool, com o uso de risco ou nocivo, que facilita o trabalho preventivo e se torna útil para o retorno objetivo à pessoa avaliada (RONZANI et al., 2005).

O AUDIT pode ser associado à intervenção breve através de uma entrevista motivacional, obtendo um resultado rápido e objetivo para o entrevistado e também para o entrevistador, dependendo do nível de risco. A cada nível de risco há um tipo de intervenção que irá variar desde a prevenção primária até o encaminhamento para

serviço especializado (BABOR et al., 2001b).

Esse instrumento pode ser implementado e aplicado em diferentes contextos e ambientes associado a intervenções breves para problemas relacionados ao álcool, efetuado através de atendimento de rotina (MARQUES e FURTADO, 2004).

As características do AUDIT são avaliar níveis de uso de álcool, nos últimos 12 meses. Cada questão oferece um grupo de respostas, e cada resposta tem uma pontuação que varia de 0 a 4 (Quadro 4). Esse instrumento pode ser utilizado por toda a equipe de saúde por meio de entrevista ou autoaplicável, em um período de 5-10 minutos. O tempo de aplicação é curto e suas questões correspondem aos principais critérios diagnósticos da CID-10 (BABOR et al., 2001a; RONZANI et al., 2005; MICHELI et al., 2014).

Quadro 4 – Domínios e conteúdos do AUDIT

Domínios e Conteúdos do AUDIT		
Domínios	Questões	Conteúdos
Uso de risco de álcool	1	Frequência de uso
	2	Quantidade num dia típico
	3	Frequência de beber pesado
Sintoma de dependência	4	Dificuldade de controlar o uso
	5	Aumento da importância da bebida
	6	Beber pela manhã
Uso nocivo de álcool	7	Sentimento de culpa após o uso
	8	Esquecimento após o uso
	9	Lesões causadas pelo uso
	10	Preocupação de outros sobre o modo de beber

Legenda: AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Fonte: BABOR et al. (2001a).

O ponto de corte do instrumento AUDIT é 7, o que significa que 8 ou mais pontos indicam o hábito de beber de risco ou nocivo, como também a possibilidade de dependência (Quadro 5). Em cada zona de risco é preconizado um tipo de intervenção, sendo que todos fazem abordagem da educação para o álcool a respeito do consumo de baixo risco ou abstinência (no caso dos dependentes) (RONZANI et al., 2007; BABOR et al., 2001a; FORMIGONI et al., 2014a).

Quadro 5 – Interpretação e aplicação das intervenções, segundo 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 a um Especialista para avaliação do diagnóstico e Tratamento

Legenda: AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Fonte: BABOR et al., 2001b.

2.7.6 AUDIT-C

O AUDIT-C é uma versão abreviada do AUDIT, sendo uma das mais utilizadas no mundo, composto de três perguntas do AUDIT em relação a: quantidade, frequência e consumo do tipo *binge drinking* nos últimos 12 meses. Corresponde às três primeiras perguntas do AUDIT (BRADLEY et al., 2007; BISCHOF et al., 2007).

Esse instrumento é utilizado para detecção do uso de risco ou provável dependência de álcool na atenção básica, e pode ajudar a identificar pessoas que fazem uso e abuso de álcool no período dos últimos 12 meses, sendo uma versão reduzida do instrumento de AUDIT de 10 perguntas (MENESES-GAYA, 2011).

O AUDIT-C possui uma escala de zero a 12 pontos e cada pergunta tem cinco opções de resposta. Os pontos atribuídos são: a=0 pontos, b=1 ponto, c=2 pontos, d=3 pontos, e=4 pontos. Nos homens, uma pontuação de 4 ou mais é considerada positiva, otimizada para identificar uso de risco ou prejudicial de álcool. Nas mulheres, uma pontuação de 3 ou mais é considerada positiva (BRADLEY et al., 2007; BISCHOF et al., 2007).

2.8 ENTREVISTA MOTIVACIONAL E ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

A entrevista motivacional (EM) é uma técnica utilizada para aumentar a motivação de uma pessoa, de acordo com o estado de prontidão para mudar o comportamento de sua própria saúde, que pode variar de acordo com o tempo ou uma situação.

A maneira como o profissional aborda o assunto com o paciente pode influenciar sua motivação para a mudança. O profissional por meio da EM evoca os pacientes as suas motivações para fazer as mudanças comportamentais no interesse da sua saúde. Tendo como pilares dessa execução a colaboração (parceria entre o paciente e o entrevistador), evocação (ativa sua motivação) e o respeito pela autonomia do paciente (respeita a opinião do outro dentro de suas possibilidades). O entrevistador direciona o paciente contemplativo no que deve mudar, por meio de uma conversa colaborativa ativa e com um processo decisório conjunto (ROLLNICK et al., 2009).

A posição do profissional é fundamental para o sucesso da entrevista motivacional por meio de uma relação tranquila e sem confronto com o paciente, e como aborda o tema mudança de comportamento. Assim o profissional aborda o assunto junto ao paciente por meio de acompanhamento, direcionamento e orientação e, dependendo do estágio de prontidão do paciente. Esse é um estado interno, mas que pode ser influenciado por fatores externos.

O estado de prontidão para mudança, descrita pelos psicólogos Prochaska et al. (1992), identifica o estágio em que o paciente está disposto a mudar seu comportamento de uso de substâncias e o estilo de vida. Com essa identificação, o entrevistador saberá como se posicionar durante a intervenção.

A identificação do estágio permite o paciente avaliar o quanto está disposto a mudar o seu comportamento, em relação ao consumo de álcool (FORMIGONI et al., 2014a; BABOR et al., 2001b).

Segundo Babor et al. (2001b), os estágios de mudança representam o processo de pensar, iniciar e manter um novo padrão de comportamento de saúde. Os cinco estágios de prontidão para mudança de hábito de beber de risco estão combinados com a forma específica de Intervenção Breve (Quadro 6).

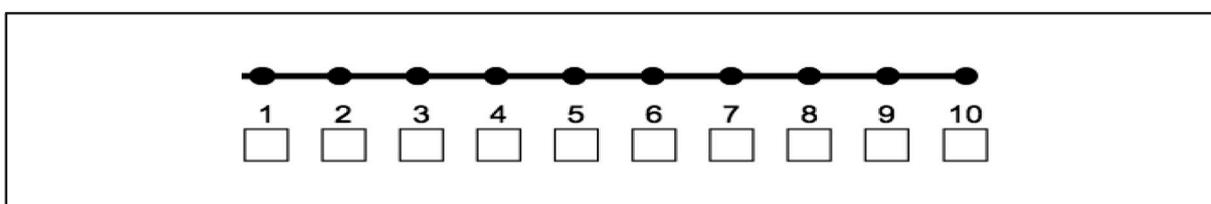
Quadro 6 – Estágios de mudança associados aos elementos de Intervenções Breves

Estágio	Definição	Elementos de Intervenções Breves que devem ser enfatizados
Pré-contemplação (pontuação 0 a 3)	A pessoa que faz uso de risco ou nocivo de álcool não está considerando uma mudança em um futuro próximo, e talvez não esteja consciente das consequências atuais e potenciais à saúde se mantiver esse nível de consumo.	Retorno dos resultados do rastreamento e informações sobre os riscos de beber.
Contemplação (pontuação 4 a 6)	O paciente pode estar consciente das consequências relacionadas ao álcool mas está ambivalente acerca da mudança de atitude.	Enfatize os benefícios da mudança, dê informações a respeito dos problemas relacionados ao álcool, os riscos da demora e discuta como escolher uma meta.
Preparação (pontuação acima de 7)	O paciente já decidiu mudar e planeja tomar uma atitude.	Discuta como escolher uma meta e ofereça aconselhamento e encorajamento.
Ação	O paciente começou a diminuir ou parou de beber, mas a mudança ainda não se tornou uma característica permanente.	Reveja o aconselhamento e dê encorajamento.
Manutenção	O paciente alcançou a abstinência ou está bebendo moderadamente de forma relativamente permanente.	Encorajamento.

Fonte: BABOR et al., 2001b.

Uma das maneiras mais simples de avaliar a prontidão do paciente para a mudança do hábito de beber é usando a “Régua de Prontidão”, recomendada por Rollnick et al. (2009). Essa avaliação é uma medida que permite aos indivíduos indicar sua motivação para mudar o seu hábito de beber de 1 a 10, em que 1 representa o menos motivado e 10 denota o mais motivado (DEL RIO SZUPSZYNSKI e OLIVEIRA, 2008) (Figura 2).

Os cinco estágios de prontidão para mudança de hábito de beber de risco estão combinados com a forma específica de Intervenção Breve (Quadro 6).

**Figura 2** – Representação gráfica da “Régua de Prontidão”

Fonte: DEL RIO SZUPSZYNSKI e OLIVEIRA, 2008.

É importante que o aconselhamento aconteça após a definição do estágio de mudança no qual o paciente se encontra. O profissional utiliza os princípios da Intervenção Breve por meio da entrevista motivacional a reduzir ou cessar o consumo de risco, nocivo e provável dependência.

2.9 PRINCÍPIOS DA INTERVENÇÃO BREVE

A técnica de Intervenção Breve (IB) inicialmente representou uma proposta de abordagem terapêutica para usuários de álcool, em 1972. O resultado demonstrado foi uma redução do consumo de álcool após uma única sessão de aconselhamento.

Essa técnica é estruturada, focal e objetiva, com o objetivo de ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e responsabilidade por suas escolhas. Foi desenvolvida a partir da atuação precoce junto às pessoas com histórico de uso prejudicial de álcool, incentivando a parar ou reduzir o consumo (BABOR et al., 2001b).

As Intervenções Breves podem durar de 5-30 minutos, e são constituídas por curta sequência de etapas: identificação e dimensionamento do problema, oferta de aconselhamento, orientação, e alguns casos acompanhamento periódico do sucesso para se atingir metas voluntárias do paciente (BABOR et al., 2001b).

O tempo reduzido de atuação do profissional na Intervenção Breve e a diminuição do padrão de consumo de álcool dos pacientes favoreceram o crescimento da sua utilização. Esse fato ocorreu principalmente após a apresentação dos estudos que mostraram a eficácia da IB em relação aos tratamentos convencionais de longa duração, já que obtiveram os mesmos resultados (BABOR et al., 2001b; MICHELI et al., 2014).

Assim, a Intervenção Breve é utilizada principalmente na atenção básica, durante os atendimentos médicos, de enfermagem, do serviço social e outros, por meio de uma entrevista motivacional, a fim de reduzir o consumo de bebida alcoólica dos pacientes que fazem o consumo de risco, nocivo e de provável dependência, baseado nos princípios da IB (PEREIRA et al., 2013).

Os princípios da Intervenção Breve, descritos por Babor e Higgins-Biddle (2001b), são baseados no exercício comportamental e cognitivo da realidade do paciente; nas situações de risco e problemas decorrentes do enfrentamento delas; na aplicação de questionários, inventários e/ou escalas que corroborem a existência dos problemas; no aconselhamento, baseado em um “menu de ações”, para diminuir ou interromper o consumo e sua execução por meio de tarefas; na cooperação positiva e responsável do usuário para a elaboração de um plano de intervenção, seguimento e avaliação dos resultados.

Seis componentes de uma Intervenção Breve são essenciais e devem estar presentes para caracterizar a intervenção. São identificados pelo acrônimo FRAMES, originado pela composição da primeira letra das palavras inglesas: *Feedback*; *Responsibility*; *Advice*; *Menu*; *Empathic* e *Self-efficacy* (MARQUES e FURTADO, 2004).

O termo *feedback* é empregado para definir a retroalimentação do paciente através da comunicação dos resultados de sua avaliação, mais comumente feita através da devolutiva dos resultados obtidos na aplicação de um instrumento de rastreamento. O resultado da pontuação do AUDIT é informado pelo profissional e esclarece o seu significado em termos de qual parcela da população geral apresenta o mesmo nível de risco, assim como informa qual a carga de risco associada àquela pontuação obtida pelo paciente.

A Responsabilidade (*Responsibility*) refere-se à ênfase na autonomia do paciente e sua responsabilidade nas decisões, que implica posicionamento necessário de autoproteção, cuidado e compromisso com a mudança a ser realizada.

O Aconselhamento (*Advice*) corresponde às orientações e recomendações que o profissional deve oferecer ao paciente, fundamentadas no conhecimento empírico atual, sendo estas objetivas, diretas e desvinculadas de juízo de valor moral ou social, e que preservem a autonomia de decisão do paciente.

As opções (*Menu*) de ações são fornecidas junto ao paciente por meio de um catálogo de alternativas de ações que estão voltadas à sua autoajuda e/ou as opções de tratamentos disponíveis que podem ser implementadas por ele.

A empatia (*Empathy*) refere-se ao modo empático, solidário e compreensivo que o profissional deve assumir durante a entrevista motivacional e a Intervenção Breve junto ao paciente, a fim de acolher e aumentar a adesão durante a intervenção.

A autoeficácia (*Self-efficacy*) da intervenção é realizada pelo foco que o profissional deve ter no sentido de promover e facilitar a confiança do paciente em seus recursos e em seu sucesso, correspondendo a um reforço do otimismo e autoconfiança, voltado a uma maior autopercepção da eficácia pessoal e da consecução de metas assumidas.

As Intervenções Breves foram baseadas no modelo de Babor et al. (2001b) e na entrevista motivacional (ROLLNICK et al., 2009), compreendendo intervenções, orientações básicas, aconselhamento breve e monitoramento.

3 MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de estudo do tipo quase experimental, prospectivo, não randomizado, com delineamento de série de casos. Este tipo de estudo serve para comparar os efeitos antes e após aplicação de uma intervenção. Todos os participantes da pesquisa são submetidos à mesma intervenção, mas não são alocados aleatoriamente (PEREIRA, 2000).

O estudo foi realizado na Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador (CPST) de uma universidade pública, localizada na zona norte do município do Rio de Janeiro.

A Universidade é composta de seis Centros Universitários, um Fórum de Ciência e Cultura e uma Reitoria, onde está localizada a CPST.

A CPST é responsável pelas perícias médicas e pela prevenção e promoção da saúde e segurança dos trabalhadores, desenvolvendo atividades relacionadas à saúde dos trabalhadores da Universidade como: 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, a Coordenação é composta por quatro divisões: Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho, Divisão de Educação e Promoção da Saúde, Divisão de Perícias Médicas em Saúde, Centro de Vacinação de Adulto e Polo de Saúde Mental. A equipe é composta de médicos do trabalho, enfermeiros do trabalho, técnicos de enfermagem do trabalho e auxiliares de enfermagem; assistentes sociais; psicólogos, nutricionistas; odontólogos; engenheiro e técnico de segurança do trabalho; técnicos em assuntos educacionais e assistentes administrativos.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo é oriunda do banco de dados da Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador da Divisão de Educação e Promoção da Saúde (DEPS). Foi utilizado o banco do Caderno de Saúde do Servidor do Instituto de Química e o banco do Caderno de Saúde reduzido referente aos atendimentos da Sala de Espera da Perícia Médica da CPST.

Os dois bancos foram disponibilizados pela CPST para análise pelo fato de estarem completos, digitados e analisados pela DEPS, ambos referentes ao diagnóstico de saúde dos servidores.

População do estudo constituída por 316 trabalhadores que preencheram o Caderno de Saúde do servidor (n=194 – Instituto) e o Caderno de Saúde reduzido (n=122 – CPST).

A amostra do estudo foi selecionada a partir do escore do questionário AUDIT que estava em ambos os Cadernos, definindo assim o padrão de consumo de álcool: escore entre 8 e 15 (zona de risco II – consumo de risco); entre 16 e 19 (zona de risco III – consumo nocivo); e acima de 20 (zona de risco IV – provável dependência).

A amostra final do estudo foi composta por 36 trabalhadores, com alocação não randomizada, de grupo único de comparação antes e depois da Intervenção Breve por meio de uma entrevista motivacional, conforme o fluxograma (Figura 3).

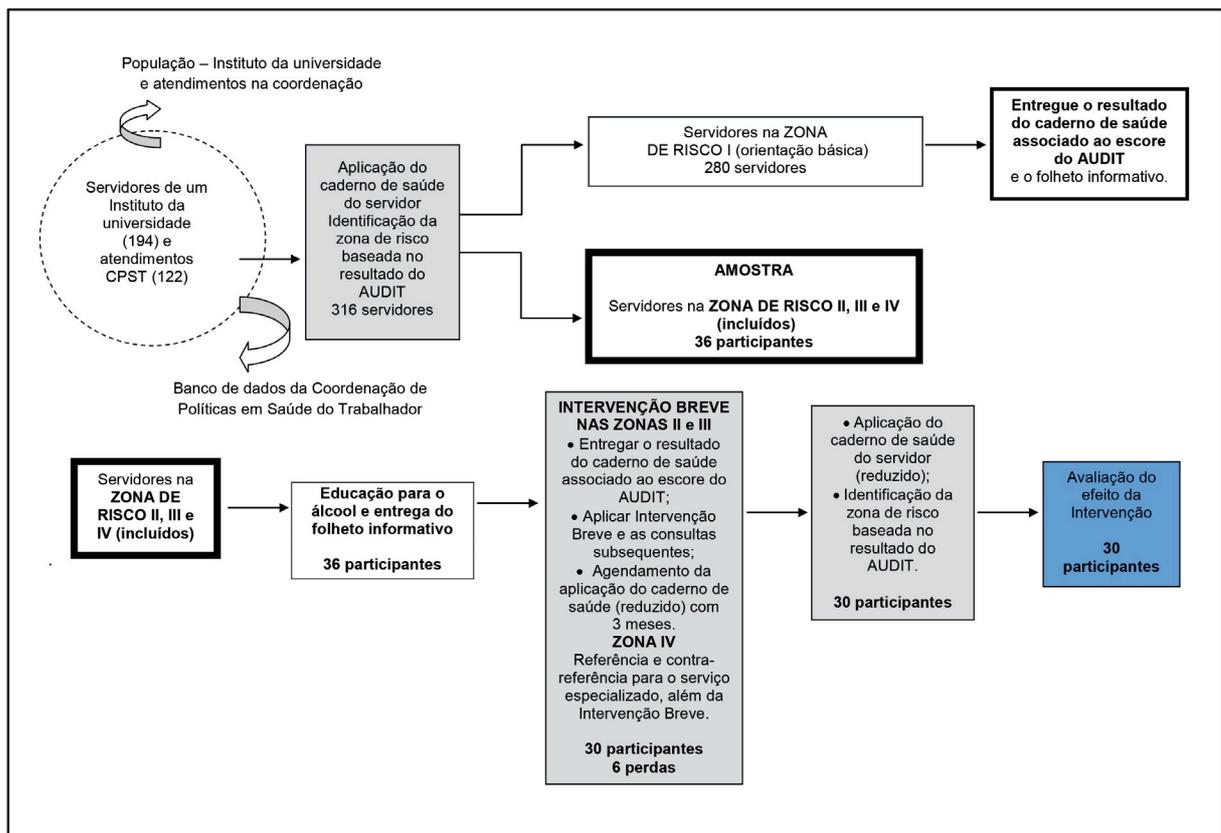


Figura 3 – Fluxograma da seleção da amostra do estudo

Fonte: O Autor, 2017.

Vale ressaltar que todos os participantes receberam o folheto informativo sobre o consumo de baixo risco de álcool (Apêndice A), pela equipe da DEPS, durante a aplicação do Caderno de Saúde.

Foram incluídos no estudo os trabalhadores ativos da Universidade, de ambos os sexos, que pontuaram nas zonas de risco II (padrão de consumo de risco), III (padrão de consumo nocivo) do questionário AUDIT e IV (padrão de consumo com provável dependência).

Foram excluídos do estudo os servidores em período de férias. Os participantes que faltaram às sessões de IB e/ou não compareceram após três meses para o monitoramento foram também excluídos (n=6).

3.3 PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO

A partir do banco de dados dos servidores da CPST, composto pelas respostas ao Caderno de Saúde do Servidor (Anexo A), e ao Caderno de Saúde do Servidor reduzido (Anexo B), foram selecionadas as seguintes variáveis: características sociodemográficas, ocupacionais e o padrão de consumo de álcool.

O Caderno de Saúde do Servidor faz parte da política de promoção da saúde institucionalizada pela Universidade a fim de fazer o diagnóstico de saúde dos servidores. Compõe-se de questões sociodemográficas, ocupacionais, perfil de adoecimento e história patológica, fatores de risco e proteção, e também fatores de limitação funcional.

O Caderno de Saúde do Servidor reduzido foi uma proposta também de diagnóstico de saúde, mais compacto, a fim de ser utilizado na triagem da CPST durante as perícias médicas e assim não interferir no processo de trabalho do setor e viabilizar uma análise das questões sociodemográficas, tabágicas, nutricionais e do álcool (AUDIT) desses servidores.

As variáveis dos dois instrumentos se equivalem, já que são as mesmas perguntas em ambos.

Os servidores identificados como fazendo consumo de risco, nocivo ou provável dependência de álcool foram convidados, por meio de e-mail ou telegrama a comparecerem à CPST com dia e horário agendados, com a própria pesquisadora.

Eles receberam as respostas do Caderno de Saúde do Servidor e por meio de uma entrevista motivacional abordou-se o assunto Educação para o Álcool: frequência, consumo no último ano, consequências para o organismo, redução do consumo e abstinência. Foi utilizado um banner (Apêndice B) e distribuído um folheto sobre o consumo de baixo risco.

Na sequência o trabalhador pontuava na “Régua de prontidão” do instrumento de Plano de Mudança de Hábito (Apêndice C), recomendada por Miller et al. (1992),

o quanto estava motivado para reduzir o consumo problemático de risco, nocivo ou provável dependência de álcool, numa escala de 1 a 10. Aqueles que pontuaram de 1 a 3 foram classificados na fase de pré-contemplação. Os que pontuaram de 4 a 6 na fase de contemplativos e os que pontuaram acima de 7 estavam na fase de ação para mudança de hábito quanto ao consumo de bebida alcoólica.

O Plano de Mudança de Hábito foi baseado no Manual de Intervenções Breves para Uso de risco e nocivo de álcool (BABOR et al., 2001b), que possui perguntas sobre os benefícios da redução do consumo de álcool, as situações problemáticas que induzem ao consumo e as opções para lidar com essas situações. Além disso, aborda assuntos como conhecer pessoas que não bebem ou fazem consumo de baixo risco, os meios de evitar o tédio e como não esquecer o plano de mudança.

Foram realizadas três sessões de IB, com intervalos de uma semana. Na primeira sessão, após estabelecer a sua aptidão para a mudança de hábito, solicitavam-se aos servidores três benefícios em reduzir o consumo de álcool. Na segunda sessão solicitava-se ao servidor três situações-problema que o levavam ao consumo de bebidas alcólicas e como lidar ou evitar essas situações. Na terceira sessão, solicitava-se listar os meios de conhecer pessoas que fizessem um consumo de baixo risco ou abstêmios, como lidar com o tédio e como lembrar do plano de mudança. No término desta sessão entregava-se o plano de mudança de hábito e agendava o retorno para três meses, para o monitoramento e aplicação do Caderno de Saúde reduzido associado ao AUDIT adaptado para o período de três meses.

Durante a IB e o período de manutenção, o servidor foi orientado quanto à recaída e ao lapso. Caso ocorresse a recaída ou o lapso, o trabalhador seria atendido em demanda espontânea no serviço, identificando as situações de risco, estabelecendo estratégias de enfrentamento e o encorajando a recomeçar.

Após três meses, foi aplicado o Caderno de Saúde reduzido com o AUDIT adaptado para o consumo de álcool dos últimos três meses. Havia o informe imediato do resultado encontrado e o reforço da importância de o servidor manter o consumo de baixo risco ou abstinência. Aqueles que mantiveram o padrão ou não reduziram o consumo eram encaminhados para o serviço especializado e informados que poderiam retornar quando precisassem e que seriam convidados para o monitoramento.

– Intervenção Breve (exposição)

A IB refere-se à exposição (*Feedback*) que os servidores tiveram em relação ao padrão de consumo de álcool, seja por meio do folheto informativo (educação para o álcool) seja pelo monitoramento. Todos os participantes, independentemente da zona de risco em que foram classificados, receberam educação para o álcool.

A IB foi oferecida para toda a população do estudo. Entretanto, para aqueles participantes nas zonas de risco II, III e IV, com escore AUDIT acima de 7 e o estágio de prontidão acima de 7, foi agendado as sessões e o monitoramento após a intervenção e o retorno para três meses, conforme o manual do AUDIT.

Os servidores na zona de risco IV, com provável dependência, foram incluídos na IB, pois não aceitaram o encaminhamento para o serviço especializado (Núcleo de Atenção às Pessoas com Problemas de Álcool e outras Drogas - UNIPRAD) localizado no Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), e se comprometeram a participar das sessões de IB e do retorno após três meses.

A aplicação da Intervenção Breve estabelecida na rotina de cada sessão encontra-se no Quadro 7.

Quadro 7 – Ações e objetivos da Intervenção Breve em suas sessões

Sessões	Ação	Tempo	Objetivos
1	Feedback do AUDIT	1-2 minutos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecer padrão de consumo de álcool: zona de risco I, escore zero (abstêmios) até a zona de risco IV, com escore de 20-40 (prejudicial uso de risco de álcool). 2. Informar o resultado do AUDIT ao paciente e explicar o seu significado. 3. Provocar a reação do paciente.
	Ouvir e extrair	1-5 minutos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perguntar sobre importância de mudar de hábito e a sua prontidão para mudar de comportamento (escala de 1 a 10). 2. Se o paciente estiver interessado em mudar, usar esta pergunta: "O que seria necessário para aumentá-lo?"
2	Opções	1-5 minutos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecer metas por meio de um menu de opções ao escolher três razões para diminuir seu uso de álcool. 2. Identificar situações problemáticas com que "você tenha vontade de beber". 3. Pensar nas alternativas para lidar com as situações problemáticas.
3	Fechar em boas condições	1-5 minutos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir meios de conhecer outras pessoas que não bebam ou que bebam dentro dos limites de baixo risco. 2. Meios de evitar o tédio. 3. Como se lembrar do plano. 4. Resumir as declarações do paciente em favor da mudança. 5. Enfatizar os pontos positivos do paciente. 6. O acordo foi alcançado?

Legenda: AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Fonte: CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2014.

A primeira sessão da IB durou de 25 minutos a 45 minutos, com retorno do Caderno de Saúde associado ao AUDIT. Nas sessões subsequentes a duração foi cerca de 10 minutos com o participante, e na última sessão o tempo utilizado foi em média 15 minutos para a entrega do resumo da IB.

Os participantes foram monitorados pela CPST no seu acompanhamento.

3.3.1 Variáveis estudadas

– Padrão de consumo de álcool (desfecho)

O padrão de consumo do álcool representou a variável de desfecho, antes e depois da exposição à IB naqueles que fizeram consumo de risco, nocivo e de provável dependência.

O tipo de bebida alcóolica consumida pelos servidores poderia ser: cerveja, vinho, cachaça, vodka, whisky e outros.

A pontuação do questionário AUDIT foi realizada a partir do somatório dos escores de cada questão que variam de 0 a 4. O ponto de corte adotado para a classificação dos sujeitos com problemas associados ao consumo do álcool foi 7, ou seja, pontuação superior a esse valor indica o consumo de risco, nocivo ou provável dependência (BABOR et al., 2001a).

Desse modo, tem-se a seguinte classificação:

- Consumo de baixo risco ou abstêmios = 0 a 7 pontos
- Consumo de risco = 8 a 15 pontos
- Uso nocivo = 16 a 19 pontos
- Provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo 40 pontos)

Para análise bivariada foi necessário agrupar os escores conforme as zonas de risco no período inicial do estudo e após três meses da IB (Quadro 8).

Quadro 8 – Classificação da amostra de acordo com o escore do AUDIT antes e depois da Intervenção Breve

Escore AUDIT inicial	Zona de risco II	Escore de 8 a 15
	Zona de risco III e IV	Escore acima de 16
Escore AUDIT após três meses	Zona de risco I	Escore de 0 a 7
	Zona de risco II	Escore de 8 a 15

Legenda: AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Fonte: O Autor, 2017.

– Recaída e Lapso

Os participantes foram informados que durante o período das sessões de IB e também no período de três meses poderiam apresentar lapso e/ou recaída. Foram orientados a retornar à unidade caso isto ocorresse para reforçar as metas e os objetivos do estágio de mudança de hábito quanto ao consumo de álcool.

– Variáveis sociodemográficas

- **Sexo** – feminino e masculino.
- **Idade** – para análise, foram consideradas as faixas etárias: 30-39 anos; 40-59 anos; e >60 anos. Para análise bivariada, esta variável foi agrupada para 30-39 anos (mediana de idade 50 anos) e acima de 50 anos.
- **Cor da pele/raça** – brancos e não brancos (preta/negra, parda e amarela ou indígena).
- **Situação conjugal** – casado, solteiro e separado/divorciado/viúvo. Para análise bivariada, esta variável foi agrupada para casados e não casados.
- **Escolaridade** – ensino fundamental, ensino médio, ensino superior e pós-graduação. Para análise bivariada, esta variável foi agrupada em até o ensino médio e ensino superior ou mais.
- **Renda familiar *per capita*** – agrupada em relação ao salário mínimo (SM) nacional na época do estudo: <R\$ 780,00 (<1SM), entre R\$ 780,00 a R\$ 3.990,00 (1 a 5 SM) e ≥ R\$ 3.991,00 (5 ou mais SM). Para análise bivariada, esta variável foi agrupada até 3 salários mínimos e mais que quatro salários.
- **Religião** – católicos, protestantes/evangélicos, espíritas, afro-brasileiras, budistas, outros ou não têm. Para análise bivariada, esta variável foi agrupada em sim ou não.

– Variáveis ocupacionais

- **Tempo de serviço na instituição** – para análise, foram considerados: até 5 anos; 6-10 anos; 11-20 anos; 21-30 anos e 31 ou mais anos. Para análise bivariada, esta variável foi agrupada na faixa etária até 22 anos e acima de 23 anos.
- **Nível (cargo)** – primeiramente foi criado um código para cada cargo, de acordo com os cargos na universidade (BRASIL, 2005) distribuídos da seguinte forma: técnicos administrativos apoio, intermediário e superior e docente. Para análise bivariada agrupados em técnicos administrativos apoio e intermediário; e técnicos administrativos superior e docentes.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados por meio do programa (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21 (SPSS®). Realizadas análises uni e bivariadas a partir de estatísticas descritivas.

Inicialmente foi realizada uma análise exploratória dos dados através de estatísticas descritivas.

Para avaliar a diferença dos escores do AUDIT antes e após a IB, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney, já que a amostra é pequena, com variáveis numéricas que não apresentam uma distribuição normal, com significância estatística do valor de $p < 0,05$. Os dados foram convertidos em postos por ordenações; assim calcula-se uma estatística de teste e obtém-se o p-valor, a partir da distribuição amostral desta estatística sob a hipótese, permitindo mais generalidade aos resultados (MEDRONHO et al., 2009).

Além deste, optou-se pelo teste estatístico não paramétrico de Wilcoxon, por apresentar variáveis ordinais e contínuas; a sua distribuição não foi normal e amostra foi aleatória e simétrica (FIELD, 2014).

Para avaliar a eficácia da Intervenção comparamos os dados obtidos, no pré-teste (avaliação inicial) e no pós-teste (avaliação de três meses), pelo teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras emparelhadas, efetuando a análise estatística indicada para determinação da significância das evoluções registradas, com o teste exato de Fisher para avaliação de associação entre as variáveis dependentes e independentes, sendo adotado o nível de 5% para significância estatística (FIELD, 2014).

O teste estatístico de Wilcoxon foi utilizado para mostrar o efeito da Intervenção Breve na alteração positiva ou negativa do padrão de consumo dos trabalhadores, no pós-teste realizado três meses após a primeira avaliação.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (CEP/EEAN-HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro sob o nº 1.213.292 em 03/09/2015 (Anexo C), de acordo com a Resolução CNS 466/12. A coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador autorizou por meio de uma carta a utilização do banco de dados referente ao Caderno de Saúde do servidor (Apêndice D).

Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D) antes do preenchimento do plano de mudança de hábito.

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas etapas de acordo com as análises univariadas e bivariadas realizadas.

4.1 RESULTADOS DE ACORDO COM A ANÁLISE UNIVARIADA

4.1.1 Perfil sociodemográfico e ocupacional da amostra do estudo

A amostra do estudo compôs-se de 36 trabalhadores, sendo a maioria (75,0%) de homens, na faixa etária acima de 50 anos (52,8%). Em relação à cor da pele autorreferida, 40,0% relataram ser não branca e 60,0% de cor branca.

Em relação à escolaridade, a maioria (36,1%) dos trabalhadores tinha pós-graduação; 69,4% eram casados e 56,3% com renda *per capita* entre R\$ 781,00 e R\$ 3 990,00, ou seja, de 1 a 5 salários mínimos no momento do estudo.

Informaram ser católicos 50,0% dos servidores, seguidos daqueles que não tinham religião (25,0%), os evangélicos e espíritas (8,3%) (Tabela 1).

Quanto ao perfil ocupacional, observou-se que 58,3% dos trabalhadores tinham mais de 23 anos de serviço na Universidade, e 41,7 % tinham entre 30-49 anos de serviço (Tabela 2).

Quanto ao nível administrativo em relação às categorias profissionais, observou-se que os técnicos administrativos apoio representaram 36,1% seguidos do intermediário (33,3%) e docentes (22,2%) (Tabela 3).

4.1.2 Consumo de álcool da amostra estudada

A Tabela 4 mostra o padrão de consumo de álcool dos servidores de acordo com o escore do questionário AUDIT. Observa-se que 61,1% relataram consumo de risco, 11,1% consumo nocivo e 27,8% provável dependência.

A bebida alcoólica mais consumida pelos trabalhadores nos últimos 12 meses foi a cerveja (94,4%), seguida do vinho (36,1%) e das bebidas destiladas (44,5%) (Tabela 5).

Tabela 1 – Característica do perfil sociodemográfico da amostra estudada (n=36).

	n	%	Média±DP	Mediana
Sexo				
Feminino	9	25		
Masculino	27	75		
Faixa etária				
30 a 39 anos	7	19,4		
40 a 49 anos	10	27,8	50,69±11,15	51,50
>50 anos	19	52,8		
Cor da pele¹				
Branco	21	60		
Não branco	14	40		
Situação conjugal				
Casado	25	69,4		
Solteiro	5	13,9		
Separado/divorciado/ viúvo	6	16,7		
Escolaridade				
Ensino fundamental	10	27,8		
Ensino Médio	6	16,7		
Ensino Superior	7	19,4		
Pós-graduação	13	36,1		
Renda per capita²				
< R\$ 780,00 (1SM)	4	12,5		
R\$ 781,00 a 3 990,00 (1 a 5 SM)	18	56,3	4 009,11±4 822,83	1 875,00
R\$ ≥3 991,00 (>5 SM)	10	31,3		
Religião³				
Católicos	18	50		
Protestantes/Evangélicos	3	8,3		
Espíritas	3	8,3		
Afro-brasileiras	1	2,8		
Outros	2	5,6		
Não têm	9	25		

Legenda: DP – desvio-padrão. 1- (n= total de servidores que responderam cor de pele = 35); 2 – (n= total de servidores que responderam renda per capita = 32); 3 - Considerada mais de uma religião citada pelos participantes;

Fonte: O Autor, 2017.

Tabela 2: Tempo de serviço na Universidade da amostra estudada (n=36).

	n	%	Média	Mediana	Desvio padrão (dp)
Até 22 anos	15	41,7	21,75	27,00	11,51
Acima de 23 anos	21	58,3			

Fonte: O Autor, 2017.

Tabela 3 – Distribuição dos níveis administrativos da amostra estudada (n=36).

	n	%
Técnico administrativo apoio	13	36,1
Técnico administrativo intermediário	12	33,3
Técnico administrativo superior	3	8,3
Docente	8	22,2

Fonte: O Autor, 2017.

Tabela 4 – Padrão de consumo de álcool da amostra estudada de acordo com o escore AUDIT (n=36).

	n	%
Consumo de risco	22	61,1
Consumo nocivo	4	11,1
Provável dependência	10	27,8

Fonte: O Autor, 2017.

Tabela 5 – Distribuição do tipo de bebida alcoólica consumida pela amostra estudada (n=36).

Bebidas	n	%
Cerveja	34	94,4
Vinho	13	36,1
Cachaça	9	25,0
Vodka	4	11,1
Whisky	2	5,6
Outros	1	2,8

Legenda (*) Considerados todos os tipos de bebida citados pelos servidores.

Fonte: O Autor, 2017.

A Tabela 6 mostra as respostas ao AUDIT dadas pela amostra estudada.

A frequência do consumo de bebidas alcoólicas acima de duas a quatro vezes por mês foi relatada por 47,2%, seguida daqueles que fizeram consumo em 4 ou mais vezes por semana (36,1%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Resposta do AUDIT na amostra estudada (n=36).

	n	%
Frequência do consumo		
Nunca	0	0
Mensalmente ou menos	1	2,8
2 a 4 vezes por mês	5	13,9
2 a 3 vezes por semana	17	47,2
4 ou mais vezes por semana	13	36,1
Número de doses-padrão em dia típico		
0 – 1	1	2,8
2 – 3	12	33,3
4 – 5	10	27,8
6 – 7	4	11,1
8 ou mais	9	25,0
Frequência de cinco ou mais doses-padrão		
Nunca	1	2,8
Menos de uma vez por mês	2	5,6
Uma vez por mês	6	16,7
Uma vez por semana	19	52,8
Quase todos os dias	8	22,2
Frequência de beber sem conseguir parar		
Nunca	27	75,0
Menos de uma vez por mês	2	5,6
Uma vez por mês	1	2,8
Uma vez por semana	1	2,8
Quase todos os dias	5	13,9
Deixou de fazer o esperado devido à bebida		
Nunca	25	69,4
Menos de uma vez por mês	4	11,2
Uma vez por mês	3	8,3
Uma vez por semana	1	2,8
Quase todos os dias	3	8,3
Necessidade de bebida pela manhã		
Nunca	29	80,6
Menos de uma vez por mês	3	8,2
Uma vez por mês	1	2,8
Uma vez por semana	2	5,6
Quase todos os dias	1	2,8
Sentimento de culpa depois de ter bebido		
Nunca	20	55,6
Menos de uma vez por mês	4	11,1
Uma vez por mês	3	8,3
Uma vez por semana	2	5,6
Quase todos os dias	7	19,4
Incapacidade de lembrar o que aconteceu na noite anterior por causa da bebida		
Nunca	18	50
Menos de uma vez por mês	7	19,5
Uma vez por mês	3	8,3
Uma vez por semana	5	13,9
Quase todos os dias	3	8,3
Causou prejuízo ou ferimento a si ou a outra pessoa por ter bebido		
Não	26	72,2
Sim, mas não nos últimos 12 meses	5	13,9
Sim, durante os 12 meses	5	13,9
Alguém sugeriu que parasse de beber		
Não	15	41,6
Sim, mas não nos últimos 12 meses	6	16,7
Sim, durante os 12 meses	15	41,7

Fonte: O Autor, 2017.

Observou-se que 27,8%, consumiram de quatro a cinco doses-padrão, em um dia típico de consumo, 11,1% de seis a sete, enquanto 25,0% responderam que consumiram oito ou mais doses.

O percentual de trabalhadores que consumiu cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 12 meses, uma vez por semana, foi 52,8% e 22,2% relataram consumo quase diário e 16,7% uma vez por mês, mostrando o consumo pesado de bebida alcoólica, tipo *binge drinking* (Tabela 6).

Verificou-se que 25,0% dos trabalhadores não conseguiram parar de consumir álcool, uma vez tendo começado, e em 13,9% isto ocorreu quase todos os dias. Além disso, 30,6% deixaram de fazer o esperado devido à bebida, com alguma frequência.

Em relação à necessidade de beber pela manhã para poder se sentir melhor após ter bebido muito na noite anterior, 19,4% responderam sim. O sentimento de culpa após ter bebido esteve presente em 44,4%; o sentimento de incapacidade de lembrar o que aconteceu devido à bebida foi 50,0%, nos últimos 12 meses.

Observa-se ainda que 27,8% desses servidores causaram algum ferimento ou prejuízo a si próprio ou a outra pessoa, e em mais da metade da amostra, 58,3% alguém sugeriu que parasse de beber nos últimos 12 meses ou mais.

4.2 RESULTADOS DE ACORDO COM A ANÁLISE BIVARIADA

4.2.1 Caracterização da amostra do estudo considerando o consumo de álcool pelo escore AUDIT

Em sua maioria as mulheres (88,9%) foram classificadas como tendo consumo de risco e os homens (48,1%) relatado em igual proporção um consumo nocivo e provável dependência. Entretanto não foi encontrada significância estatística entre os grupos e o consumo de risco, nocivo ou provável dependência de álcool (p-valor=0,062).

Os trabalhadores foram classificados em maior frequência na categoria consumo de risco, sendo maior na faixa etária de 30-49 anos (70,6%), entre aqueles que se autorreferiram brancos (61,9%), os casados (72,0%), aqueles com nível superior ou acima (70,0%), com renda acima de quatro salários (71,4%) e sem religião (77,8%).

Em relação ao consumo nocivo ou provável dependência, aqueles com idade >50 anos (47,2%), os que se autorreferiram não brancos (42,9%), os não casados apresentaram uma frequência de 63,6% ($p=0,067$), aqueles com escolaridade até o ensino médio (50,0%) e aqueles com renda até três salários mínimos (50,0%); e com religião (42,3%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Características sociodemográficas da amostra estudada de acordo com o escore AUDIT (n=36).

	Consumo de risco (n=22)		Consumo nocivo e provável dependência (n=14)		p-valor*
	n	%	n	%	
Sexo					
Feminino	8	88,9	1	11,1	0,062
Masculino	14	51,9	13	48,1	
Faixa etária					
30 a 49 anos	12	70,6	5	29,4	0,322
> 50 anos	10	52,6	9	47,4	
Cor da pele					
Branco	13	61,9	8	38,1	1,000
Não brancos	8	57,1	6	42,9	
Situação conjugal					
Casados	18	72,0	7	28,0	0,067
Não casados	4	36,4	7	63,6	
Escolaridade					
Até ensino médio completo	8	50,0	8	50,0	0,307
Ensino superior ou acima	14	70,0	6	30,0	
Renda per capita					
Até 3 salários mínimos	9	50,0	9	50,0	0,289
>4 salários mínimos	10	71,4	4	28,6	
Religião					
Sim	15	57,7	11	42,3	0,706
Não	7	77,8	13	37,1	

Legenda: *Teste exato de Fisher; AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Fonte: O Autor, 2017.

Em relação ao tempo de serviço, entre os servidores que trabalharam mais de 23 anos relataram consumo 42,9% do tipo nocivo ou provável dependência e aqueles com até 22 anos fizeram maior consumo de risco 67,7%, com p-valor=0,732 (Tabela 8).

Tabela 8 – Tempo de serviço da amostra estudada de acordo com o escore AUDIT (n=36).

	Consumo de risco (n=22)		Consumo nocivo e provável dependência (n=14)		p-valor
	n	%	n	%	
Até 22 anos	10	67,7	5	33,3	0,732
>23 anos	12	57,1	9	42,9	

Legenda: AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Fonte: O Autor, 2017.

Em relação às categorias profissionais, observou-se que os técnicos administrativos apoio e intermediário fizeram maior consumo nocivo e com provável dependência (61,5%), e os técnicos administrativos superior e os docentes fizeram o consumo de risco com maior frequência (73,9%), com p-valor =0,073 (Tabela 9).

Tabela 9 – Níveis administrativos das categorias profissionais da amostra estudada de acordo com o escore AUDIT (n=36).

	Consumo de risco (n=22)		Consumo nocivo e provável dependência (n=14)		p-valor*
	n	%	n	%	
Técnico administrativo apoio e intermediário	5	38,5	8	61,5	0,073
Técnico administrativo superior e Docentes	17	73,9	6	26,1	

Legenda: AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Fonte: O Autor, 2017.

4.2.2 Efeito da Intervenção Breve na redução do consumo de álcool na amostra do estudo

A Tabela 10 representa esquematicamente as zonas de risco dos servidores antes e depois da Intervenção Breve, e mostrou que 61,1% dos servidores foram classificados inicialmente na categoria consumo de risco, 11,1% na de consumo nocivo e 27,8% com consumo nocivo e de provável dependência.

Todos os servidores receberam “Educação para o Álcool” e depois receberam

a Intervenção Breve por meio de uma Entrevista Motivacional iniciando com a avaliação do estado de prontidão de mudança do hábito de beber em níveis de risco.

Tabela 10 – Zonas de risco antes e depois da Intervenção Breve da amostra estudada (n=36).

		<i>AUDIT após três meses (n=30)</i>			
		Zona I		Zona II	
		n	%	n	%
AUDIT inicial (n=36)	Zona I	0	0	0	0
	Zona II	13	68,4	6	31,6
	Zona III	1	33,3	2	66,7
	Zona IV	17	56,7	13	43,3

Legenda: AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Fonte: O Autor, 2017.

Embora todos tivessem sido classificados na fase de contemplação, durante as sessões houve desistências e na avaliação de três meses após a IB alguns participantes não retornaram, assim contabilizando seis perdas (16,6%). Desse total de perdas, 33,3% foram classificados na categoria consumo de risco e 66,7% na categoria consumo nocivo ou provável dependência.

Todos aqueles que terminaram as sessões de IB e retornaram após três meses reduziram o padrão de consumo de álcool após a Intervenção Breve, migrando para as zonas de baixo risco (56,7%) e para a de risco (43,3%).

Observou-se a diferença dos escores AUDIT inicial e após três meses de IB dos trabalhadores (Tabela 11).

Essa diferença foi analisada pelo Teste U de Mann-Whitney mostrando que o efeito da Intervenção Breve não variou na amostra estudada. Ou seja, independentemente das características dos participantes o efeito da IB ocorreu positivamente, já que não houve significância estatística, contribuindo para redução do escore do AUDIT indicando consequentemente, redução do consumo de álcool.

Entretanto, as diferenças dos pontos do escore do AUDIT antes e depois, em relação àqueles com ensino superior ou acima (U=69,500), com p-valor =0,177 e aqueles que relataram não ter religião (U=61,500), com p-valor =0,089 foram menores do que aqueles com menor escolaridade e de quem tinha religião. Ou seja, apresentaram a maior redução do escore do AUDIT após três meses da IB.

Em relação à média da diferença do escore, os resultados foram semelhantes.

Os trabalhadores com maior escolaridade (média=6,60; DP=5,34) e sem religião foram aqueles que apresentaram a maior redução do escore AUDIT (média=5,80; DP=5,80).

As diferenças dos pontos entre os casados (U=30,500), com p-valor =0,183 e aqueles com renda *per capita* >4 salários mínimos também foram as menores (U=76,500), com p-valor =0,698.

Tabela 11 – Diferença entre o escore AUDIT inicial e após a Intervenção Breve no perfil sociodemográfico da amostra estudada (n=30).

	n	Média da diferença	DP da diferença	U ¹	p-valor
Sexo					
Feminino	9	7,44	6,27	91,000	0,874
Masculino	21	8,71	7,78		
Faixa etária					
30 a 49 anos	16	7,00	5,95	91,000	0,380
>50 anos	14	9,86	8,52		
Cor da pele					
Branca	19	9,53	8,52	91,000	0,559
Não branca	11	6,27	3,95		
Situação conjugal					
Sim	20	6,85	5,32	30,500	0,183
Não	10	11,30	9,81		
Escolaridade					
Até o Ensino médio	10	11,80	9,51	69,500	0,177
Ensino superior ou acima	20	6,60	5,34		
Renda per capita					
Até 3 salários	12	8,75	6,21	76,500	0,698
>4 salários	14	8,64	8,54		
Religião					
Sim	20	9,60	7,78	61,500	0,089
Não	10	5,80	5,70		

Legenda: ¹U= estatística U de Mann-Whitney; DP – desvio-padrão; AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Fonte: O Autor, 2017.

A média da diferença do escore dos casados (média=6,85; DP=5,32) e com renda *per capita* >4 salários mínimos (média=8,64; DP=8,54) também foi menor.

Em relação à categoria profissional, a redução na média do escore foi maior entre os cargos de nível superior e docente (média=6,86; DP=5,53).

Quanto ao tempo de serviço, a redução foi maior entre aqueles com até

22 anos de Universidade (média=8,20; DP=7,58).

A diferença dos pontos da estatística U de Mann-Whitney foi menor naqueles com cargo de nível superior e docente (U=59,500), com p-valor =0,179 do que aqueles de apoio e intermediário (Tabela 12).

Tabela 12 – Diferença entre o escore AUDIT inicial e após a Intervenção Breve no perfil ocupacional da amostra estudada (n=30).

	n	Média da diferença	DP da diferença	U ¹	p-valor
Cargo					
Apoio e Intermediário	8	12,38	10,11	59,500	0,179
Superior e Docente	22	6,86	5,53		
Tempo de serviço					
Até 22 anos	15	8,20	7,58	112,000	0,983
>23 anos	15	8,47	7,23		

Legenda: ¹ U= estatística U de Mann-Whitney; DP – desvio-padrão; AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Fonte: O Autor, 2017.

A média dos escores AUDIT antes e depois de três meses da Intervenção Breve mostrou que houve redução do padrão de consumo de álcool entre os servidores por meio do Teste de Wilcoxon através de um ranqueamento dos postos da diferença entre os escores (Tabela 13).

Tabela 13 – Média do escore AUDIT antes e depois da Intervenção Breve da amostra estudada (n=30).

	n	Média	DP	Min	Max	p-valor	Z*
AUDIT antes	36	15,83	8,42	8	38	0,000	-4,709
AUDIT depois	30	7,13	3,46	1	15		

Legenda: * Teste de Wilcoxon; AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*; DP – desvio-padrão.

Fonte: O Autor, 2017.

A média do escore AUDIT antes foi 15,83±8,42, e após três meses foi 7,13±3,46. O Teste de Wilcoxon mostrou que o ranqueamento dos escores AUDIT após três meses da Intervenção Breve foi inferior ao do resultado inicial com Z=-4,709 e p<0,000. Ou seja, houve redução para níveis de menor risco associado ao padrão de consumo de álcool entre os participantes do estudo, com significância estatística, p-valor = 0,000.

A Tabela 14 mostra o escore AUDIT antes e depois da IB em relação ao perfil sociodemográfico dos servidores, tendo havido redução do escore, ou seja, houve redução do consumo de álcool entre os servidores, com resultado positivo ao efeito da Intervenção Breve.

Tabela 14 – Escore AUDIT antes e depois da Intervenção Breve da amostra estudada quanto ao perfil sociodemográfico (n=30).

			n	Média	DP	Min	Max	p-valor	Z *
Sexo	Feminino	Antes	9	12,22	5,91	8	27	0,008	-2,666
		Depois	9	4,78	2,54	1	9		
	Masculino	Antes	27	17,04	8,87	8	38	0,000	-3,927
		Depois	21	8,14	3,351	1	15		
Faixa etária	30 a 49 anos	Antes	17	14,35	6,63	8	30	0,001	-3,416
		Depois	16	7,44	3,52	1	15		
	>50 anos	Antes	19	17,16	9,74	8	38	0,001	-3,297
		Depois	14	6,79	3,49	1	12		
Cor da pele	Branca	Antes	21	16,38	9,23	8	38	0,000	-3,726
		Depois	19	7,11	3,60	1	15		
	Não branca	Antes	14	15,21	7,65	8	36	0,003	2,965
		Depois	11	7,18	3,37	4	13		
Situação conjugal	Casados	Antes	25	14,20	6,88	8	34	0,000	-3,921
		Depois	20	7,40	3,65	1	15		
	Não casados	Antes	11	19,55	10,62	8	38	0,007	-2,675
		Depois	10	6,60	3,17	2	12		
Escolaridade	Até Ensino médio	Antes	16	18,50	10,72	8	38	0,005	-2,807
		Depois	10	7,20	4,21	1	15		
	Ensino Superior ou acima	Antes	20	13,70	5,39	8	27	0,000	-3,829
		Depois	20	7,10	3,14	1	13		
Renda per capita	Até 3 salários mínimos	Antes	18	17,00	9,04	8	36	0,002	-3,065
		Depois	12	7,92	4,17	1	15		
	>4 salários mínimos	Antes	14	15,29	8,46	8	38	0,001	-3,184
		Depois	14	6,64	3,18	1	12		
Religião	Sim	Antes	26	16,88	9,20	8	38	0,000	-3,928
		Depois	20	7,05	4,03	1	15		
	Não	Antes	9	12,33	5,15	8	22	0,008	-2,668
		Depois	9	7,67	1,80	5	10		

Legenda: * Teste de Wilcoxon; AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification*; DP – desvio-padrão; Min – mínimo; Max – máximo.

Fonte: O Autor, 2017.

Além disso, houve redução do escore em todas as variáveis com significância

estatística, segundo o Teste de Wilcoxon.

Os homens apresentaram uma redução significativa do consumo, sendo a média do escore anterior à IB $17,04 \pm 0,83$ e após três meses, $8,14 \pm 3,35$ ($Z = -3,927$, $p < 0,000$).

Os servidores com idade >50 anos tiveram em média $17,16 \pm 9,74$ do escore AUDIT antes da IB e a média posterior foi $6,79 \pm 3,49$. Essas informações foram estatisticamente significativas pelo teste de Wilcoxon de $Z = -3,297$ e $p < 0,05$.

Os servidores que se autodeclararam brancos apresentaram redução da média do escore AUDIT de $16,38 \pm 9,23$ para $7,11 \pm 3,60$ após o período de três meses da IB.

Os servidores que também apresentaram redução da média do escore AUDIT significativa foram: os casados com média de $14,20 \pm 6,88$ ($Z = -3,921$, $p < 0,05$) para uma média de $6,60 \pm 3,17$; aqueles com escolaridade com ensino superior ou acima foi de $13,70 \pm 5,39$ para $7,10 \pm 3,14$, ($Z = -3,829$, $p < 0,001$); aqueles com renda de menos de três salários mínimos *per capita*, a redução média foi de $17,76 \pm 9,58$ para $8,00 \pm 3,89$; e aqueles que tinham religião, a média reduziu de $16,88 \pm 9,20$ para $7,05 \pm 4,03$, ($Z = -3,928$, $p < 0,05$).

A Tabela 15 mostra a média do escore AUDIT em relação ao perfil ocupacional dos servidores, antes e depois da Intervenção Breve, no qual também se observou redução do consumo de álcool entre os servidores.

Tabela 15 – Escore AUDIT antes e depois da Intervenção Breve da amostra estudada quanto ao perfil ocupacional (n=30)

			Média do escore antes e depois					Diferença das médias	
			n	Média	DP	Min	Max	p-valor	Z *
Brasil (n=30).	Apoio e Intermediário	Antes	13	20,15	11,10	8	38	0,012	-2,524
		Depois	8	8,75	4,68	1	15		
Níveis	Superior e Docente	Antes	23	13,39	5,33	8	27	0,000	-4,019
		Depois	22	6,55	2,81	1	12		
Tempo de serviço	Até 22 anos	Antes	15	15,00	8,31	8	38	0,001	-3,297
		Depois	15	6,8	3,01	1	11		
	>23 anos	Antes	21	16,43	8,66	8	36		
		Depois	15	7,47	3,94	2	15		

Legenda: * Teste de Wilcoxon; AUDIT – *Alcohol Use Disorders identification*; DP – desvio-padrão; Min – mínimo; Max – máximo.

Fonte: O Autor, 2017.

As diferenças entre as médias deste perfil foram significativas entre aqueles de nível superior e docente com média de $13,39 \pm 5,33$ e após a IB foi para $6,55 \pm 2,81$ ($Z = -4,019$).

Quanto ao tempo de serviço na Universidade, houve redução no consumo de álcool independente do tempo, com significância estatística, p -valor = $0,001$.

A Tabela 16 permite a comparação das estatísticas dos resultados das perguntas do questionário AUDIT quanto à média dos escores dos resultados e os desvios-padrão. A média dos resultados revelou que houve redução em todas as respostas, mostrando assim o efeito positivo da redução do uso problemático de álcool após a Intervenção Breve em comparação ao rastreamento inicial. Desta maneira, houve mudança de zonas de risco entre os servidores passando para risco e baixo risco.

A frequência do consumo foi uma das variáveis que apresentou maior redução do escore: a média anterior foi $3,17 \pm 0,77$ e depois da IB foi reduzido para $1,93 \pm 1,80$, com $p < 0,000$ e $Z = -3,880$.

A frequência de consumo de número de doses-padrão em dia típico também reduziu o escore: a média anterior foi $2,22 \pm 1,24$ e depois da IB foi reduzido para $1,37 \pm 1,12$, com $p < 0,015$ e $Z = -2,431$.

A frequência de consumir cinco ou mais doses em uma única ocasião depois da IB foi reduzido, com média anterior de $2,86 \pm 0,93$ e depois média de $1,20 \pm 1,09$, com $p < 0,000$ e $Z = -4,144$.

Quanto à frequência de beber sem conseguir parar de beber teve média anterior de $0,75 \pm 1,46$ e depois da IB foi reduzido em média de $0,17 \pm 0,65$, com $p < 0,017$ e $Z = -2,379$.

A frequência de não ter feito o esperado após o consumo de bebida alcoólica apresentou média anterior de $0,69 \pm 1,26$ e depois da IB foi reduzido em média de $0,10 \pm 0,40$ com $p < 0,007$ e $Z = -2,699$.

Em relação à pergunta quanto à necessidade de beber pela manhã após ter bebido muito na noite anterior, esta teve o resultado mais expressivo, já que a média foi igual a zero, ou seja, nenhum caso nos últimos três meses após a Intervenção Breve. Em relação ao sentimento de culpa ou remorso após ter bebido, a média foi $1,22 \pm 1,62$ e depois da IB foi reduzido para $0,20 \pm 0,48$, com $p < 0,005$ e $Z = -2,825$.

Em relação à incapacidade de lembrar o que aconteceu devido à bebida teve média anterior de $1,11 \pm 1,39$ e a posterior de $0,17 \pm 0,38$, com $p < 0,003$ e $Z = -2,965$. Estes resultados mostraram significância estatística com p -valor $< 0,05$, exceto nas duas últimas perguntas sobre “prejuízo causados pelo consumo de bebidas alcoólicas” ($p = 0,053$) e “se alguém sugeriu que parasse de beber” ($p = 0,194$)

Tabela 16 – Escore do AUDIT nas questões individuais antes e depois da Intervenção Breve na amostra estudada (n=30).

		n	Média do escore antes e depois				Diferença das médias	
			Média	DP	Min	Max	p-valor	Z *
Frequência do consumo	Antes	36	3,17	0,77	1	4	0,000	-3,880
	Depois	30	1,93	1,80	0	4		
Número de doses-padrão em dia típico	Antes	36	2,22	1,24	0	4	0,015	-2,431
	Depois	30	1,37	1,12	0	4		
Frequência de cinco ou mais doses-padrão	Antes	36	2,86	0,93	0	4	0,000	-4,144
	Depois	30	1,20	1,09	0	3		
Frequência de beber sem conseguir parar	Antes	36	0,75	1,46	0	4	0,017	-2,379
	Depois	30	0,17	0,65	0	3		
Deixou de fazer o esperado devido à bebida	Antes	36	0,69	1,26	0	4	0,007	-2,699
	Depois	30	0,10	0,40	0	2		
Necessidade de beber pela manhã	Antes	36	0,42	0,10	0	4	0,038	-2,070
	Depois	30	0,00	0,00	0	0		
Sentimento de culpa depois de ter bebido	Antes	36	1,22	1,62	0	4	0,005	-2,825
	Depois	30	0,20	0,48	0	2		
Incapacidade de lembrar o que aconteceu na noite anterior	Antes	36	1,11	1,39	0	4	0,003	-2,965
	Depois	30	0,17	0,38	0	1		
Causa prejuízo a si ou a outra pessoa por ter bebido	Antes	36	0,83	1,46	0	4	0,053	-1,933
	Depois	30	0,40	0,81	0	2		
Alguém sugeriu que parasse de beber	Antes	36	2,00	1,85	0	4	0,194	-1,299
	Depois	30	1,60	1,85	0	4		

Legenda: AUDIT – *Alcohol Use Disorders identification*; DP – desvio-padrão; Min – mínimo; Max – máximo.
Fonte: O Autor, 2017.

5 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo em relação à identificação dos trabalhadores com o consumo de risco, nocivo e provável dependência de álcool, de uma universidade pública foram importantes no sentido da identificação do padrão de consumo, a fim de intervir e analisar o efeito da Intervenção Breve na redução do consumo de álcool. Os itens deste capítulo seguem a ordem de apresentação dos resultados nas tabelas descritas com o intuito de orientar a leitura e refletir a ordem e o contexto em que cada análise foi construída.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DA AMOSTRA ESTUDADA

O perfil sociodemográfico e ocupacional dos trabalhadores foi analisado por meio de dados do Caderno de Saúde do Servidor, que identificou predominância do sexo masculino. Esta característica foi ao encontro do perfil encontrado em relação à amostra analisada.

Quanto à faixa etária dos participantes, a maior frequência encontrada foi acima de 50 anos de idade, o que provavelmente explica o perfil de trabalhadores de uma instituição pública. A força de trabalho da população economicamente ativa tende a permanecer mais tempo no serviço, e muitos além do período mínimo regular para a aposentadoria. Com o envelhecimento, esses trabalhadores tendem a buscar os serviços de saúde. Alguns estudos mostraram o mesmo resultado, com o aumento da idade e a tendência em procurar mais os serviços de saúde, devido ao aparecimento ou agravamento de doenças pertinentes a essa faixa etária (REISDORFER, 2010; LOPES, 2011).

Os trabalhadores que se autorreferiram brancos tiveram a maior frequência. Os estudos epidemiológicos sobre as morbidades relacionadas à raça/cor são importantes para o aprofundamento do conhecimento científico sobre como as desigualdades étnicas influenciam na saúde populacional, incluindo a saúde do trabalhador (SILVA et al., 2007). No entanto, esta variável pode estar refletindo as condições sociodemográficas subjacentes à amostra do estudo.

A situação conjugal dos participantes era de casados, na sua maioria, até mesmo explicada pela faixa etária encontrada.

Em relação à escolaridade, observou-se maior frequência dos trabalhadores com curso completo de pós-graduação, seguida daqueles com nível fundamental. Isto corrobora uma das características da amostra do estudo, composta por muitos docentes e técnicos administrativos de nível intermediário e superior.

Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos com servidores públicos de universidade. Na Universidade de Ribeirão Preto, a maioria era formada por técnicos administrativos, cursaram o ensino superior, e 42,9% tinham 12 anos ou mais de estudo (LOPES, 2011; REISDORFER, 2010).

A maioria dos trabalhadores apresentou renda *per capita* de um a cinco salários mínimos. Isto porque a maioria dos que participaram do estudo eram os técnicos administrativos de nível apoio. 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 um a dois salários mínimos; e Gavin et al. (2015) ainda acrescentam que a maior parte dos servidores públicos de uma universidade do interior do Estado de São Paulo tinha renda familiar *per capita* igual a cinco salários mínimos.

Apesar de a maioria relatar ter religião, sendo o catolicismo com maior percentual, 25,0% relataram não ter religião. O mesmo foi encontrado no censo do IBGE de 2010, em que a maioria da população brasileira referiu ter religião, e o catolicismo foi a filiação religiosa com maior percentual, seguida da protestante/evangélica. Também houve pessoas que declararam não ter religião, evidenciando semelhança do estudo com a realidade brasileira (QUEIROZ et al., 2015; DIEHL et al., 2011; BRASIL, 2010).

Em relação ao perfil ocupacional, evidenciou-se que mais da metade dos trabalhadores tinha mais de 23 anos de tempo de serviço na universidade, pressupondo que estavam mais predispostos, por conta da idade e do tempo de serviço, a terem mais problemas relacionados ao trabalho.

Quanto ao nível administrativo em relação aos cargos dos servidores, verificou-se que a maioria dos trabalhadores foi representada pelos técnicos administrativos de apoio, justificado por ser maior o efetivo de servidores técnicos administrativos (92%) do que o número de docentes (8%), segundo UFRJ (2017). Corroborando este resultado, Lopes (2011), em estudo em população semelhante, verificou que 52,8% dos funcionários de sua amostra eram de nível médio de ocupação; também o estudo de Gavin et al. (2015) apontou que 52,9% eram de nível médio em uma universidade pública no interior de São Paulo.

5.2 CONSUMO DE ÁLCOOL DA AMOSTRA

A classificação em categorias quanto ao uso de álcool dos trabalhadores foi em maior proporção de álcool o consumo de risco (61,1%), seguido por consumo sugestivo de provável dependência (27,8%) e o uso nocivo (11,1%) nos últimos 12 meses. Em relação à provável dependência, este resultado foi muito superior

brasileira (6,8%), sendo de 10,5% para homens e 3,6 para as mulheres, no ano de 2012 (LARANJEIRA et al., 2014). No estudo de Carlini et al. (2007), os técnicos administrativos apresentaram um padrão de dependência menor (14,9%) e Brites e Abreu (2014) no mesmo local do estudo, um consumo de provável dependência em 12,7%.

Dessa maneira, a amostra estudada está muito acima da média nacional encontrada em 2012, que tem como resultado a prevalência do consumo de álcool nocivo e de provável dependência (38,9%) em comparação com o resultado nacional (17,0%) (LARANJEIRA et al., 2014).

Quanto ao tipo de bebida alcoólica mais consumida pelos participantes, a cerveja obteve o maior percentual seguida do vinho, mostrando semelhança com a preferência nacional. Segundo Laranjeira et al. (2014), em função do número anual de unidades consumidas por adultos brasileiros de ambos os sexos, de qualquer idade e região do país, a cerveja e o chope compõem quase 60,0%.

A maioria dos participantes do estudo relatou que “*não bebia, apenas bebia cerveja*”, ou seja, minimizava a cerveja como bebida alcoólica, confirmando o mito de que a cerveja é uma bebida leve e que não faz mal. Os participantes que relataram este fato apresentaram um mecanismo de defesa, em especial a negação, ou seja, estavam na fase de contemplação, negando o consumo do álcool ou minimizando os problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, principalmente a cerveja (VIDEBECK, 2012).

Quanto à frequência do consumo de bebidas alcólicas desses trabalhadores, o resultado foi de duas a quatro vezes por semana (47,2%). Este resultado foi muito superior ao encontrado no estudo de Brites e Abreu (2014) na mesma universidade (29,2%). Entretanto, há semelhanças com o estudo de Lopes (2011) que foi 47,0% entre servidores paulistas, e também ao estudo nacional de 2012, apontando que 53,0% dos entrevistados consumiam álcool regularmente, ou seja, pelo menos uma vez por semana, sendo 63,0% de homens e 38,0% de mulheres (LARANJEIRA et al., 2014).

A quantidade de dose consumida em um dia típico foi de duas a três doses-padrão, sendo que 1/4 consumiu oito ou mais doses, fazendo um consumo em *binge drinking*. Entretanto, os servidores relataram que bebiam pouco e que só bebiam nos finais de semana. Essas informações corroboraram com o resultado do consumo pesado esporádico em uma única ocasião, nos últimos 12 meses, com uma frequência acima de uma vez por semana (78,0%). Este resultado foi muito superior ao encontrado por Brites e Abreu (2014) de 47,3% e Lopes (2011)

em estudo referente a trabalhadores em universidade (36,76%). Este resultado esteve muito acima do estudo nacional, realizado em 2012, que mostrou que 59,0% faziam este tipo de consumo, sendo 66,0% entre os homens e 49,0% entre as mulheres (LARANJEIRA et al., 2014).

Dessa maneira, o perfil da amostra em relação ao consumo de elevada frequência e quantidade, além do consumo pesado esporádico do tipo *binge drinking* dos trabalhadores, mostram um consumo problemático de álcool que favorece ou em alguns casos determina problemas relacionados aos sintomas da dependência, como esquecimento, culpa, lesões e preocupações dos familiares, amigos ou profissionais da saúde em relação ao consumo desses trabalhadores (FERREIRA, 2011; LARANJEIRA et al., 2014).

Estas informações convergiram para as questões referentes aos sintomas de dependência da amostra analisada, no qual aqueles que não conseguiram parar de beber, acima de uma vez por mês, deixaram de fazer o esperado; e ainda um percentual significativo sentiu necessidade de beber pela manhã para se sentir bem, teve sentimento de culpa após de ter bebido muito e incapacidade de lembrar o que aconteceu. Esses achados corroboram com o estudo realizado por Brites e Abreu (2014) no mesmo local, o qual mostrou trabalhadores que não conseguiram parar de beber e o sentimento de culpa após ter bebido, que foram semelhantes.

Esses dados, também comparados a um estudo realizado com trabalhadores de uma universidade no sul do País, mostraram o quanto foram elevados os percentuais, referentes aos sinais e sintomas de dependência. Nessa universidade os resultados mostraram que 7,8% não conseguiram parar de beber, 12,5% deixaram de fazer o que era esperado, 1,0% teve necessidade de beber pela manhã, 20,7% tiveram sentimento de culpa e 18,7% incapacidade de lembrar o que aconteceu (REISDORFER, 2010).

Este tipo de consumo serve de alerta para consequências na vida pessoal e ocupacional dos trabalhadores, devido ao consumo problemático do álcool, sobretudo para os profissionais da equipe de saúde do trabalhador. No que se refere aos prejuízos causados pelo álcool, 27,8% responderam que já causaram prejuízo após ter consumido bebidas alcoólicas. Esses resultados são muito superiores aos encontrados em outros estudos. Os prejuízos causados pelo consumo excessivo de bebida alcoólica podem se associar aos acidentes de trabalho, ao absenteísmo, ao presenteísmo e à redução da produtividade no ambiente de trabalho, conforme apontam os estudos de Laranjeira et al.; 2010; Lopes, 2011; e Brites e Abreu, 2014.

5.3 CONSUMO DE ÁLCOOL DA AMOSTRA PELO ESCORE AUDIT

A associação do padrão de consumo de risco, nocivo ou provável dependência com o perfil sociodemográfico e ocupacional não apresentou significância estatística. Entretanto foram discutidos os percentuais em relação a cada variável independente com o desfecho do consumo de álcool.

Os trabalhadores do sexo masculino, na faixa etária acima de 51 anos, os não brancos, os não casados, com baixa escolaridade, renda per capita menor que três salários mínimos, com religião, com mais de 23 anos de universidade e serem do cargo técnico administrativo de apoio e intermediário apresentaram as maiores frequências para o consumo nocivo e de provável dependência de álcool. Assim pode-se afirmar que esses são fatores de risco entre os trabalhadores estudados quando comparados com outros estudos (FERREIRA et al., 2011; REISDORFER, 2010, BAUMANN et al., 2017; HONG et al., 2017).

Interessante observar que em relação ao sexo, as mulheres apresentaram maior percentual do consumo de risco e os homens um percentual mais elevado de consumo de risco, nocivo ou provável dependência de álcool. Isto mostra que as mulheres consomem mais na frequência e quantidade; e os homens na quantidade, fazendo maior consumo pesado do tipo *binge drinking*, alguns já apresentando sinais de dependência. Outros estudos também apontaram que os homens consumiram em menor frequência, mas em maior quantidade e as mulheres fizeram consumo de risco ou baixo risco (BAUMANN et al., 2017; HONG et al., 2017).

Além disso, o estudo realizado por Laranjeira et al. (2014) mostrou que as mulheres mais jovens são as que apresentaram os maiores índices de aumento do consumo nocivo de álcool entre 2006 e 2012. Outros estudos também corroboram esses achados (FERREIRA et al., 2011; REISDORFER, 2010).

Em relação à faixa etária, o estudo mostrou que tanto os mais jovens quanto aqueles com idade mais avançada apresentaram um padrão de consumo elevado, apesar de a frequência maior ter sido no consumo de risco. Os trabalhadores com idade entre 30-50 anos apresentaram consumo de risco (70,6%), porém 29,4% fizeram consumo problemático de álcool, o que mostrou que os jovens estão aumentando o padrão problemático de consumo de álcool. Aqueles na faixa etária acima de 51 anos mostraram que quase a metade fez consumo problemático de álcool. Segundo Diehl et al. (2011), isso é resultado do consumo de bebidas alcoólicas no início da fase adulta, levando ao aumento do padrão de consumo com a idade (DIEHL et al., 2011; BAUMANN et al., 2017; HONG et al., 2017).

As consequências do consumo problemático podem acontecer para ambas as faixas etárias em relação ao trabalho por meio do agravamento das comorbidades referentes ao envelhecimento, aumentando o número de licenças médicas e as aposentadorias por invalidez. Nesse sentido, um estudo realizado na mesma universidade mostrou que 9,0% das aposentadorias foram determinadas pelo alcoolismo, principalmente entre os homens e na faixa etária entre 30-60 anos (BRITES et al., 2014).

Em relação à cor da pele, aqueles que se autodeclararam brancos foram os que apresentaram maior frequência para o consumo de risco, contrapondo-se àqueles não brancos, com prevalência no consumo problemático. Corroborando esses resultados, outros estudos também mostraram essa prevalência entre aqueles que se autodeclararam negros e/ou mestiços. Além disso, mostraram que ser branco é um fator de proteção para o consumo abusivo de álcool (JOMAR, 2011; BASTOS et al., 2008).

Quanto à situação conjugal, os não casados foram os que apresentaram o maior percentual no padrão de consumo nocivo e provável dependência; e os casados, o maior padrão de consumo de risco. Outros estudos, como os de Matute e Pillon (2008) e Reisdorfer (2010), mostraram que as pessoas que vivem sozinhas apresentam maiores possibilidades de consumir bebidas alcoólicas. Abreu et al. (2016) também apontaram que ser casado funciona como fator de proteção ao consumo de bebidas alcoólicas.

Em relação à escolaridade, o estudo mostrou que os trabalhadores com ensino superior ou mais apresentaram frequência maior no consumo de risco, ocorrendo o inverso com aqueles com menor escolaridade até o ensino médio, com consumo nocivo e de provável dependência. Esse resultado aponta um alerta aos profissionais de saúde do trabalhador, sobretudo no sentido das ações de educação em saúde, no conhecimento dos riscos para a saúde e para as atividades ocupacionais que possivelmente esses trabalhadores têm, quando comparados aos trabalhadores de nível superior (LARANJEIRA et al., 2014; BRASIL, 2010; CARDOSO et al. 2015).

Estudos como o de Abreu et al. (2016) aponta que quanto maior a informação, melhor será a compreensão dessas pessoas no sentido da promoção da saúde e sua qualidade de vida.

Entretanto, o II Levantamento sobre álcool mostrou que houve um maior associação entre o consumo de álcool em relação a escolaridade, no qual 14,0% foi entre aqueles com ensino superior e 12,7% daqueles com ensino médio completo (LARANJEIRA et al., 2014).

Os trabalhadores que referiram não ter religião apresentaram-se em maior percentual no padrão de consumo de risco e aqueles que afirmaram ter religião foram classificados em consumo nocivo e provável dependência. Dessa maneira, este estudo se contrapõe com outros estudos que informam que a religião é fator de proteção do consumo abusivo de álcool. Pode-se inferir que esses resultados estão de acordo com as características da amostra estudada, quando grande parte informou não ter religião, porém no referido estudo não houve aprofundamento nas dimensões de religiosidade dessa população (GONÇALVES et al., 2011; FUNAI e PILLON; 2011).

Quanto ao perfil ocupacional, verificou-se que os trabalhadores com mais de 23 anos de universidade apresentaram maior percentual padrão de consumo nocivo e provável dependência de álcool. No atual estudo, a maioria tinha mais de 23 anos de universidade. Nesse sentido, estudo de Lopes (2011) verificou que quanto maior o tempo na empresa, maior o desgaste emocional, menor o controle sobre a vida e maior o consumo de bebidas alcoólicas.

Em relação ao cargo ocupado na universidade, os técnicos administrativos de apoio e intermediário apresentaram maior padrão de consumo nocivo e provável dependência. Nesse sentido, alguns autores relatam que a falta de informação sobre os riscos do consumo elevado de álcool atrelado ao desprestígio no local de trabalho, a falta de ascensão, a qualificação profissional restrita podem gerar um sofrimento mental e conseqüentemente maior consumo e provável dependência do álcool (MABUCHI et al., 2007; BAUMANN et al., 2017; HONG et al., 2017).

5.4 EFEITO DA INTERVENÇÃO BREVE NA REDUÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

Os resultados do estudo quanto ao efeito da Intervenção Breve nos trabalhadores que fizeram consumo de risco, nocivo e provável dependência foram positivos, e mostraram que a técnica de Intervenção Breve associada à Entrevista Motivacional teve efeito positivo na redução do padrão de consumo desses trabalhadores.

O mesmo resultado foi encontrado em estudos internacionais, em serviços de saúde do trabalhador de empresas. Verificou-se a viabilidade do rastreamento do consumo de álcool e o efeito na redução desse consumo nos trabalhadores (WATSON et al., 2015; ITO et al., 2015; TINGHÖG et al., 2016; MCPHERSON et al., 2010; HERMANSSON et al., 2010).

Inicialmente a amostra estava estratificada em dois grupos, de acordo com o escore AUDIT, na zona de risco II e na zona de risco III e IV. Após a IB, houve redução

no consumo e assim uma migração para zonas de risco I e para zona de risco II. Estes resultados mostraram que os servidores com consumo nocivo e de provável dependência migraram para as zonas de menor consumo de álcool. Dessa maneira, não apresentaram os sintomas de dependência na segunda avaliação do AUDIT após três meses de IB. Corroboram com esses resultados outros estudos internacionais: Allen et al., 2011; Hermansson et al., 2010; Signor et al., 2013.

Segundo Tinghög et al. (2016), os trabalhadores com consumo problemático de álcool, embora não se considerassem abusadores de álcool, reduziram o consumo excessivo de álcool. E, além disso, alguns estudos mostraram que a redução é maior nos três primeiros meses após a IB, e tende a diminuir com o tempo, daí a importância do monitoramento. Estes verificaram que a redução do consumo após a Intervenção Breve foi maior entre aqueles que faziam consumo de risco, nocivo e provável dependência. A redução dos consumidores de risco pode ocorrer entre 10-15% e nos consumidores nocivo e provável dependência entre 10-19% (ALLEN et al., 2011; HERMANSSON et al., 2010; SIGNOR et al., 2013).

No entanto vale acrescentar que as perdas ocorridas durante este estudo corresponderam a 16,0% da amostra, sendo que este fato ocorreu em outros estudos, principalmente quando se aborda o assunto sobre consumo de álcool. Nesse sentido, estudos, como o realizado por Murray et al. (2013) e Allen et al. (2011), verificaram uma perda de 25,0% e 20,0% dos participantes, sendo que os resultados de ambos foram superiores ao encontrado neste estudo.

No estudo de Hermansson et al. (2010) a desistência dos participantes do estudo durante as sessões de Intervenção Breve no local de trabalho foi um dos motivos para não verificar sua eficácia entre o grupo-controle e de intervenção.

Em relação à diferença entre o escore AUDIT inicial e após três meses da IB observou-se redução da média dessa diferença. Entretanto, não houve significância estatística em relação às características sociodemográficas e ocupacionais da amostra estudada. Ou seja, independente da característica dos trabalhadores da universidade em relação à aplicação da Intervenção Breve, o efeito pode ser positivo, de acordo com os resultados apresentados no presente estudo, por meio do teste de Mann-Whitney.

Vale ressaltar que a redução foi maior entre aqueles com ensino superior ou acima e que relataram não ter religião. Também apresentaram redução entre os casados e aqueles com renda *per capita* >4 salários mínimos.

Outro fato interessante encontrado foi que a maioria dos trabalhadores havia modificado o comportamento de beber após os três meses, de acordo com a diferença

do escore AUDIT. Além disso, a pesquisadora pôde observar mudanças nos aspectos de: higiene corporal, apresentação individual, coloração da pele, relacionamento familiar, peso corporal, pressão arterial, prática de atividade física e alimentação. Essas informações e percepções vieram atreladas e a reboque da diferença no escore AUDIT após os três meses. Entretanto essas informações, apesar de muito importantes, não faziam parte do objeto e objetivos do estudo e não foram mensuradas e analisadas.

A diferença do escore AUDIT antes e após três meses da IB apresentou resultado positivo, segundo o teste de Wilcoxon. Esse teste verificou o efeito por meio do ranqueamento dos pontos dos escores antes e depois, em relação às características sociodemográficas e ocupacionais, com significância estatística ($p < 0,05$). Entretanto, esse teste não permite a comparação entre as variáveis, mas apenas entre si mesmas.

Dessa maneira, foi confirmada a redução pelas análises, com significância estatística apresentando p-valor $< 0,001$ ($Z = -4,709$), na diferença do escore AUDIT antes (média=15,83) e depois (média=3,46).

Esta redução da média dos escores demonstra resultado positivo na redução do padrão do consumo nocivo e provável dependência para o consumo de risco e de baixo risco. Segundo Babor et al. (2001b), as intervenções breves mostradas por diversos programas que reduzem a média do consumo de álcool, mudam o padrão de beber nocivo, previnem problemas futuros, melhoram a saúde e reduzem custos com tratamento.

Segundo o teste de Wilcoxon, verificou-se redução na média do escore AUDIT após três meses da IB nos homens. Um estudo realizado na Suécia apresentou o mesmo resultado, sendo o efeito maior nos homens (HERMANSSON et al., 2010). Além disso, vale ressaltar as demais características do perfil da amostra no sentido da redução quando empregada a técnica da Intervenção Breve: nos participantes da faixa etária acima de 50 anos, que se autodeclararam brancos, nos casados, com ensino superior ou acima, com renda *per capita* de menos de três salários mínimos e que tinham religião. Em relação ao cargo, os técnicos administrativos de nível superior e os docentes foram aqueles que obtiveram relevantes reduções na média dos escores antes e depois da Intervenção Breve. Entretanto, quanto ao tempo de serviço na universidade, houve redução independente do tempo, com significância estatística.

Quanto às respostas do AUDIT, em relação à média de diferença dos escores antes e depois da Intervenção Breve, verificou-se que houve redução em todas as respostas.

A frequência do consumo foi uma das variáveis que apresentaram maior redução do escore, seguida pelo número de doses-padrão em dia típico e a frequência

de consumir cinco ou mais doses em uma única ocasião. O mesmo resultado foi encontrado no estudo de Tinghög et al. (2016), apesar de não apresentar um efeito significativo sobre o consumo de álcool, mas as análises mostraram que houve redução importante na frequência do consumo dos trabalhadores.

Os estudos de Allen et al. (2011), Hermansson et al. (2010) e Signor et al. (2013) verificaram que a redução do consumo após a Intervenção Breve foi maior entre aqueles que faziam consumo de risco, nocivo e provável dependência.

Ressalta-se que há necessidade de manter o trabalho de acompanhamento e monitoramento desses trabalhadores. Entretanto, se eles continuarem por muitos meses a terem dificuldades em alcançar e manter suas metas no uso de álcool, deve-se considerar a mudança deles para o próximo e mais alto nível de intervenção, e assim referenciá-los para o serviço especializado. Além disso, atentar para a ocorrência de recaída e lapso durante o monitoramento e encorajá-los a retornar ao Serviço de Saúde do Trabalhador.

Observa-se assim a importância do rastreamento realizado no Caderno de Saúde do Servidor associado ao questionário AUDIT, pois foram obtidas respostas mais fidedignas, maior adesão quanto ao consumo de álcool. Alguns estudos mostraram também essa relação do consumo do álcool com outros fatores de risco e proteção para álcool, além do exame periódico e admissional nos locais de trabalho (KHADJESARI et al., 2014; WATSON et al., 2015; ITO et al., 2015; TINGHÖG et al., 2016).

Segundo Hermansson et al. (2010), a triagem nos locais de trabalho realizadas de maneira objetiva e com profissionais treinados já viabilizam a redução do consumo de álcool pelos trabalhadores.

5.5 INTERVENÇÃO BREVE NA REDUÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL: O PAPEL DO ENFERMEIRO

Alguns estudos nacionais e internacionais afirmaram que o enfermeiro tem papel fundamental no rastreamento do padrão de consumo de álcool e na realização da Intervenção Breve associada à Entrevista Motivacional.

Essa abordagem do paciente na discussão de comportamento de consumo de álcool pelo enfermeiro é facilitada pela empatia e vínculo com esse profissional, principalmente na atenção básica. Estudos compararam o papel do enfermeiro frente a outros profissionais e verificaram que esse profissional obtém resultados mais satisfatórios. Entretanto algumas barreiras foram relatadas pelos enfermeiros,

como a falta de tempo, perder a confiança do paciente e não ter formação adequada (PLATT et al., 2016; WATSON et al., 2015)

Os profissionais de saúde em geral, e aqui destaque para os profissionais da equipe de saúde do trabalhador, questionam pouco os pacientes, na rotina dos exames periódicos, sobre o padrão de consumo de álcool e há pouca intervenção sobre a redução desse consumo nessa área. Apenas perguntam se bebem ou não, mas a quantidade e a frequência são mais difíceis. Já no tratamento de pessoas com alguma comorbidade, estas são mais aconselhadas sobre o consumo abusivo de álcool.

Nesse sentido, a técnica da Intervenção Breve, sobretudo nos programas de atenção primária, valoriza a rotina e o cotidiano de atendimento nas ações desse profissional, especificamente no contexto da saúde do trabalhador.

6 CONCLUSÕES

Os resultados do estudo mostraram o perfil sociodemográfico e ocupacional dos trabalhadores de uma universidade pública, o padrão de consumo de álcool e o efeito da Intervenção Breve na redução do consumo de risco, nocivo e provável dependência de álcool.

O questionário AUDIT utilizado no rastreamento mostrou-se adequado uma vez que identificou o padrão de consumo dos trabalhadores da universidade e a frequência do consumo, acima de duas a quatro vezes por semana, acima de cinco doses-padrão em um dia típico e com uma frequência acima de cinco ou mais doses-padrão (*binge drinking*) em uma única ocasião.

O presente estudo analisou o efeito da Intervenção Breve, que foi positivo após três meses do rastreamento inicial, por meio do questionário AUDIT e de Entrevista Motivacional entre os trabalhadores, na redução do consumo problemático de álcool (risco, nocivo e provável dependência).

Além disso, possibilitou a identificação do padrão de consumo de álcool quanto às características sociodemográficas e ocupacionais e assim permitiu traçar estratégias de promoção à saúde junto a CPST para rastrear o padrão de consumo dos trabalhadores.

Dessa maneira, os resultados responderam aos objetivos do estudo que foram os seguintes:

- A prevalência do consumo de risco foi maior entre as mulheres, na faixa etária de 30-50 anos e ainda dos que se autodeclararam brancos, os casados, com maior nível de escolaridade, com maior renda per capita, sem religião, com menos tempo de serviço entre os técnicos administrativos superior e docentes;
- A prevalência do consumo nocivo ou provável dependência foi maior entre os homens, acima de 51 anos, não brancos, não casados, escolaridade até o ensino médio completo, com até três salários mínimos, com religião, com tempo de serviço acima de 23 anos de universidade entre os técnicos administrativos apoio e intermediário;
- O beber pesado esporádico foi uma das informações que alertou quanto ao problema do consumo de álcool entre os trabalhadores atendidos no serviço, com 78,0%;
- A média da diferença do escore AUDIT antes e após a IB em relação às características sociodemográficas e ocupacionais não apresentou

significância estatística, pelo teste de U Mann-Whitney. Entretanto, houve redução das médias, mostrando que não há diferença das características dos trabalhadores da amostra que influenciaram a redução do consumo; houve redução, independentemente destas;

- A diferença da média dos postos de ranqueamento dos escores do AUDIT inicial e após a Intervenção Breve foi positiva, com significância estatística, pelo teste de Wilcoxon; os participantes reduziram o padrão de consumo;
- Quanto às diferenças dos postos de ranqueamento dos escores do AUDIT antes e depois em relação às perguntas do questionário AUDIT, houve redução em todas as perguntas, principalmente na frequência, quantidade do consumo, e no consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião. Sendo que na questão da necessidade de beber pela manhã após ter bebido muito na noite anterior, não se obteve nenhuma resposta positiva.

6.1 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

Recomenda-se os dados do estudo para os profissionais da Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador, a fim de viabilizar as sugestões de implantação e implementação de ações de rastreamento e Intervenção Breve associada à Entrevista Motivacional para os trabalhadores da universidade.

Publicar os resultados nos meios de comunicação da universidade, da CPST e também no jornal do Sindicato dos Trabalhadores, em congressos relacionados à saúde do trabalhador e também na temática do álcool para: sensibilizar os servidores da universidade sobre a necessidade de realizar o rastreamento do consumo de álcool bem como de outras doenças por meio da aplicação do Caderno de Saúde do Servidor; para promover a saúde dos trabalhadores baseados em um diagnóstico situacional de saúde e assim a CPST junto às unidades intervir de maneira efetiva.

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 do Trabalho e, principalmente, na graduação, onde o aluno irá refletir sobre sua atuação na prática de enfermagem do trabalho voltado para a promoção da saúde do trabalhador e prevenção do consumo abusivo de álcool.

Além disso, propor novos trabalhos na área da Saúde do Trabalhador junto à Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador por meio de métodos quantitativos e qualitativos relacionando a redução do consumo de álcool com aspectos físicos, clínicos, comportamentais, familiares, estresse, sono e ocupacionais.

Implantar na rotina da CPST durante os atendimentos aos servidores, o rastreamento do padrão de consumo de álcool por meio do questionário AUDIT, a fim de intervir no uso e abuso de álcool que podem interferir nas morbidades que levam às licenças, e também durante o processo de admissão dos novos servidores e assim prevenir o consumo problemático de álcool.

Dessa maneira, o serviço poderá ser uma referência para aqueles que não são dependentes do álcool também e fomentar a discussão sobre o padrão de consumo de baixo risco ou abstinência, na universidade.

Além disso, implementar um protocolo de intervenção durante os exames admissionais e durante os exames periódicos a aplicação do Caderno de Saúde do Servidor associado ao AUDIT.

Estabelecer uma referência na prevenção do abuso de álcool na universidade entre alunos e servidores e também com a equipe de trabalhadores terceirizados, baseados na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora de 2012.

Estabelecer um fluxo de informações de referência e contrarreferência por meio de um acordo de cooperação técnica para o serviço especializado, no caso dos servidores em provável dependência, garantindo assim seu atendimento e acompanhamento.

Fomentar pesquisas na continuidade do monitoramento e acompanhamento dos servidores após a aplicação do AUDIT e da Intervenção Breve, no período de três meses, seis meses e 12 meses; e depois a cada ano.

Realizar treinamento da equipe da Divisão de Promoção e Educação em Saúde sobre a aplicação do AUDIT, e a realização da Intervenção Breve, principalmente para os enfermeiros do trabalho, na rotina dos atendimentos nessa área, os retornos em casos de recaída e lapso, e também o acompanhamento e monitoramento.

E por fim é primordial a continuidade de estudos de intervenção nessa área para fomentar a ciência sobre os vários aspectos relacionados ao impacto do uso de bebidas alcoólicas, especificamente junto à população economicamente ativa, os trabalhadores de uma forma geral, indo ao encontro do que preconiza as atuais políticas públicas nacionais e internacionais.

6.2 INTERVENÇÕES DO ESTUDO NA PRÁTICA PROFISSIONAL

Atualmente é uma das responsáveis pelo Programa de Álcool e Drogas da Divisão de Educação e Promoção da Saúde (DEPS) na Coordenação de Política em Saúde do Trabalhador da universidade.

Foi implementado, na rotina do serviço, o diagnóstico por meio do Caderno de Saúde, fazendo o rastreamento como primeiro passo das Estratégias e Diagnósticos de Intervenção Breve.

No momento, está em processo de execução o rastreamento com o questionário AUDIT por meio do Caderno de Saúde do Servidor em outros centros ou unidades da universidade.

Implantado na rotina os instrumentos associado ao AUDIT, folheto informático e *banner* sobre o consumo de baixo risco.

Em processo de implantação a proposta do LIBA - Laboratório de Intervenção Breve em Álcool, tem como objetivo o atendimento e a difusão de informações sobre problemas de saúde relacionados ao uso de risco e nocivo de derivados etílicos e a prática de intervenção breve na comunidade universitária da UFRJ e unidades/instituições parceiras. Esse laboratório é uma colaboração interinstitucional da Unidade de Problemas Relacionados ao Álcool e outras Drogas (UNIPRAD-HESFA) com a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e a Divisão de Educação e Promoção de Saúde da Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador (DEPS-CPST).

Feito parceria com o Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo (NETT) vinculado ao Instituto de Doenças do Tórax do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, para a realização da Intervenção Breve após o término dos grupos de tabagismo naqueles com consumo de risco, nocivo e provável dependência. Novas propostas estão sendo construídas como a verificação da redução do consumo de álcool associada à cessação do hábito de fumar.

6.3 A DIFUSÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A TEMÁTICA

A participação em congressos internacionais como no INEBRIA (*Internacional Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs*) em suas edições 11º, 12º, 13º e 14º (Varsóvia, Atlanta, Suíça e Nova Iorque, respectivamente); e nos nacionais como no Encontro de Enfermagem, Trabalho e Saúde do Trabalhador nas edições XVII, XIX e XX.

A publicação de dois artigos, ambos em 2014, sobre a Prevalência de alcoolismo no perfil das aposentadorias por invalidez dentre os trabalhadores de uma universidade federal, publicada na Revista Acta Paulista de Enfermagem – Qualis A2 e Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico – Qualis A1.

Como resultado da tese, encontram-se em fase de submissão, um artigo para a Revista Latino-Americana em Enfermagem com o título de “Intervenção Breve no padrão de consumo de álcool entre trabalhadores de universidade pública”.

6.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações devem ser consideradas neste estudo: o extenso período de tempo utilizado para a coleta de dados em decorrência do recesso da Universidade, na ocorrência de paralisações e das greves. Isto motivou a pesquisadora a optar apenas pela janela de três meses de avaliação após a Intervenção Breve, por decurso de prazo no sentido de atender a agenda para o fim do Doutorado.

A dificuldade dessa clientela no retorno após os três meses da avaliação inicial, seja pela dificuldade de contato por telefone seja por e-mail. Muitas vezes, mesmo agendados, não compareciam à consulta e, gerando assim um n amostral pequeno.

Ademais, os servidores foram entrevistados na Coordenação de Saúde do Trabalhador de uma universidade, apesar de ser mantido o anonimato dos participantes na pesquisa, possibilitando interferências na fidedignidade das respostas obtidas, devido ao receio dos trabalhadores de que os resultados interferissem nas decisões das licenças e das perícias 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.

A dificuldade em acompanhar os servidores que foram encaminhados para o serviço especializado e o retorno ao serviço para fazer o monitoramento por meio de um sistema de referência e contrarreferência e a falta de um acordo de cooperação técnica entre os serviços.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A.M.M. et al. Perfil do consumo de substâncias psicoativas e sua relação com as características sociodemográficas: uma contribuição para intervenção breve na atenção primária à saúde, Rio de Janeiro, Brasil. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 4, p. e1450015, 2016.
- ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. (Orgs.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- ALIANE, P.P.; LOURENÇO, L.M.; RONZANI, T.M. Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. **Psicol. Est.**, Maringá, v.11, n. 1, p. 83-88, 2006.
- ALLEN, E. et al. The efficacy of a brief intervention in reducing hazardous drinking in working age men in Russia: the HIM (Health for Izhevsk men) individually randomised parallel group exploratory trial. **Trials**, 2011, v. 12, p. 238, 2011.
- AMARAL, R.A.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP) - campus capital. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 156-163, 2004.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. DSM IV – **Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - DSM-IV**. São Paulo: Artmed, 2014. Disponível em: <<http://www.ead.cesumar.br/moodle2009/lib/ead/arquivosApostilas/1440.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2017.
- BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C.; SAUNDERS, J. B.; MONTEIRO, G.M.. Teste de Identificação de Problemas relacionados ao uso de álcool. Roteiro para o uso em Atenção Básica: Organização Mundial de Saúde, 2001(a).
- BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. Intervenções Breves: para o consumo de risco e nocivo de bebidas alcólicas. Guia para utilização em Cuidados Primários da saúde: Organização Mundial de Saúde, 2001(b).
- BASTOS, F.I. et al. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, Supl. 1, p. 109-117, 2008.
- BATISTA, I.R.; REIS, M.A. Farmacologia das substâncias psicoativas. In: DIEHL, A. et al. **Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BAUMANN, S. et al. Who benefits from computer-based brief alcohol intervention? Day-to-day drinking patterns as a moderator of intervention efficacy. **Drug Alcohol Depend.**, v. 175, n. 1, p. 119-126, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.040>. Acesso em: 26 jun. 2017.

BÍBLIA, A.T. **Gênesis**. Bíblia sagrada: contendo o antigo e o novo testamento. Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil, 1966.

BISCHOF, G. et al. Alcohol screening in general practices using the AUDIT: how many response categories are necessary? **Eur. Addict. Res.**, v. 13, n. 1, p. 25-30, 2007.

BRADLEY, K.A. et al. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. **Alcohol. Clin. Exp. Res.**, v. 31, n. 7, p. 1208-1217, 2007.

BRANCO, A.B. et al. Alcoolismo como fator de incapacidade para o trabalho: prevalência de benefício auxílio doença no Brasil, 2007. **Comun. Cienc. Saúde**, v. 20, n. 2, p.123-133, 2009.

BRASIL. Decreto nº 6117 de 22 de maio de 2007. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 maio 2007: Seção 1, p. 5.

BRASIL. Decreto nº 6833, de 29 de abril de 2009. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 30 abr. 2009: Seção 2, p.19.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Publicado em 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv911110.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2016.

BRASIL. Lei nº 11.705 de 19 de junho de 2008. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 2008: Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012(a). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 2012: Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012(b). Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2012b: Seção 1, p. 46-51.

BRASIL. Lei nº 13.241, de 30 de dezembro de 2015. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2015: Seção 1, Edição Extra, p. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde do trabalhador**. Brasília, DF: MS, 2004(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2004(b): Seção 3, p.199.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, DF, 2003. (**Série B. Textos Básicos de Saúde**).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria Normativa nº 3 de 25 de março de 2013(a). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 mar. 2013: Seção 1, p.77.

BRASIL. Resolução CONTRAN nº 432, de 23 de janeiro de 2013(b). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 2013.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, DF, 2005.

BRITES, R.M.R.; ABREU, A.M.M. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 93-99, 2014.

BRITES, R.M.R.; ABREU, A.M.M.; PINTO, J.E.S.S. Prevalência de alcoolismo no perfil das aposentadorias por invalidez dentre trabalhadores de uma universidade federal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 373-380, 2014.

CARDOSO, L.G.V.; MELO, A.P.S; CESAR, C.C. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 809-820, 2015.

CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001.** São Paulo: CEBRID/Universidade Federal do Estado de São Paulo, 2002.

CARLINI, E.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/Universidade Federal do Estado de São Paulo. **Páginas e Letras**, São Paulo, p. 1-472, 2007. 2007.

CARLINI, EA. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Arq. Med. ABC.**, Supl. 2, p. 4-7, 2006.

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

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Planning and implementing screening and brief intervention for risky alcohol use: a step-by-step guide for primary care practices.** Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2014.

CUNHA, J.B.; BLANK, V.L.G.; BOING, A.F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 226-362, 2009.

DEL RIO SZUPSZYNSKI, K.P.; OLIVEIRA, M.S. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 13, n. 1, p. 31-39, 2008.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C; LARANJEIRA, R. **Tratamento farmacológico para dependência química.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

EDVARDBSEN, H.M.E. et al. Use of alcohol and drugs by employees in selected business areas in Norway: a study using oral fluid testing and questionnaires. **J. Occup. Med. Toxicol.**, v. 10, p. 46, 2015.

FERREIRA, L.N. et al. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1473-1486, 2011.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. [Recurso eletrônico]. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FLEMING, M.F. Screening and brief intervention in primary care settings. Screening and brief intervention Part II - A focus on specific settings. **Alcohol Res. Health**, v. 28, n. 2, p. 57-62, 2005.

FONSECA, F.F. Conhecimentos e opiniões dos trabalhadores sobre o uso e abuso de álcool. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 599-604, 2007.

FORMIGONI, M.L.O.S (Coord. 7a ed). Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Módulo 4: Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas*. **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, 2014a.

FORMIGONI, M.L.O.S (Coord. 7a ed). Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Módulo 3: Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas*. **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, 2014b.

FRONE, M.R. Work stress and alcohol use. **Alcohol Res. Health**, v. 23, n. 4, p. 284-291, 1999.

FUNAI, A.; PILLON, S.C. Uso de bebidas alcoólicas e aspectos religiosos em estudantes de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.[Internet]**, v. 13, n. 1, p. 24-29, 2011. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8729>

G Aidzinski, R.R.; et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005. p. 125-37.

GARCIA, L.P.; FREITAS, L.R.S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p 227-237, 2015.

GAVIN, R.S. et al. Association between depression, stress, anxiety and alcohol use among civ servants. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 2-9, 2015.

GONÇALVES, A.M.S. et al. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 13, n. 2, p. 355-360, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10502>>

HENRIQUE, I.F.S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

HERMANSSON, U. et al. Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1-year randomized controlled study. **Alcohol Alcohol.**, v. 45, n. 3, p. 8252-257, 2010.

HONG, J.W.; NOH, J.H.; KIM, D.J. The prevalence of and factors associated with high-risk alcohol consumption in Korean adults: The 2009–2011 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. **PLoS One**, v. 12, n. 4, p. e0175299, 2017.

ITO, C. et al. Brief intervention in the workplace for heavy drinkers: a randomized clinical trial in Japan. **Alcohol Alcohol.**, v. 50, n. 2, p. 157-163, 2015.

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

KHADJESARI, Z. et al. Health on the web: randomised controlled trial of online screening and brief alcohol intervention delivered in a workplace setting. **PLoS One**, v. 9, n. 11, p. e112553, 2014.

LARANJEIRA, R. (Org). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012.** São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD) / UNIAD / UNIFESP, 2014.

LIM, S.S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2224-2260, 2012.

LIMA, J.M.B. **Alcoologia** - o alcoolismo na perspectiva da saúde pública. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

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

LUNDIN, A. et al. Effect of screening and advising on alcohol habits in Sweden: a repeated population survey following nationwide implementation of screening and brief intervention. **Alcohol Alcohol.**, v. 52 n. 2, p. 190-196, 2017.

MABUCHI, A.S. et al. Uso de bebidas alcoólicas por trabalhadores do serviço de coleta de lixo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 446-452, 2007.

MALTA, D.C. et al. Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 128-137, 2012.

MARQUES, A.C.P.R.; FURTADO, E.F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl 1, p. 28-32, 2004.

MASUR J, MONTEIRO MG. Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Braz J Med Biol Res.** v. 16, n. 3, p. 215-218, 1983.

MATUTE, R.C; PILLON, S.C. Uso de bebidas alcoólicas em estudantes de enfermagem em Honduras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. spe., 2008.

MCKNIGHT-EILY, L.R. et al. Screening for excessive alcohol use and brief counseling of adults — 17 states and the District of Columbia, 2014. **MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, v. 66, n. 12, p. 313-319, 2017.

MCPHERSON T.L. et al. Telephonic screening and brief intervention for alcohol misuse among workers contacting the employee assistance program: A feasibility study. **Drug Alcohol Rev.**, v. 29, n. 6, p. 641-646, 2010.

MEDEIROS, S.M.; ROCHA, S.M.M. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Cien. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 399-409, 2004.

MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. 2. ed, 2 v. São Paulo: Atheneu, 2005.

MENESES-GAYA, C. **Estudo de validação de instrumentos de rastreamento para transtornos depressivos, abuso e dependência de álcool e tabaco.** [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2011.

MICHELI, D. et al. (Coord. 3a. ed.). Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Módulo 3: Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos padronizados. **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, 2014.

MILLER, W.R., ZWEBEN, A., DICLEMENTE, C.C., RYCHTARIK, R.G. Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. **Project MATCH Monograph Series, Rockville MD: NIAAA**, v.2, 1992.

MINTO, E.C. et al. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n. 3, p. 207-220, 2007.

MONTEIRO, M.G. **Alcohol y atención primaria de la salud**: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2008.

MONTEIRO, M.G. Políticas públicas para prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 171-174, 2016.

MORAES, C.L.; VIELLAS, E.F., REICHENHEIM, M.E. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 66, n. 2, p. 165-173, 2005.

MOYER, A.; FINNEY, J.W. Brief interventions for alcohol problems: factors that facilitate implementation. Screening and brief intervention. Part I - A focus on specific settings. **Alcohol Res. Health**, v. 28, n. 1, p. 44-50, 2004/2005.

MURRAY E. et al. Health on the web: randomised trial of work-based online screening and brief intervention for hazardous and harmful drinking. **BMC Public Health**, v. 13, p. 505, 2013.

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

OENNING, N.S.X.; CARVALHO, F.M.; LIMA, V.M.C. Indicadores de absenteísmo e diagnósticos associados às licenças médicas de trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 150-158, 2012.

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

Disponível em: http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_problemas.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID-10**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>> Acesso em: 24 maio 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório global sobre álcool e saúde**. Genebra, OMS, 2014. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>> Acesso em: 24 maio 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol**. Genebra, OMS, 2010(a). Disponível em: <http://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/es>. Acesso em: 21 fev. 2011.

OSILLA, K.C. et al. Exploring productivity outcomes from a brief intervention for at-risk drinking in an employee assistance program. **Addict. Behav.**, v.35, n. 3, p. 194-200, 2010.

PASCHOALIN, H.C. **Presente no trabalho, mesmo doente**: o presenteísmo na Enfermagem. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2012.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2000.

PEREIRA, M.O. et al. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 420-428, 2013.

PILLON SC. Atitudes dos enfermeiros com relação ao alcoolismo: uma avaliação de Conhecimentos. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 7, n. 3, p. 303-307, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_07.htm>. Acesso em: 18 jul. 2016.

PLATT, L. et al. How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and metaregression analysis. **BMJ Open**, v. 6, n. 8, p. e011473, 2016.

PRIMO, G.M.G.; PINHEIRO, T.M.M.; SAKURAI, E. Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1/2 supl 4, p. S260-S268, 2007.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C.; NORCROSS, J.C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **Am. Psychol.**, v. 47, n. 9, p. 1102-1114, 1992.

QUEIROZ, N.R.; PORTELLA, L.F.; ABREU, A.M.M. Associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco e a religiosidade. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 546-552, 2015.

RAIMUNDO, M.F.R.A. et al. Consumo de álcool no padrão binge e suas consequências em usuários de drogas em tratamento. **Rev Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 18, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/36833>> Acesso em: 18 jul. 2016.

REISDOFER, E. **Prevalência e fatores associados ao uso problemático de álcool entre adultos**: um estudo de base populacional em Florianópolis – Santa Catarina. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.R.; BUTLER, C.C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde**: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RONZANI, T.M. et al. Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 12, n. 3, p. 285-290, 2007.

RONZANI, T.M. et al. 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 852-861, 2005.

RUBIATTI, A.M.M. **Alcoolismo**: estudo epidemiológico no município de Araraquara (SP). [Tese de Doutorado]. Araraquara, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, 2008.

SANTOS, C.M.C.; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet: Saúde no Brasil**, v. 4, p. 61-74, 2011.

SELIGMANN SILVA, E. Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO TRABALHO, 2., 2006, Goiânia, Brasil. **Anais**. Disponível em: <https://feapsico2012.files.wordpress.com/2015/04/edith_seligmann_silva.pdf> Acesso em: 25 fev. 2011.

SELIGMANN SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2. ed., 2 v., Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

SELZER, M.L. The Michigan Alcoholism Screening Test: The Quest for a New Diagnostic Instrument. **American Journal of Psychiatry**, 127:12, 1653-1658, 1971.

SIGNOR, L. et al. Efficacy of the telephone-based Brief Motivational Intervention for alcohol problems in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 254-261, 2013.

SILVA JÚNIOR, J.S. **Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social**. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012.

SILVA-JUNIOR, J.S.; FISCHER, F.M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 18, n. 4, p. 735-744, 2015.

SILVA, S.E.D. et al. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 699-705, 2007.

STETLER, C.B. et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Appl Nurs Res.**, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

THAVORNCHAROENSAP, M. et al. The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. **BMC Public Health**, v. 10, p. 323, 2010.

TINGHÖG, M.E.; TINGHÖG, P. Preventing alcohol problems and improving drinking habits among employees: an evaluation of alcohol education. **Work**, v. 53, n. 2, p. 421-428, 2016.

TSAI YF, et al. Facilitators and barriers to intervening for problem alcohol use. **J. Adv. Nurs.**, v. 66, n. 7, p. 1459-1468, 2010.

UMANN, J.; GUIDO, L.A.; GRAZZIANO, E.S. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 159-166, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Pró-Reitoria de Pessoal - PR-4. Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador. **Caderno de Saúde do Servidor**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2012. Impresso.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Documento técnico contendo o relatório preliminar com análise descritiva dos servidores licenciados para tratamento da própria saúde da **Universidade Federal do Rio de Janeiro**, 2015. Rio de Janeiro: UFRJ, 2017, 1ª ed.

VAISSMAN, M. (Coord.). **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

VALENCIA, J.E.; GÓMEZ, A.P. **Ausentismo laboral y su relación con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas**. Inter-American Drug Abuse Control Commission, 2005. Disponível em: <https://www.academia.edu/14635833/AUSENTISMO_LABORAL_Y_SU_RELACION_CON_EL_CONSUMO_de_alcohol_y_otras_SUSTANCIAS_PSIKOACTIVAS>. Acesso em: 14 fev. 2011.

VAZ-SERRA, A.S.; LIMA, M.M.V. O uso do "Michigan Alcoholism Screening Test" como instrumento discriminador entre grupos de alcoólicos e de não-alcoólicos. *Coimbra Médica*, v. 20, p. 39–56, 1973.

VIDEBECK, S.L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

WASHTON, A.M.; ZWEBEN, J.E. **Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

WATSON, H. et al. **Reducing alcohol-related harm in the workplace: a feasibility study of screening and brief interventions for hazardous drinkers**. Executive Summary. Alcohol Education and Research Council, 2009. Disponível em: <http://alcoholresearchuk.org/downloads/finalReports/AERC_FinalReport_0063.pdf> Acesso em: 24 maio 2017.

WATSON, H. et al. Screening and brief intervention delivery in the workplace to reduce the harm related to alcohol: A randomized controlled pilot. *Int. J. Nurs. Stud.*, v. 52, n. 1, p. 39-48, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ASSIST Working Group. The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* v. 97, n. 9, p. 1183-1194, 2002. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health**. Genebra, WHO, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf> Acesso em: 24 maio 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health**. Genebra, WHO, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1 Acesso em: 5 jun. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Reducing risks promoting healthy life. The World Health Report 2002**. Genebra, WHO, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2002/en>>. Acesso em: 24 maio 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The involvement of nurses and midwives in screening and brief interventions for hazardous and harmful use of alcohol**

and other psychoactive substances. Geneva, WHO/HRH/HPN/10-6, 2010(b).

Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.6_eng.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FOLHETO DE BEBER DE BAIXO RISCO

Você deveria parar de beber se

- Tentou diminuir o consumo antes, mas não conseguiu.
- Sofre de tremores das mãos pela manhã quando bebe muito.
- Tem pressão alta, doença no fígado ou em caso de gravidez.
- Está tomando remédios que reagem com o álcool.

Não se deve beber se:

- Quando operando máquinas, dirigindo veículos, portando armas, ou quando se é responsável pela segurança de outros;

Se há alguma condição médica em que beber é contra-indicado (doença do fígado, do estômago, do pâncreas, diabetes, cardiopatia, epilepsia, doença mental, dependência ao álcool, etc.);

- Após tomar medicações, como sedativos, analgésicos, alguns anti-hipertensivos, e medicações psiquiátricas (sedativos, anti-convulsivantes).

O QUANTO É DEMAIS?

A coisa mais importante é a quantidade de álcool em uma bebida.

Em doses normais, essas bebidas contêm aproximadamente a mesma quantidade de álcool puro.

Considere cada uma como uma dose padrão.

Informe-se melhor com o profissional de saúde

Apoio:



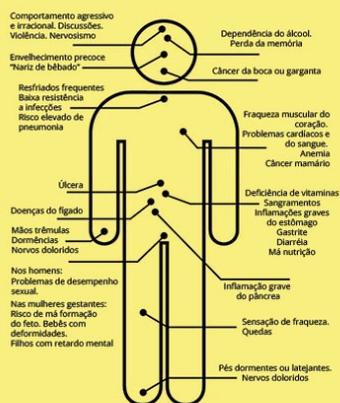
Adaptado de Babor e Higgins Biddle (2001) pela Enfermeira Riany Moura Rocha Brites CPST/UFRJ, sob orientação da Professora Doutora Ângela Mendes Abreu

O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O ÁLCOOL PARA UM CONSUMO DE BAIXO RISCO?



Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador
Pró-Reitoria de Pessoal - UFRJ
Unidade SIASS 50

Consequências do Beber de Alto Risco



O que é uma Dose padrão?



Limite de baixo risco

Deixar de beber ou reduzir o consumo?



Adulto com boa saúde:
Não mais que duas doses por dia ou três doses em uma ocasião na semana.



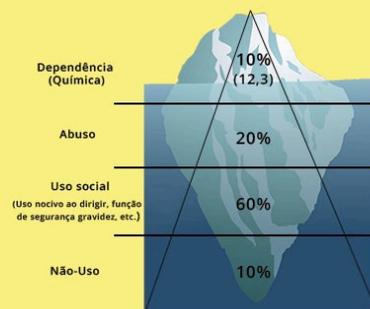
Adulto com boa saúde e não grávida:
Não mais que uma dose por dia ou duas doses em uma ocasião na semana.

IDOSO SAUDÁVEL



Saudável: Não mais que uma dose por dia ou duas doses em uma ocasião por semana. Ficar sem beber pelo menos dois dias na semana; Pessoas que já tiveram problemas com álcool não devem beber nunca.

Pirâmide de Consumo de Bebida Alcoólica



Não esquecer que há situações em que até mesmo uma ou duas bebidas podem ser demais.

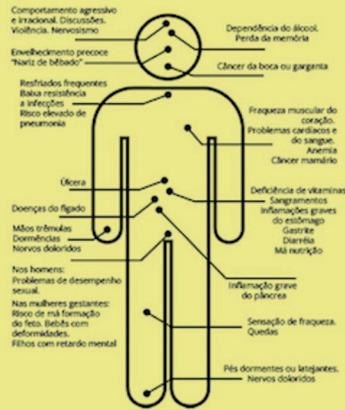
Por exemplo:

- Quando conduzir veículos ou operando máquinas;
- Durante a gravidez ou amamentação;
- Quando tomar certos medicamentos;
- Se apresentar determinados problemas clínicos;
- Se não conseguir controlar o consumo quando bebe.

APÊNDICE B – BANNER INFORMATIVO SOBRE PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL

PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Consequências do Beber de Alto Risco



O que é uma Dose padrão?



Limite de baixo risco



Adulto com boa saúde:
Não mais que duas doses por dia ou três por semana.

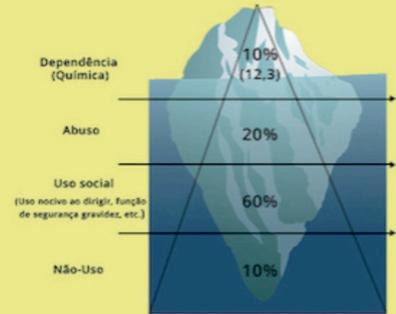


Adulta com boa saúde e não grávida:
Não mais que uma dose por dia ou duas doses em uma ocasião por semana.



Saudável: Não mais que uma dose por dia ou duas doses em uma ocasião por semana.

Pirâmide de Consumo de Bebida Alcoólica



Ficar sem beber pelo menos dois dias por semana. Pessoas que já tiveram problemas com álcool não devem beber nunca.

Por exemplo:

- Quando conduzir veículos ou operando máquinas;
- Durante a gravidez ou amamentação;
- Quando tomar certos medicamentos;
- Se apresentar determinados problemas clínicos;
- Se não conseguir controlar o consumo quando bebe.



Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador
Pró Reitoria de Pessoal - UFRJ
Unidade SIASS 50



APÊNDICE C – PLANO DE MUDANÇA DE HÁBITO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
 CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
PLANO DE MUDANÇA DE HÁBITO

1. Identificação do questionário 1.1. Questionário ___ 1.2. Data da entrevista ___/___/___

2. O quanto é importante para você mudar o seu hábito de beber?

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Quais serão os benefícios se diminuir o consumo de álcool?

Por favor, escolha três boas razões para diminuir seu uso de álcool, criando seu plano para mudar de hábitos.

3.1 - () Eu vou dormir melhor	3.14 - () Vou viver uma vida mais saudável
3.2 - () Vou ser mais feliz	3.15 - () meus relacionamentos vão melhor
3.3 - () Eu vou economizar dinheiro	3.16 - () Vou reduzir as chances de ter complicações de saúde
3.4 - () Há uma grande chance de que eu envelhecerei sem nenhum danos prematuro no meu cérebro	3.17 - () Vou cuidar melhor da minha família
3.5 - () Terei menos chances de me sentir deprimido (a)	3.18 - () Vou reduzir as chances de acidente de trabalho
3.6 - () As outras pessoas vão me respeitar	3.19 - () Vou ter mais controle sobre minha vida
3.7 - () Vou melhorar meu relacionamento com a minha família e amigos	3.20 - () Vou desempenhar melhor o meu trabalho
3.8 - () Terei mais fácil emagrecer, já que as bebidas alcoólicas contêm muitas calorias	3.21 - () Terei menos probabilidade de morrer por causa de um problema no coração ou câncer
3.9 - () Vou ficar mais jovem por mais tempo	3.22 - () Vou conquistar mais pessoas na minha vida
3.10 - () A probabilidade de eu morrer em um incêndio ou afogado diminuem bastante	3.23 - () Terei menos chances de ter problema com a polícia
3.11 - () As possibilidades de eu morrer devido algum problema no fígado serão drasticamente diminuídas	3.24 - () Terei menos probabilidade de morrer em um acidente de carro
3.12 - () Desempenho sexual irá melhorar	3.25 - () As chances de uma mulher ter uma gravidez indesejada irá diminuir
3.13 - () As Chances de eu causar algum dano ao meu feto serão bem menores	
3.26 - () Outros:	
3.26.1 _____	
3.26.2 _____	
3.26.3 _____	

4. Verificando situações problemáticas - A sua vontade de beber pode mudar de acordo com seu humor, com as pessoas com quem você está ou com algumas situações específicas.

Você acredita que algumas das situações abaixo podem fazer com que você tenha vontade de beber?

4.1 - () Festas, churrascos, aniversários, festas de fim de ano, etc
4.2 - () Fim de semana
4.3 - () Encontro de amigos
4.4 - () Quando meu marido ou esposa/amigos está(estão) bebendo perto de mim
4.5 - () Quando me sinto chateada(o) ou deprimida(o)
4.6 - () Quando me sinto sozinha(o)
4.7 - () Quando quero me divertir
4.8 - () Quando companheiro(a)/marido/esposa ou algum amigo insiste
4.9 - () Quando as pessoas riem e dizem que não vou conseguir
4.10 - () Eu tentei uma estratégia que não deu certo
4.11 - () Quando discuto com companheiro(a)/marido/esposa ou filhos
4.12 - () outras:
4.12.1 _____
4.12.2 _____
4.12.3 _____

5. Pensando em alternativas para lidar com as situações problemáticas

Dentre a lista abaixo, alguma(s) das opções pode(m) ajudá-la a lidar com as situações problemáticas?

5.1 - () Comer alguma coisa saudável
5.2 - () Conversar com parentes ou amigos
5.3 - () Dançar
5.4 - () Brincar com as crianças
5.5 - () Fazer algo que gosta como ouvir música, tomar banho, costurar, ler uma revista, etc
5.6 - () jogar algum jogo
5.7 - () Beber bebidas não alcoólicas
5.8 - () Dizer às pessoas que está seguindo recomendações de um profissional de saúde para não beber
5.9 - () outras:
5.9.1 _____
5.9.2 _____
5.9.3 _____

6. Meios de conhecer outras pessoas que não bebem ou que bebem dentro dos limites de baixo risco.

6.1 _____

6.2 _____

6.3 _____

7. Meios de tentar evitar o tédio

7.1 _____

7.2 _____

7.3 _____

8. Como se lembrar do plano

8.1 _____

8.2 _____

APÊNDICE D – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

69



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
Carta de autorização institucional



Prezado Coordenador

Venho por meio desta, solicitar autorização para utilizar o banco de dados do Caderno de Saúde do Servidor do Serviço de Saúde do Trabalhador da Universidade para o projeto de pesquisa intitulado “Intervenção Breve na redução do padrão de consumo de risco e nocivo de álcool dos trabalhadores de um centro universitário”, realizado pela doutoranda 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 Doutorado em Enfermagem, orientado pela Profª Drª Ângela Maria Mendes de Abreu. Os objetivos deste estudo são: Estimar a frequência de trabalhadores docentes e não docentes com o consumo de risco e nocivo de álcool de um centro universitário e avaliar o efeito da Intervenção Breve na redução do consumo de risco e nocivo de álcool entre trabalhadores docentes e não docentes de um centro universitário. Os dados serão utilizados e analisados no próprio serviço de saúde do trabalhador.

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.rb@gmail.com ou angelabreu@globo.com.

Assinado este documento, autorizo a realização da pesquisa nessa instituição nos meses de Agosto de 2015 a agosto de 2016
Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2015.



Eduardo Oliveira dos Santos
Coordenador
Matrícula: 100.000.000.000

Eduardo Oliveira dos Santos

Coordenador da Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador - CPST

ANEXOS

ANEXO A – CADERNO DE SAÚDE DO SERVIDOR



Universidade Federal do Rio de Janeiro
 Pró-Reitoria de Pessoal - PR4
 Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador - CPST
 Unidade de Referência SIASS - 50
 Unidade de Inovação Social em Saúde do Trabalhador - UNISST



Caderno de Saúde do Servidor

Este trabalho foi elaborado pelo Comitê Técnico-Acadêmico em Saúde do Trabalhador formado por representantes das seguintes unidades acadêmicas e administrativas:





UFRJ

Carlos Antônio Levi da Conceição
Reitor

Antônio José Ledo de A. da Cunha
Vice-reitor

Roberto Antônio Gambine Moreira
Pró-reitor de Pessoal

Agnaldo Fernandes Silva
Superintendente de Pessoal

Eduardo Oliveira dos Santos
Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador

Larissa Baruque Pereira
Subcoordenação Institucional

Celeste Nadja Leal Brito
Subcoordenação Técnica

Rosemarie Galvão Portella de Merino
Subcoordenação Administrativa

Alexandre Schreiner Ramos da Silva
Seção de Educação e Promoção em Saúde

Raquel Maria Galdino de Souza
Seção de Saúde e Segurança no Trabalho

Luiz Otávio Zahar
Seção de Perícia Médica

Mário Castro A. Perez | Regina Célia G. Zeitoune | Riany Moura Rocha Brites
Responsáveis Técnicos pela elaboração do Caderno de Saúde

Este caderno tem por objetivo traçar o perfil de saúde dos servidores da UFRJ, visando à implementação de ações de promoção da saúde, prevenção de adoecimentos e de intervenções no ambiente de trabalho.

A. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

SIAPE: _____

A1- Data do preenchimento: __/__/__

A2- Data de nascimento: __/__/__

A3- Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

A4- Cor: 1 Amarela 2 Branca 3 Indígena 4 Parda 5 Preta/Negra

A5- Lateralidade: 1 Destro 2 Canhoto 3 Ambidestro

A6- Grau de escolaridade (maior titulação):

- | | |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> Nenhum | 6 <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto |
| 1 <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto | 7 <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo |
| 2 <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo | 8 <input type="checkbox"/> Pós-graduação incompleto |
| 3 <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto/Curso Técnico Incompleto | 9 <input type="checkbox"/> Pós-graduação completo |
| 4 <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo/Curso Técnico completo | |

A7- Estado civil atual:

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> casado(a) ou vive em união | 3 <input type="checkbox"/> viúvo(a) |
| 2 <input type="checkbox"/> separado(a) ou divorciado(a) | 4 <input type="checkbox"/> solteiro(a) (Nunca se casou ou viveu em união) |

A8- Religião

- 1 Afro-brasileira 3 Católica 5 Evangélica 7 Outra: _____
 2 Budista 4 Espírita 6 Judaica 8 Não tem

A9- Renda familiar, sua e de todos que moram com você (aproximadamente): R\$ _____

A10- Número de pessoas que dependem desta renda familiar (incluindo você): _____

A11- Plano de saúde 1 Sim 2 Não → Em caso negativo vá para a **QUESTÃO B1**

A11a - Em caso afirmativo, qual: _____

A12- Tipo de plano

- 1 Hospitalar 3 Hospitalar e Ambulatorial 5 Hospitalar, Ambulatorial e Odontológico
 2 Ambulatorial 4 Odontológico

B. CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS

B1- Ano de Admissão: _____

B2- Profissão/formação: _____

B3- Unidade em que trabalha: _____

B3a- Tempo de serviço na unidade atual: _____

B4- Setor/Seção em que trabalha: _____

B4a- Tempo de serviço no Setor/Seção atual: _____

B5- Cargo: _____

B6- Nível: 1 técnico administrativo apoio 3 técnico administrativo superior
 2 técnico administrativo intermediário 4 docente

B7- Função atual: _____

B7a- Tempo na função atual: _____

B8- Você acredita que há compatibilidade entre seu cargo e função: 1 Sim 2 Não

B9- Horário de trabalho

- 1 horário administrativo (8 às 17 horas)
 2 Plantão diurno
 3 Plantão noturno
 4 Plantão de 24 horas com _____ dias de folga
 5 Outro. Qual? _____

C. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL

C1- De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?

1 Muito Bom 2 Bom 3 Regular 4 Ruim 5 Muito Ruim

C2 - Alguma vez um profissional de saúde lhe informou que você teve ou tem alguma das seguintes doenças?

Marque sim ou não.

	Sim	Não
OSTEOMUSCULAR		
C2.1- Doença na coluna vertebral	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
C2.2 - Doenças ou dores nas articulações.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
C2.3 - Tendinites.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
C2.4 - Síndrome do túnel do carpo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
C2.5- Fraturas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
C2.6- Doenças reumáticas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
C2.7 - Outras doenças músculo-esqueléticas. Especifique:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
CARDIOVASCULAR		
C2.8 - Hipertensão arterial (pressão alta)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
C2.9 - Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
C2.10 - Infarto do miocárdio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
C2.11 - Insuficiência cardíaca	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
C2.12 - Arritmia cardíaca	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
C2.13 - Varizes de membros inferiores	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
C2.14 - Outras doenças cardiovasculares. Especifique: _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

	Sim	Não
L7- Má digestão	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L8- Dificuldade de pensar com clareza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L9- Sentimento de tristeza ultimamente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L10- Choro mais do que de costume	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L11- Dificuldade de realizar suas atividades diárias com satisfação	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L12- Dificuldade em tomar decisões	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L13- Seu trabalho é penoso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L14- Seu trabalho causa sofrimento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L15- Incapacidade de desempenho de papel útil em sua vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L16- Perda de interesse pelas coisas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L17- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L18- Tem tido ideias de acabar com a vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L19- Sensação de cansaço o tempo todo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L20- Sensação desagradável no estômago	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L21- Cansaço com facilidade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

M. AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA TABÁGICA

M1- Você já fumou? 1 Sim 2 Não

M2- Você é fumante? 1 Sim 2 Não → Em caso negativo vá para o GRUPO N

Em caso afirmativo, responda:

M2a – Há quanto tempo você fuma? _____ (anos)

M2b- Logo após acordar, depois de quanto tempo você fuma o 1º cigarro?

1 Dentro de 5 min 2 Entre 6-30 min 3 Entre 31-60 min 4 Após 60 min

M2c- Para você é difícil não fumar em lugares proibidos? 1 Sim 2 Não

M2d- Qual dos cigarros que fuma durante o dia lhe dá mais satisfação? 1 O 1º da manhã 2 Algum dos outros

M2e- Quantos cigarros você fuma por dia? 1 Menos de 10 2 De 11 a 20 3 De 21 a 30
4 De 31 a 40 5 De 41 a 50 6 De 51 a 60 7 Mais de 60

M2f- Você fuma mais frequentemente pela manhã? 1 Sim 2 Não

M2g- Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo? 1 Sim 2 Não

N. AUDIT

O uso de álcool pode afetar sua saúde e pode interferir com algumas medicações e tratamentos. Por isso, é importante que você responda sobre o seu uso de álcool, nos ÚLTIMOS DOZE MESES. Suas respostas permanecerão confidenciais. Por favor, responda com toda a sinceridade. **Coloque um X** no número que melhor descreve sua resposta a cada uma das 10 questões.

N1. Qual o tipo de bebida alcoólica que você consome normalmente?

1 cerveja 2 vinho 3 cachaça 4 vodka 5 whisky 6 outros

N2.Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Nunca	1x por mês ou menos	2x-4x por mês	2x-3x por semana	4 ou mais x por semana
	<input type="checkbox"/>				
N3.Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0 ou 1	2 ou 3	4 ou 5	6 ou 7	8 ou mais
	<input type="checkbox"/>				
N4.Com que frequência você consome CINCO OU MAIS DOSES em uma única ocasião?	Nunca	<1x por mês	Uma vez por mês	1x por semana	Quase todos os dias
	<input type="checkbox"/>				

N5. Quantas vezes ao longo dos ÚLTIMOS DOZE MESES você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca <input type="checkbox"/>	<1x por mês <input type="checkbox"/>	Uma vez por mês <input type="checkbox"/>	1x por semana <input type="checkbox"/>	Quase todos os dias <input type="checkbox"/>
N6. Quantas vezes ao longo dos ÚLTIMOS DOZE MESES você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	Nunca <input type="checkbox"/>	<1x por mês <input type="checkbox"/>	Uma vez por mês <input type="checkbox"/>	1x por semana <input type="checkbox"/>	Quase todos os dias <input type="checkbox"/>
N7. Quantas vezes ao longo dos ÚLTIMOS DOZE MESES você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca <input type="checkbox"/>	<1x por mês <input type="checkbox"/>	Uma vez por mês <input type="checkbox"/>	1x por semana <input type="checkbox"/>	Quase todos os dias <input type="checkbox"/>
N8. Quantas vezes ao longo dos ÚLTIMOS DOZE MESES você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	Nunca <input type="checkbox"/>	<1x por mês <input type="checkbox"/>	Uma vez por mês <input type="checkbox"/>	1x por semana <input type="checkbox"/>	Quase todos os dias <input type="checkbox"/>
N9. Quantas vezes ao longo dos ÚLTIMOS DOZE MESES você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca <input type="checkbox"/>	<1x por mês <input type="checkbox"/>	Uma vez por mês <input type="checkbox"/>	1x por semana <input type="checkbox"/>	Quase todos os dias <input type="checkbox"/>
N10. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não <input type="checkbox"/>		Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/>		Quase todos os dias <input type="checkbox"/>
N11. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não <input type="checkbox"/>		Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/>		Quase todos os dias <input type="checkbox"/>

O. ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

O1 - Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual.

0 Estou incapaz para o trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Estou em minha melhor capacidade para o trabalho
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

O2 - Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo).

- 1 muito boa
2 boa
3 moderada
4 baixa
5 muito baixa

O3 - Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer).

- 1 muito boa
2 boa
3 moderada
4 baixa
5 muito baixa

ANEXO B – CADERNO DE SAÚDE DO SERVIDOR REDUZIDO



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Pró-Reitoria de Pessoal – PR4
Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalhador - CPST
Unidade de Referência SIASS - 50

CADERNO DE SAÚDE DO SERVIDOR

NOME: _____ **IAPE:** _____

A1- Data do atendimento: __/__/____ **A2- Data de nascimento** __/__/____

A3- Sexo: F Feminino Masculino

A4- Cor: Amarela Branca Indígena Parda Preta/Negra

A5- Grau de escolaridade (maior titulação):

0 Nenhum

5 Ensino Superior incompleto

1 Ensino Fundamental incompleto

6 Ensino Superior completo

2 Ensino Fundamental completo

7 Pós-graduação incompleto

3 Ensino Médio incompleto/Curso Téc. Incomp.

8 Pós-graduação completo

4 Ensino Médio completo/Curso Téc. completo

A6- Estado civil atual:

1 casado(a) ou vive em união 3 viúvo(a)

2 separado(a) ou divorciado(a) 4 solteiro(a) (Nunca se casou ou viveu em união)

A7- Religião

1 Afro-brasileira 2 Budista 3 Católica 4 Espírita 5 Evangélica 6 Judaica 7 Outra: _____ 8 Não tem

A8- Renda familiar, sua e de todos que moram com você (aproximadamente): RS _____

A9- Número de pessoas que dependem desta renda familiar (incluindo você): _____

A10- Plano de saúde Sim Não. Em caso negativo vá para a **QUESTÃO B1**

A10a - Em caso afirmativo, qual: _____

A11- Tipo de plano

1 Hospitalar 2 Ambulatorial 3 Hospitalar e Ambulatorial 4 Odontológico 5 Hospitalar, Ambulatorial e Odontológico

B. CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS

B1- Ano de Admissão: _____

B6- Nível: técnico administrativo apoio

B2- Profissão/formação:

2 técnico administrativo intermediário

B3- Unidade em que trabalha:

3 técnico administrativo superior

B3a- Tempo de serviço na unidade atual: _____

4 docente

B7: Função atual: _____

B7a- Tempo na função atual: _____

B4- Setor/Seção em que trabalha

B8- Você acredita que há compatibilidade entre seu

B4a- Tempo de serviço no Setor/Seção atual: _____

cargo e função: Sim Não

B9- Horário de trabalho

B5- Cargo:

1 horário administrativo (8 às 17 horas)

2 Plantão diurno

3 Plantão noturno

4 Plantão de 24 horas com _____ dias de folga

5 Outro. Qual? _____

C. AUDIT

O uso de álcool pode afetar sua saúde e pode interferir com algumas medicações e tratamentos. Por isso é importante que você responda sobre o seu uso de álcool, nos **ÚLTIMOS DOZE MESES**. Suas respostas permanecerão confidenciais. Por favor, responda com toda a sinceridade. **Coloque um X no número** que melhor descreve sua resposta a cada uma das 10 questões.

C1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Nunca <input type="checkbox"/> 0 (vá para questões E10 e E11)	1x por mês ou menos <input type="checkbox"/> 1	2-4x por mês <input type="checkbox"/> 2	2-3x por semana <input type="checkbox"/> 3	4 ou mais x por semana <input type="checkbox"/> 4	
C2. Qual o tipo de bebida alcoólica que você consome normalmente?	1 <input type="checkbox"/> cerveja	2 <input type="checkbox"/> vinho	3 <input type="checkbox"/> cachaça	4 <input type="checkbox"/> vodka	5 <input type="checkbox"/> whisky	6 <input type="checkbox"/> outros
C3. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0 ou 1 <input type="checkbox"/> 0	2 ou 3 <input type="checkbox"/> 1	4 ou 5 <input type="checkbox"/> 2	6 ou 7 <input type="checkbox"/> 3	8 ou mais <input type="checkbox"/> 4	
(Ir para perguntas E10 e E11 se pontuação total para questões E2 e E3 = 0)						
C4. Com que frequência você consome <i>cinco ou mais doses</i> em uma única ocasião?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	< 1x vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	1x por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4	
C5. Quantas vezes ao longo dos <i>últimos doze meses</i> você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	< 1x vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	1x por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4	
C6. Quantas vezes ao longo dos <i>últimos doze meses</i> você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	< 1x vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	1x por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4	
C7. Quantas vezes ao longo dos <i>últimos doze meses</i> você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	< 1x vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	1x por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4	
C8. Quantas vezes ao longo dos <i>últimos doze meses</i> você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	< 1x vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	1x por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4	
C9. Quantas vezes ao longo dos <i>últimos doze meses</i> você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	< 1x vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	1x por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4	
C10. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não <input type="checkbox"/> 0		Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/> 2		Sim, durante o último ano <input type="checkbox"/> 4	
E11. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não <input type="checkbox"/> 0		Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/> 2		Sim, durante o último ano <input type="checkbox"/> 4	
Resultado do AUDIT: _____						

Uma dose padrão é



1 copo de cerveja ou tulipa de chope
12 g de álcool por 350 ml



1 taça de vinho
12 g de álcool por 140 ml



1 dose de destilados (pinga, conhaque, uísque, etc)
12 g de álcool por 40 ml

C. AUDIT

O uso de álcool pode afetar sua saúde e pode interferir com algumas medicações e tratamentos. Por isso é importante que você responda sobre o seu uso de álcool, nos **ÚLTIMOS TRÊS MESES**. Suas respostas permanecerão confidenciais. Por favor, responda com toda a sinceridade. **Coloque um X no número** que melhor descreve sua resposta a cada uma das 10 questões.

C1.Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Nunca <input type="checkbox"/> 0 (vá para questões C10 e C11)	1x por mês ou menos <input type="checkbox"/> 1	2-4x por mês <input type="checkbox"/> 2	2-3x por semana <input type="checkbox"/> 3	4 ou mais x por semana <input type="checkbox"/> 4	
C2. Qual o tipo de bebida alcoólica que você consome normalmente?	1 <input type="checkbox"/> cerveja	2 <input type="checkbox"/> vinho	3 <input type="checkbox"/> cachaça	4 <input type="checkbox"/> vodka	5 <input type="checkbox"/> whisky	6 <input type="checkbox"/> outros
C3.Quantas doses* de álcool você consome num dia normal?	0 ou 1 <input type="checkbox"/> 0	2 ou 3 <input type="checkbox"/> 1	4 ou 5 <input type="checkbox"/> 2	6 ou 7 <input type="checkbox"/> 3	8 ou mais <input type="checkbox"/> 4	
(Ir para perguntas C10 e C11 se pontuação total para questões C2 e C3 = 0) * Veja no quadro abaixo o que é dose padrão?						
C4.Com que frequência você consome <i>cinco ou mais doses*</i> em uma única ocasião?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	< 1x vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	1x por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4	
C5.Quantas vezes ao longo dos <i>últimos três meses</i> você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	< 1x vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	1x por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4	
C6.Quantas vezes ao longo dos <i>últimos três meses</i> você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	< 1x vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	1x por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4	
C7.Quantas vezes ao longo dos <i>últimos três meses</i> você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	< 1x vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	1x por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4	
C8.Quantas vezes ao longo dos <i>últimos três meses</i> você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	< 1x vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	1x por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4	
C9.Quantas vezes ao longo dos <i>últimos três meses</i> você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	< 1x vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	1x por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4	
C10.Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não <input type="checkbox"/> 0		Sim, mas não nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/> 2		Sim, durante os últimos 3 meses <input type="checkbox"/> 4	
C11.Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não <input type="checkbox"/> 0		Sim, mas não nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/> 2		Sim, durante os últimos 3 meses <input type="checkbox"/> 4	
Resultado do AUDIT: _____						

Uma dose padrão é



1 copo de cerveja ou tulipa de chope
12 g de álcool por 350 ml



1 taça de vinho
12 g de álcool por 140 ml



1 dose de destilados (pinga, conhaque, uísque, etc)
12 g de álcool por 40 ml

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO BREVE NA REDUÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL ENTRE TRABALHADORES DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: RIANY MOURA ROCHA BRITES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48181915.1.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.213.292

Apresentação do Projeto:

O estudo trata da temática do consumo de álcool por trabalhadores docentes e não docentes de um centro universitário a partir de uma problemática que remete à necessidade de viabilizar estratégias, dentro da realidade de cada serviço, para a promoção da saúde e a prevenção de doenças decorrentes do consumo abusivo de álcool.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo: Estimar a frequência de trabalhadores docentes e não docentes com o consumo de risco e nocivo de álcool de um centro universitário e avaliar o efeito da Intervenção Breve na redução do consumo de risco e nocivo de álcool entre trabalhadores docentes e não docentes de um centro universitário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta os riscos da pesquisa, bem como estratégias para sua minimização. Os benefícios estão claros e coerentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisa relevante para a área da Enfermagem. Exequível conforme descrita no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.213.292

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 25 de agosto de 2015. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	CEP_Riany.pdf	29/07/2015 22:25:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoCORRIGIDO.doc	31/08/2015 12:20:47	RIANY MOURA ROCHA BRITES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta.jpg	31/08/2015 12:24:21	RIANY MOURA ROCHA BRITES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.doc	31/08/2015 12:33:35	RIANY MOURA ROCHA BRITES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_482992.pdf	31/08/2015 12:35:39		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.213.292

RIO DE JANEIRO, 03 de Setembro de 2015

Assinado por:
Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeanhesfa@gmail.com

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
 CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “Intervenção Breve na redução do padrão de consumo de risco e nocivo de álcool dos trabalhadores de um centro universitário”, que tem como objetivos: Estimar a frequência de trabalhadores docentes e não docentes com o consumo de risco e nocivo de álcool de um centro universitário e avaliar o efeito da Intervenção Breve na redução do consumo de risco e nocivo de álcool entre trabalhadores docentes e não docentes de um centro universitário.

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. Os riscos da pesquisa para o trabalhador serão emocionais e/ou psicológicos após a intervenção. Caso isso ocorra, o mesmo será encaminhado para o serviço de saúde do trabalhador da universidade. Além de ser uma pesquisa de intervenção com técnica e coletas de dados, identificamos que o estudo envolve algum grau de risco, como constrangimento, que possui como técnica de coleta de dados. Por isso, as entrevistas irão respeitar a privacidade do entrevistado. O benefício será a redução do padrão de consumo de álcool entre os trabalhadores de um centro universitário e aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem do trabalho no aspecto sobre álcool e Intervenção Breve. 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.

Esta pesquisa foi aprovada protocolo _____ 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) 993176469
 e-mail: angelabreu@globocom

 Riany Moura Rocha Brites
 Orientanda
 Cel: (21) 987832212
 e-mail: rianybrites.rb@gmail.com

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: _____