UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MIRIAM LOPES

**Uso de álcool, estresse no trabalho e fatores
associados entre servidores técnicos-
administrativos de uma universidade pública**

RIBEIRÃO PRETO

2011

MIRIAM LOPES

**Uso de álcool, estresse no trabalho e fatores associados
entre servidores técnicos-administrativos de uma
universidade pública**

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato

RIBEIRÃO PRETO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

LOPES, MIRIAM

Uso de álcool, estresse no trabalho e fatores associados entre servidores técnicos-administrativos de uma universidade pública. Ribeirão Preto, 2011.
168 f. il., 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP para a obtenção do título de Mestre – Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador(a): Gherardi-Donato, Edilaine Cristina da Silva.

1. Estudos transversais; 2. Transtorno relacionado ao uso de álcool; 3. Estresse ocupacional; 4. Saúde do trabalhador.

LOPES, Miriam

Uso de álcool, estresse no trabalho e fatores associados entre servidores técnicos-administrativos de uma universidade pública.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Data da Aprovação: ...../...../.....

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais queridos, Olavo e Neíva
por sempre estarem ao meu lado,
pelo apoio, sabedoria e dedicação fornecidos.

À minha irmã, Elisângela,
por sempre ter acreditado nas minhas potencialidades,
compartilhado diversos momentos
e por ter caminhado junto à mim.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, pela vida que me destes e pela maravilhosa família e, ao meu Anjo da Guarda, por me velar e proteger nas minhas viagens de ida e volta à Ribeirão....

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

Obrigada pai e mãe pelas palavras de apoio e compreensão, pelos abraços generosos e por seus colos proporcionados nos momentos difíceis de minha trajetória...

À minha querida irmã, Elisângela, agradeço ao incentivo proporcionado aos meus estudos seja pelo exemplo que me destes, pela ajuda financeira e apoio emocional;

À minha família em geral, tios(as), primos(as). Agradeço pela força, carinho, por cada palavra de incentivo para a conclusão de mais uma etapa da minha jornada, em especial à minha querida prima, Pâmela;

Às minhas amigas Juliana e Renata, que mesmo distantes acompanham minha caminhada e torcem por mim;

À minha amiga e companheira no projeto, Ingrid. Agradeço sua ajuda, compreensão e apoio. Sabemos que não foi fácil concluir este estudo, mas hoje estamos aqui!

À todos os funcionários do campus da USP de Ribeirão Preto que, diretamente e indiretamente, participaram desta pesquisa e contribuíram para a execução da mesma: meus sinceros agradecimentos;

Aos meus amigos do mestrado, da especialização de enfermagem em oncologia, assim como aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem, obrigada pelo apoio, amizade, carinho e por compartilharem experiências e sabedoria;

À Clarissa, Rodrigo e Emilene, agradeço a disponibilidade em me ajudar, seja no aprendizado, no esclarecimento de dúvidas e no companheirismo....inclusive nos momentos de ausência da Edilaine;

À Edilaine, por ter me proporcionado grandiosa oportunidade a fim de realizar mais esta conquista! Agradeço pelo compartilhamento de sabedoria, compreensão fornecida nos momentos necessários e, principalmente, pela confiança depositada. Seu exemplo será a ferramenta que me acompanhará ao longo da trajetória;

À banca examinadora que aceitaram o convite em participar da mesma. As respectivas avaliações e sugestões propostas serão de grande incentivo para a composição de minha sabedoria e crescimento profissional,

Ao CNPq, pela concessão da bolsa de mestrado e à FAPESP pelo apoio financeiro ao projeto.

Há quem diga que
todas as noites são de sonhos.
Mas há também quem garanta que
nem todas, só as de verão.
No fundo, isto não tem muita importância.
O que interessa mesmo
não é a noite em si, são os sonhos.
Sonhos que o homem sonha sempre,
em todos os lugares,
em todas as épocas do ano,
dormindo ou acordado.

William Shakespeare

RESUMO

LOPES, M. **Uso de álcool, estresse no trabalho e fatores associados entre servidores técnicos-administrativos de uma universidade pública**. 2011. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Introdução: O uso problemático de álcool prejudica não só o indivíduo, mas a dimensão familiar, social e o ambiente de trabalho, bem como gera custos à sociedade. O ambiente de trabalho apresenta diversos fatores estressantes, como os relacionados às condições do trabalho e aos fatores psicossociais que são passíveis de influenciar no rendimento, na satisfação laboral e na saúde do trabalhador, os quais favorecem a presença de estresse ocupacional. Além dos riscos ocasionados pelo consumo de álcool no ambiente de trabalho, tais como acidentes ocupacionais e absenteísmo, o uso abusivo de álcool pode servir de estratégia de *coping* para o enfrentamento das situações estressantes no trabalho e, desta forma, aliviar o estresse ocupacional. **Objetivos:** Identificar a prevalência de consumo de álcool e testar sua associação com variáveis sociodemográficas, econômicas, de trabalho e de condições de saúde entre servidores públicos universitários. **Material e Método:** Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo-exploratório, tipo corte transversal do qual participaram 925 servidores técnicos-administrativos de uma universidade pública do interior do Estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de três instrumentos: Questionário de dados sociodemográficos, econômicos e características do trabalho, *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) e *Job Stress Scale* (JSS). Foram realizadas análise descritiva das características da amostra e Odds Ratio (OR) como medida de associação, estimado por meio das análises de regressão logística bivariada e multivariada, sendo utilizado o modelo hierarquizado criado para a entrada das variáveis. Para o controle das variáveis de confusão foram mantidas aquelas com $p \leq 0,20$. Foram consideradas significantes as associações com $p \leq 0,05$. **Resultado:** Maior incidência era do sexo feminino (54,92%), casados (65,84%), com idade média de 43,08 anos, ensino superior completo (50,27%) e renda *per capita* média de R\$1333,18 ($dp=861,00$). O tempo médio de vínculo empregatício foi de 13,5 anos ($dp=10,3$), maioria nas funções de nível médio (52,76%) e maior inadequação da função exercida para o nível de escolaridade (52,97%). A

prevalência do uso problemático de álcool foi de 13,19%, com 27,35% de abstêmios. O consumo excessivo episódico (*binge drinking*) foi de 36,75%, além disso, 5,8% já causaram problemas a si mesmos ou a outros após terem bebido e 6,2% referiram que algum parente, amigo ou médico já se preocupou com seu modo de beber. Fumantes ativos somaram 13,95%. Quanto aos níveis de exposição ao estresse no trabalho, 30,6% dos entrevistados apresentaram baixo desgaste, embora 18,6% apresentaram alto desgaste, o qual configura em estresse ocupacional. Maiores chances de uso problemático de álcool: ser homens (OR=4,51; IC_{95%}: 2,92 – 6,97), fumante (OR = 3,87; IC_{95%}: 2,23 – 6,70) e possuir ensino fundamental (OR=1,8; IC_{95%}: 1,00 – 3,27). Por outro lado, quanto menor o tempo de vínculo com a instituição, menor as chances de uso problemático de álcool. **Conclusão:** Os futuros planos de intervenções como a promoção da saúde e prevenção no ambiente de trabalho, devem considerar as seguintes características de risco: ser homem, fumante e possuir ensino fundamental. As informações deste estudo pode ser uma primeira ação para trabalhos futuros nesta população.

Descritores: Estudos transversais; Transtorno relacionado ao uso de álcool; Estresse ocupacional; Saúde do trabalhador.

SUMMARY

LOPES, M. **Alcohol use, work stress and factors associated among technical administrative staff of a public university.** 2011. 168 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Introduction: The problematic use of alcohol prejudices not only the individual but the family and social dimension, working environment, as well as generate costs to society. The work environment presents several stressful factors, such as those related working condition and psychosocial factors that are likely contributors that influence the performance, satisfaction labor and the worker's health, which provides occupational stressing. Besides risks caused by alcohol use in the workplace, such as occupational accidents and absenteeism, the abuse of alcohol can serve as a coping strategy to face stressful situations at work aiming to relieve the occupational stress. **Objectives:** Identify the prevalence of alcohol consumption and test its association in terms variables with sociodemographics, economics, labor and health condition among public servers of the university. **Material and Methods:** This epidemiological study is descriptive exploratory, cross-sectional where participated 925 administrative technical staff of a public university in the state of Sao Paulo. Data collection was made through application of three instruments: Questionnaire of sociodemographic, economic and job characteristics, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and Job Stress Scale (JSS). It was performed a descriptive analysis of the characteristics of the sample and an odds ratio (OR) as a measure of association, estimated by the analysis of bivariate and multivariate logistic regression, by using the hierarchical model created for input variables. To control of confounding variables were maintained with $p \leq 0.20$. Associations were considered significant at $p \leq 0.05$. **Result:** Increased incidence were female (54.92%), married (65.84%), with average age of 43.08 years, university graduates (50.27%) and average per capita income of R \$ 1,333.18 (sd=861.00). The average length of employment was 13.5 years (sd=10.3), most of the functions of middle level (52.76%) and most inadequate function performed for the level of education (52.97%). The prevalence of problematic alcohol use was 13.19% with 27.35% of abstainers. Excessive consumption episodic (binge drinking) was 36.75%, in addition, 5.8% have already caused problems to themselves or others after drinking

and 6.2% reported that a relative, friend or doctor has already been concerned with their drinking. Active smokers amounted to 13.95%. The levels of exposure to job stress, 30.6% presented low wear, while 18.6% had high wear, which sets in occupational stress. Higher chances of problematic alcohol use: to be men (OR: 4.51; 95% CI: 2.92-6.97), smokers (OR: 3.87; 95% CI: 2.23-6.70) and primary education level (OR: 1.8; 95% CI: 1.00-3.27). On the other hand, as the shorter time working in the institution, lower will be the chances of problematic alcohol use.

Conclusion: For future plans of interventions such as health promotion and prevention in the workplace, it should be considered the following risk characteristics: being male, smoking and primary education level. The information in this study may be a first action for future work in this population.

Descriptors: Cross-sectional studies; Alcohol-related disorders; Occupational stress; Worker's health.

RESUMÉN

LOPES, M. **El consumo de alcohol, el estrés laboral y los factores asociados con el personal técnico administrativo de una universidad pública.** 2011. 168 f. Disertación (Maestría em Enfermería) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2011.

Introducción: El consumo problemático de alcohol afecta no sólo al individuo, sino la dimensión familiar, entorno social y laboral, así como genera costos para la sociedad. En el ambiente de trabajo hay muchos factores estresantes, tales como las condiciones de trabajo y los factores psicosociales que pueden influir en el rendimiento, satisfacción en el trabajo y salud de los trabajadores, que favorecen la presencia de estrés en el trabajo. Además de los riesgos causados por el alcohol en el trabajo, tales como accidentes de trabajo y el absentismo, el abuso de alcohol puede servir como estrategia de afrontamiento (*coping*) frente a las situaciones de estrés en el trabajo y así aliviar el estrés ocupacional. **Objetivos:** Identificar la prevalencia de consumo de alcohol y prueba de su asociación con variables sociodemográficas, económicas, laborales y estado de salud de la Universidad de los servidores públicos. **Material y Métodos:** Estudio epidemiológico descriptivo, exploratorio de corte transversal con la participación de 925 técnicos- administrativos de una universidad pública en el estado de Sao Paulo. La coleta de datos se realizó mediante la aplicación de tres instrumentos: Cuestionario de características sociodemográficas, económicas y de empleo, el consumo de alcohol de Identificación de Trastornos (AUDIT) y la Escala de Estrés Laboral (JSS). Se realizó un análisis descriptivo de las características de la muestra y un *Odds ratio* (OR) como medida de asociación, estimada por el análisis de regresión logística bivariada y multivariada, utilizando el modelo jerárquico creado para las variables de entrada. Para controlar las variables de confusión se llevaron a cabo con $p \leq 0.20$. Asociaciones se consideraron significativos valores de $p \leq 0.05$. **Resultados:** Aumento de la incidencia del sexo femenino (54.92%), casados (65.84%), con una edad media de 43.08 años, los ingresos universitarios (50.27%) y el promedio per cápita de \$ 1,333.18 (SD=861.00). La duración media de empleo fue de 13.5 años (DE=10.3), la mayor parte de las funciones de nivel medio (52.76%) y la función más adecuada para realizar el nivel de educación (52.97%). La prevalencia del consumo problemático de alcohol fue 13.19%, con 27.35% de los abstencionistas. El consumo

excesivo episódico (borrachera) fue 36.75%, además, el 5.8% han causado problemas a sí mismos o a otros después de beber y el 6.2% informó que un familiar, amigo o doctor se ha preocupado con su forma de beber. Los fumadores activos fue del 13.95%. Los niveles de exposición al estrés en el trabajo, el 30.6% presenta un bajo desgaste, mientras que 18.6% tenían al desgaste, lo que pone en estrés laboral. Mayores posibilidades de uso problemático del alcohol: los hombres (OR = 4.51; IC 95%: 2.92 a 6.97), tabaquismo (OR = 3.87; IC 95%: 2.23 a 6.70) y haber educación primaria (OR = 1.8; IC 95%: 1.00 a 3.27). Por otro lado, cuanto menor sea el tiempo de vínculo con la institución, menores serán las posibilidades de uso problemático del alcohol. **Conclusión:** Los planes de futuro de las intervenciones, tales como promoción de la salud y la prevención en el lugar de trabajo, debe considerar las características de riesgo: ser varón, fumar y tener la escuela secundaria. La información contenida en este estudio puede ser una primera acción para el trabajo futuro en esta población.

Descriptores: Estudios transversales; Trastornos relacionados con alcohol; Agotamiento profesional; Salud laboral.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –	ESQUEMA DO MODELO DEMANDA-CONTROLE DE KARASEK.....	70
FIGURA 2 –	MODELO TEÓRICO HIERARQUIZADO.....	81

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DO PADRÃO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS COM BASE EM 4 ZONAS DE CLASSIFICAÇÃO. RIBEIRÃO PRETO – SP, 2010.....	63
TABELA 2 –	PERFIL DA AMOSTRA DE SERVIDORES TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS DO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS (N=925). RIBEIRÃO PRETO - SP, 2010.....	85
TABELA 3 –	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE SERVIDORES TÉCNICOS-ADMINISTRATIVO DO CAMPUS UNIVERSITÁRIO, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO AMBIENTE DE TRABALHO (N=925). RIBEIRÃO PRETO – SP, 2010.....	86
TABELA 4 –	DISTRIBUIÇÃO DO NÍVEL DA FUNÇÃO EXERCIDA EM RELAÇÃO À ESCOLARIDADE DA AMOSTRA DE SERVIDORES TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS DO CAMPUS UNIVERSITÁRIO (N=890). RIBEIRÃO PRETO – SP, 2010.....	87
TABELA 5 –	DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE CADA ITEM DO <i>ALCOHOL USERS DISORDERS IDENTIFICATION TEST – AUDIT</i> (N=925). RIBEIRÃO PRETO – SP, 2010.....	90
TABELA 6 –	PADRÃO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DA AMOSTRA COM BASE EM 4 ZONAS DE CLASSIFICAÇÃO (N=925). RIBEIRÃO PRETO – SP, 2010.....	91
TABELA 7 –	PADRÃO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DA AMOSTRA COM BASE NA CLASSIFICAÇÃO DE USO PROBLEMÁTICO (N=925). RIBEIRÃO PRETO – SP, 2010.....	92
TABELA 8 –	DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DA AMOSTRA DE SERVIDORES TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS DO CAMPUS UNIVERSITÁRIO (N=56). RIBEIRÃO PRETO – SP, 2010.....	93
TABELA 9 –	DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOBRE DEMANDA PSICOLÓGICA COM BASE NA <i>JOB STRESS SCALE (JSS)</i> ENTRE OS SERVIDORES TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS DO CAMPUS UNIVERSITÁRIO (N=925). RIBEIRÃO PRETO – SP, 2010.....	95
TABELA 10 –	DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOBRE CONTROLE DE ATIVIDADES COM BASE NA <i>JOB STRESS SCALE (JSS)</i> ENTRE OS SERVIDORES TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS DO CAMPUS UNIVERSITÁRIO (N=925). RIBEIRÃO PRETO – SP, 2010.....	97

TABELA 11 –	DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOBRE SUPORTE SOCIAL COM BASE NA <i>JOB STRESS SCALE (JSS)</i> ENTRE OS SERVIDORES TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS DO CAMPUS UNIVERSITÁRIO (N=925). RIBEIRÃO PRETO – SP, 2010.....	99
TABELA 12 –	DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DAS DIMENSÕES DEMANDA PSICOLÓGICA, CONTROLE E SUPORTE SOCIAL ENTRE SERVIDORES TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS DO CAMPUS UNIVERSITÁRIO (N=925). RIBEIRÃO PRETO – SP, 2010.....	100
TABELA 13 –	NÍVEIS DE EXPOSIÇÃO AO ESTRESSE NO TRABALHO COM BASE NA <i>JOB STRESS SCALE</i> ENTRE SERVIDORES TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS DO CAMPUS UNIVERSITÁRIO (N=925). RIBEIRÃO PRETO – SP, 2010.....	101
TABELA 14 –	ANÁLISE BRUTA E AJUSTADA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL EM SERVIDORES TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS DO CAMPUS UNIVERSITÁRIO (N=925). RIBEIRÃO PRETO – SP, 2010.....	104

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADS	<i>Alcohol Dependence Scale</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
AUDIT-3	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test-3</i>
AUDIT-4	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test-4</i>
AUDIT-C	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test-C</i>
AUDIT-QF	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test-QF</i>
AUDIT-PC	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test-PC</i>
BMAST	<i>Brief Michigan Alcohol Screening Test</i>
CAGE	<i>Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener</i>
CCRP	Coordenadoria do Campus de Ribeirão Preto
CEP-EERP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Ed
CIRP	Centro de Informática de Ribeirão Preto
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento em Pesquisa
CSE-FMRP	Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
DALYs	<i>Disability-Adjusted Life Years</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DP	Desvio Padrão
ECASP	Escola de Comunicação e Artes de São Paulo
ECEU-FMRP	Espaço de Cultura e Extensão Universitária da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
EDUSP	Editora da Universidade de São Paulo
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EUA	Estados Unidos da América
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FCFRP	Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto
FEARP	Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FORP	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto
HCRP-FMRP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IC_{95%}	Intervalo de Confiança de 95%
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
JSS	<i>Job Stress Scale</i> (Escala de Estresse no Trabalho)
MAST	<i>Michigan Alcohol Screening Test</i>
MAST-G	<i>Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric</i>
MDC	Modelo Demanda-Controle
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NHSDA	<i>National Household Surveys on Drug Abuse</i>
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
p-valor	Nível de significância
QES	<i>Quality of Employment Survey</i>
QSDE	Questionário de dados sócio-demográficos e econômicos
SADD	<i>Short Alcohol Dependence Data</i>
SESI	Serviço Social da Indústria
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SMAST	<i>Short Michigan Alcohol Screening Test</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBAS	Unidade Básica de Assistência à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

APRESENTAÇÃO

A realização do projeto “Estresse laboral e uso de drogas lícitas entre servidores não-docentes de uma universidade pública” teve seu início durante minha graduação nesta mesma escola. Ao identificar meu interesse e envolvimento com a temática e com a pesquisa de maneira geral, minha orientadora da iniciação científica e do presente trabalho, convidou-me para fazer parte do elenco de pesquisadores integrantes deste projeto que estava por iniciar, o qual se insere na sua linha de pesquisa voltada ao uso e abuso de álcool e drogas. Desta forma, tive a oportunidade de presenciar todo o processo do projeto, desde sua idealização até a análise final dos dados, o qual contribuiu para meu crescimento acadêmico e profissional, como pesquisadora.

A partir deste projeto amplo, originaram-se outros projetos de pesquisa, dentre os quais, a minha dissertação de mestrado, cujo enfoque foi verificar se o uso de bebidas alcoólicas é uma estratégia de *coping* para o alívio do estresse no trabalho.

Este trabalho foi apresentado em diversos eventos acadêmico-científicos, em âmbito nacional e internacional, tendo sido agraciado em 2009 com o Prêmio Jovem Pesquisador de Mestrado promovido pela Rede de Pesquisa sobre Drogas da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República do Brasil. Além das apresentações nos eventos sob o formato de pôster, conferência e publicações em anais, foi aceito para publicação em periódico nacional o artigo “Caracterização de consumo e dependência de tabaco entre trabalhadores de uma instituição de nível superior”.

Espero que este trabalho auxilie na promoção da saúde mental do trabalhador para as organizações assim como para os indivíduos que apresentam estresse ocupacional, que utilizam estratégias de enfrentamento nocivo à saúde, tal como a ingestão abusiva de bebidas alcoólicas.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
1.1. REVISÃO DA LITERATURA	24
1.1.1. <i>Uso problemático do álcool.....</i>	<i>24</i>
1.1.2. <i>Uso problemático de álcool e trabalho .....</i>	<i>36</i>
1.1.3. <i>Uso problemático do álcool e estresse no trabalho .....</i>	<i>43</i>
2. JUSTIFICATIVA.....	54
3. OBJETIVOS.....	56
3.1. OBJETIVO GERAL.....	57
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	57
4. MATERIAL E MÉTODO.....	58
4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	59
4.2. LOCAL DO ESTUDO	59
4.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO	59
4.4. INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	60
4.4.1. <i>Questionário de dados sociodemográficos e econômicos (QSDE) e características do trabalho.....</i>	<i>61</i>
4.4.2. <i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). .....</i>	<i>62</i>
4.4.2.1. <i>Questões complementares acerca do Padrão de Consumo de Bebidas Alcoólicas.....</i>	<i>65</i>
4.4.3. <i>Questionário sobre as condições de saúde .....</i>	<i>66</i>
4.4.3.1. <i>Escala de estresse no trabalho – Job Stress Scale (JSS). .....</i>	<i>66</i>
4.4.3.2. <i>Tabagismo .....</i>	<i>73</i>
4.5. VARIÁVEIS EM ESTUDO	74
4.5.1. <i>Descrição da variável dependente .....</i>	<i>74</i>
4.5.2. <i>Descrição das variáveis independentes.....</i>	<i>74</i>
4.6. COLETA DE DADOS	76
4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	77
4.8. APOIO FINANCEIRO	78

4.9. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	78
5. RESULTADOS.....	82
5.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	84
5.1.1. <i>Características sociodemográficas e econômicas da amostra.....</i>	<i>84</i>
5.1.2. <i>Características do ambiente de trabalho.....</i>	<i>86</i>
5.1.3. <i>Características relacionadas ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas .....</i>	<i>88</i>
5.1.4. <i>Características relacionadas às condições de saúde.....</i>	<i>94</i>
5.2. ANÁLISE BIVARIADA E MULTIVARIADA	103
6. DISCUSSÕES.....	107
7. CONCLUSÕES.....	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
APÊNDICES	156
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	157
APÊNDICE B – QUESTÕES COMPLEMENTARES SOBRE O PADRÃO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	158
APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO	159
APÊNDICE D – TABAGISMO.....	160
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	161
ANEXOS	162
ANEXO A – <i>ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)</i>	163
ANEXO B – ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO – <i>JOB STRESS SCALE (JSS)</i>	165
ANEXO C – FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	168

1. Introdução

---

1. INTRODUÇÃO¹

O uso problemático de álcool tem sido apontado na literatura como um padrão de consumo que se refere ao uso de risco, uso prejudicial à saúde e dependência de álcool (PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011). Dados da Organização Mundial de Saúde (2004) revelam que o consumo de bebidas alcoólicas, de modo geral, é responsável por 4% da perda total de anos vividos por incapacitação (*disability-adjusted life years* – DALYs) (OMS, 2004; SILVEIRA et al., 2008; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011) no mundo todo, e a região da América Latina e Caribe compõe 9,7% dessa estimativa (OMS, 2004; SILVEIRA et al., 2008). Segundo o levantamento sobre o consumo de álcool realizado no Brasil em 2007, 11% dos entrevistados fazem uso problemático de álcool (LARANJEIRA et al., 2007). As consequências desse uso correspondem à problemas físicos, familiares, sociais, ocupacionais e violência (LARANJEIRA et al., 2007; ANDRADE et al., 2009; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011; OMS, 2011). Além disso, o consumo nocivo ou prejudicial à saúde de álcool pode causar dependência, cirrose hepática, câncer e traumatismos (ANDRADE et al., 2009; OMS, 2011).

De acordo com Bravo Ortiz e Marziale (2010), informações da Organização Internacional do Trabalho revelam que entre 3% a 5% da população de trabalhadores apresentam dependência em relação ao uso de álcool e 25% são consumidores de risco. As consequências decorrentes do uso de álcool e trabalho, como apontado em muitos estudos, vão desde ao absenteísmo no trabalho às aposentadorias precoces e acidentes de trabalho, além de licenças do emprego devido a doenças (VAISSMAN, 2004; MUROFOSE, MARZIALE, 2005; FONSECA, 2007; ANDRADE et al., 2009; BARROS et al., 2009; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

Estudos no âmbito da saúde do trabalhador identificaram que as condições de trabalho e fatores psicossociais se constituem em fatores estressantes, os quais conduzem ao estresse ocupacional (JEX; BEEHR, 1991; FRONE, 1999; CARRILLO;

---

¹ Segundo o novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa. Decreto 6.583/08. Consulta: AZEREDO, J. C. (Coord.). **Escrevendo pela nova ortografia: como suar as regras do novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa**. Instituto Antônio Houaiss. 3 ed. São Paulo: Publifolha, 2009. 136 p.

MAURO, 2003; BRITO, 2007; FONSECA, 2007; MABUCHI et al., 2007; PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2007; MANETTI; MARZIALE; ROBAZZI, 2008; GRECO et al., 2011; RODRIGUES; FERREIRA, 2011), o qual interfere na saúde do trabalhador, na produtividade, nos níveis de satisfação no trabalho, irritabilidade, além de acidentes de trabalho (AREIAS; COMANDULE, 2006; SPINDOLA, 2007). Sendo assim, o estresse ocupacional se constitui em um desequilíbrio entre as demandas do trabalho e capacidades do trabalhador de enfrentá-las (ARAÚJO et al., 2003; OLIVEIRA, 2005; CAMELO; ANGERAMI, 2008; RODRIGUES; FERREIRA, 2011).

O contato com situações estressantes eventuais no ambiente laboral ocorre de maneira repentina, mas a exposição aos fatores estressantes costuma acontecer diariamente e em pequenas doses, o que conduz à ocorrência de reações fisiológicas adaptativas (ALVES, 2004) e comportamentais (JEX; BEEHR, 1991; JACQUES, 2003), assim como, se compõe em fator de risco quanto ao uso de substâncias nocivas nos trabalhadores (CARRILLO; MAURO, 2003).

Em resposta às situações estressantes, os indivíduos geram reações adaptativas, ou seja, se utilizam de estratégias cognitivas e comportamentais, conhecido como *coping*, para avaliar e gerenciar as exigências internas e/ou externas do indivíduo, com base nas experiências pessoais e na intensidade ou previsibilidade do estímulo (JACQUES, 2003; RODRIGUES; FERREIRA, 2011).

Desta maneira, estudos identificaram que uma das consequências do estresse ocupacional foi o risco para a ingestão de bebidas alcoólicas (COOPER; RUSSELL; FRONE, 1990; CARRILLO; MAURO, 2003) como um mecanismo de *coping* (FONSECA, 2007).

Considerando as reflexões dos estudos apresentados e as consequências do uso de álcool, bem como os problemas relacionados ao ambiente laboral, dentre estes, os fatores psicossociais, ou seja, as condições de trabalho e, consequentemente o estresse ocupacional, levanta-se algumas questões norteadoras desta dissertação, dentre eles: Os fatores sociodemográficos e econômicos, de trabalho e tabagismo podem ser fatores de risco para o consumo de bebidas alcoólicas? A presença de estresse ocupacional é um fator de risco para o uso problemático de álcool? O uso problemático de álcool está associado a maiores níveis de estresse?

Desta forma, uma alternativa para a obtenção destes dados sobre a saúde da população estudada é através da realização de estudo epidemiológico, o qual permite o conhecimento da magnitude dos reais problemas de saúde da população e possibilita a elaboração de estratégias de promoção da saúde voltadas às suas reais necessidades com a finalidade de reduzir os problemas causados pelo uso de álcool.

1.1. Revisão da literatura

1.1.1 – Uso Problemático do Álcool

a) Epidemiologia

O álcool é considerado uma droga lícita, cujo uso tem sido descrito desde 6.400 a.C. No início do século XIX, o médico Benjamin Rush passou a identificar o consumo excessivo de álcool como uma doença e uma dependência (TOWNSEND, 2002).

O consumo de bebidas alcoólicas é considerado um comportamento adaptado à maioria das culturas, sendo utilizados em celebrações, situações de negócio, cerimônias religiosas e eventos culturais, entretanto, o consumo abusivo da substância pode causar nocividade social em vários níveis (pessoal, familiar e laboral) (DEL MORAL; LORENZO FERNÁNDEZ, 2003; MELONI; LARANJEIRA, 2004; MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005; WORLD HEALTH REPORT, 2002 apud LARANJEIRA et al., 2007, RAMÍREZ; CASTILLO, 2007; ROMERA, 2008; BRAVO ORTIZ; MARZIALE, 2010). Além disso, o consumo nocivo de álcool é responsável por cerca de 3% de todas as mortes que ocorrem no planeta, incluindo desde cirrose e câncer hepático, dentre outras neoplasias, doenças cardíacas, acidentes de trânsito e de trabalho, quedas, intoxicações, homicídios e fator de risco para comportamento suicida (DEL MORAL; LORENZO FERNÁNDEZ, 2003; MELONI; LARANJEIRA, 2004; WORLD HEALTH REPORT, 2002 apud LARANJEIRA et al., 2007, BARROS et al., 2008; ROMERA, 2008). Barros e colaboradores (2008) mencionam estudos que associam o consumo elevado de álcool com os episódios de violência, como a violência infantil e a doméstica, além de contribuir para a criminalidade.

Nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, as bebidas alcoólicas são um dos principais fatores de doença e mortalidade, com seu impacto deletério sendo considerado responsável por 8% a 14,9% do total de problemas de saúde dessas nações (DEL MORAL; LORENZO FERNÁNDEZ, 2003; MELONI; LARANJEIRA, 2004; WORLD HEALTH REPORT, 2002 apud LARANJEIRA et al., 2007; BARROS et al., 2008; ROMERA, 2008; ANDRADE et al., 2009). Porém,

---

Marques e Ribeiro (2003) ressaltam que não apenas o uso crônico de bebidas alcoólicas relaciona-se aos riscos e complicações à saúde dos indivíduos, mas também o uso esporádico pode provocar agravos à saúde individual e social.

Estudos sobre o uso de álcool, social ou problemático, justificam-se por ser esta a droga mais consumida no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 2 bilhões de pessoas no mundo consomem bebidas alcoólicas (WHO, 2004). Além disso, informações sobre a saúde no mundo, em 2002, revelam que 8,9% da carga total de morbidade devem-se ao consumo de substâncias psicoativas, mais especificamente, 1,5% das disfunções ou mortes podem estar relacionadas ao uso de álcool. Desta forma, Matute (2008) descreve que em países da América latina e do Caribe, o consumo de álcool é problemático e, que as morbidades deste consumo chegaram a 4,5% no ano de 2002. Porém, esta porcentagem de mortes e incapacitações atribuídas ao álcool na América Latina e região do Caribe se eleva para 10% (ANDRADE et al., 2009).

Dados do relatório de Estatísticas Sanitárias Mundiais de 2011 (OMS, 2011) estimam que, em 2005, a média mundial de álcool puro consumido por ano foi de 4,4 litros ao ano por pessoa para a população maior de 15 anos. Para a região das Américas, essa estimativa compreende a proporção de 6,7 litros *per capita*.

No México, para o ano de 2002, o consumo de bebidas alcoólicas na população adulta de 18 a 65 anos foi de 3,5L *per capita* e, 7,1L *per capita* quando se refere apenas ao sexo masculino (MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005). Dados de 2003 do Equador informam que o consumo de álcool neste país aumenta a cada ano, tendo sido elevado de 18 a 25L de consumo por pessoa ao ano, com uma prevalência de 7,68% que, adicionados ao consumo abusivo e ao uso problemático, ultrapassam os 20% da população economicamente ativa do sexo masculino (BRAVO ORTIZ; MARZIALE, 2010). Enquanto que no Brasil, informações oriundas do relatório de 2004 da Organização Mundial de Saúde, apontam que consumo médio de álcool por adultos com 15 anos ou mais foi de 8,6 litros *per capita* (OMS, 2004; SILVEIRA et al., 2008; ANDRADE et al., 2009; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011). Entretanto, dados do último relatório referente ao ano de 2005 aponta o consumo de álcool em 6,2 litros *per capita* pelos brasileiros (OMS, 2011). Porém, deve-se levar em consideração a existência de produções de bebidas alcoólicas das quais não possuem controle governamental e, com isso, pressupõe-se que a média pode ser

---

mais elevada (SILVEIRA et al., 2008; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

O consumo de álcool ou o uso problemático tem sido avaliado, de acordo com a literatura, por meio de um instrumento de rastreamento de problemas relacionados ao uso de álcool, o AUDIT, apesar da existência de outros instrumentos que serão mencionados posteriormente. No Brasil, o AUDIT tem sido aplicado com sucesso para identificar os problemas decorrentes do uso de álcool em diversos ambientes, dentre eles: na população geral (CARLINI et al., 2002; CARLINI et al., 2006; LARANJEIRA et al., 2007; ANDRADE et al., 2009); no ambiente hospitalar com pacientes institucionalizados (FIGLIE et al., 1997; FIGLIE et al., 2000; FIGLIE, 2004; FIGLIE et al., 2005; ISSA et al., 2007); no ambiente escolar com estudantes adolescentes (MARTINS et al., 2008; SANTOS et al., 2008; MATTARA et al., 2010); no ambiente universitário com adultos jovens, estudantes universitários (KERR-CORRÊA et al., 1999; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; NEVES, 2007) e, em diversos ambientes de trabalho (MACEDO, 2005; MARTINEZ, 2006; BRITO, 2007; MARTINEZ; LATORRE, 2009; STAFFORD; JUDD, 2010).

Em 2007, foi realizado o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, o qual identificou que o uso indevido de álcool é considerado um dos fatores que mais contribui para os agravos da saúde a nível mundial, provocando 3,2% de todas as mortes e sendo responsável por 4% dos anos perdidos de vida útil (LARANJEIRA et al., 2007; RUBIATTI, 2008; SILVEIRA et al., 2008). Esse impacto causado pelo uso de álcool é ainda maior quando se considera a América Latina. No continente, o índice dos anos de vida útil perdidos pelo uso indevido de álcool é quatro vezes maior do que a média mundial, cerca de 16% (LARANJEIRA et al., 2007).

Este inquérito sobre o consumo de bebidas alcoólicas constatou que, na população brasileira, 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem pelo menos uma vez ao ano. Dentre os adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram 5 doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano. Sobre consumir diariamente a bebida, verificou-se que 11% dos homens adultos responderam positivamente e 28% disseram consumir bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana. O consumo tipo “*binge*” (beber um volume excessivo de álcool

num curto espaço de tempo, ou seja, 6 doses ou mais) (PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; LARANJEIRA et al., 2007) foi constatado em 28% da população adulta brasileira, que afirmaram fazer uso desse consumo pelo menos uma vez no último ano. Entretanto, este tipo de consumo diminui com o tempo, ou seja, a abstinência aumenta com a idade (LARANJEIRA et al., 2007). Porém, os dados indicam que o consumo de bebidas alcoólicas ocorre em faixas etárias cada vez mais precoces, o qual necessita de revisões nas medidas de controle, prevenção e tratamento (LARANJEIRA et al., 2007; CARLINI, 2008). A literatura alerta para os riscos que podem advir deste consumo, como violência, acidentes automobilísticos, afogamentos, tentativas de suicídios, entre outros (MEDINA-MORA et al., 2003; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; LARANJEIRA et al., 2007; BARROS et al., 2008; ROMERA, 2008; MENESES-GAYA et al., 2009; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

Ainda, de acordo com o estudo, os adultos foram questionados quanto à existência de algum problema no ano anterior devido ao consumo de bebidas alcoólicas. Entre os adultos que bebem 45% tiveram algum problema relacionado ao consumo (físico, social, laboral, violência, familiar e legal). Dentre os resultados do estudo encontrou-se que entre as pessoas maiores de 18 anos, 3% fazem uso nocivo de álcool e 9% são dependentes, portanto, esta prevalência evidencia que 12% da população brasileira possuem algum problema com o consumo de álcool, cujo predomínio de uso se concentra no sexo masculino, ou seja, quatro vezes mais comum (LARANJEIRA et al., 2007).

Estudo realizado com trabalhadores de uma indústria no México constatou que a prevalência de consumidores de bebidas alcoólicas foi de 63,3%, sendo maior o número de casos entre os trabalhadores do sexo masculino (MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005).

No Brasil, Figlie e colaboradores (2000) por meio da aplicação do AUDIT realizaram uma pesquisa no ambiente hospitalar com pacientes internados em diversas clínicas médicas em um hospital geral do estado de São Paulo e encontraram uma frequência de 12% de casos de AUDIT positivo, onde o respectivo escore foi maior ou igual a oito pontos. A prevalência encontrada foi sete vezes maior nos homens do que nas mulheres.

Resultados do levantamento sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes de ensino fundamental e médio no ano de 2004 revelam que 65% de todos os estudantes em algum momento na vida, já fizeram uso de álcool. Destes, 41% das crianças de 10 a 12 anos de idade já experimentaram algum tipo de bebida alcoólica ao menos uma vez em suas vidas (LARANJEIRA et al., 2007).

Entre os adolescentes, estudantes de ensino médio, oriundos de escolas públicas, estudo revela que 17,8% obtiveram pontuação igual ou superior a oito no AUDIT, instrumento de rastreamento desenhado especificamente para detectar problemas relativos ao consumo de álcool, o qual indica o uso problemático de álcool. O padrão de consumo se revelou alto, onde 66,6% deles bebem 5 ou mais doses (*binge drinking*), dos quais 44,5% ingerem seis ou mais doses semanalmente (MARTINS et al., 2008). A confiabilidade do teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT) em adolescentes revelou-se confiável para o levantamento de informações sobre o consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes em estudo realizado por Mattara e colaboradores (2010) com estudantes do ensino médio de uma escola pública do interior do estado de São Paulo, o qual apresentou excelente consistência interna ($\alpha=0,80$).

Segundo pesquisa realizada com estudantes universitários brasileiros, 24% apresentaram uso de risco de álcool, cuja associação de fazer uso de risco esteve mais presente no sexo masculino (NEVES, 2007). Considerando população semelhante, Kerr-Corrêa e colaboradores (1999) verificaram a prevalência de 50% para o consumo de álcool entre os universitários, sendo que seu consumo foi favorecido pelo fato dos participantes também serem do sexo masculino. Tendo em vista a mesma camada populacional, Peuker, Fogaça e Bizarro (2006) identificaram através da aplicação do AUDIT, que o padrão de risco ou uso problemático de álcool, definido pelo escore igual ou superior a oito, foi de 44,2%, dentre os quais 35,7% das mulheres e 53,1% dos homens. As expectativas positivas em relação aos efeitos do álcool foram altas, ou seja, 47,9% destes entrevistados referiram facilitação das interações sociais, diminuição e/ou fuga de emoções negativas, ativação e prazer sexual, efeitos positivos na atividade e humor e na avaliação de si mesmo.

No contexto laboral, estudos transversais têm sido aplicados com a finalidade de compreender melhor os padrões de consumo de bebidas alcoólicas e os fatores

associados. Um destes estudos engloba uma pesquisa com trabalhadores do serviço de coleta de lixo do município de São Paulo, o qual sugere que 96,7% dos participantes ingerem bebidas alcoólicas, sendo que, para a maioria, o primeiro contato com esse tipo de bebida iniciou-se na adolescência (MABUCHI et al., 2007). Outro estudo transversal com trabalhadores do setor elétrico de uma empresa privada do estado de São Paulo revela que, por meio do AUDIT, 78,5% desta população consomem alguma quantidade de álcool, enquanto que, 22,1% consomem abusivamente esta substância, onde a dependência química ao álcool se revelou um fator significativamente associado à capacidade de trabalho, ou seja, a influência que o mesmo exerce sobre a condição física e mental dos trabalhadores (MARTINEZ; LATORRE, 2009).

A ingestão de bebidas alcoólicas, seja em qualquer nível de dosagem, atinge toda a camada populacional, desde crianças e adolescentes à população economicamente ativa, sendo esta, composta, de um modo geral, pelos estudantes universitários e pelos trabalhadores. Mas, apesar dos estudos apresentarem populações diferentes, a maioria deles revela que o consumo de álcool é mais prevalente nos indivíduos do sexo masculino.

Esta observação vai ao encontro da pesquisa de base populacional realizada por Laranjeira e colaboradores (2010) com a finalidade de identificar o padrão de uso de álcool em brasileiros adultos observaram que as maiores taxas de uso problemático de álcool foram entre os homens, jovens, solteiros e residentes em áreas metropolitanas e urbanas. E, que as menores taxas de abstinência estão entre os homens, solteiros, com maior nível de escolaridade e renda.

A investigação do perfil de consumo de álcool pelos diferentes segmentos da população possibilita a formulação de estratégias eficazes para o controle da dependência e a redução de danos com ênfase nas reais necessidades de cada segmento populacional.

b) Diferentes Padrões de Consumo de Álcool

Existem diferentes padrões de uso de álcool que podem causar riscos ou nocividade ao indivíduo. Para a Organização Mundial de Saúde, o chamado “beber

de baixo risco” limita-se ao consumo de doses pré-estabelecidas. Pessoas que ultrapassam estes limites, colocam-se em situações de risco de desenvolver algum problema relacionado ao uso de álcool excessivo, seja problemas de saúde ou sociais (CORRADI-WEBSTER, 2004; PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006).

Segundo Romera (2008) e Neves (2007), os padrões de uso caracterizam-se pelo *uso na vida*, quando o uso da substância se faz pelo menos uma vez na vida; *uso no ano*, quando o uso da substância ocorreu pelo menos uma vez nos últimos 12 meses; *uso recente ou no mês*, referente ao uso da substância por seis vezes ou mais durante os últimos trinta dias; *uso de risco*, cujo padrão de uso implica comportamentos de risco à saúde física ou mental do usuário; *uso prejudicial ou pesado* quando o uso é diariamente durante o último mês e este padrão de uso já está ocasionando danos à saúde física e mental.

Corradi-Webster (2004), Bravo e Marziale (2010) e, Moretti-Pires e Corradi-Webster (2011) apontam quatro diferentes padrões de consumo de álcool, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir da pontuação do instrumento de rastreamento para o uso problemático de álcool:

- *Uso de baixo risco* – uso moderado, o qual provavelmente não ocasionará problemas (1 dose-padrão: 1 lata de cerveja, 1 dose de destilado, 1 taça de vinho).
  - Homens – 2 doses-padrão por dia;
  - Mulheres – 1 dose-padrão por dia,
  - Idosos – 1 dose-padrão por dia.
- *Uso de risco* – o consumo é acima do limite recomendado, o que aumenta as chances de problemas para o indivíduo, colocando-se em situação de risco e também para os demais.
- *Uso nocivo ou consumo prejudicial* – o consumo causa dano real à saúde física ou mental, há conseqüências sociais adversas e o uso frequente é criticado por outras pessoas.
- *Dependência de álcool* – conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológico que pode ocorrer após o consumo repetido de álcool, ou seja: quando há forte desejo ou compulsão em consumir o álcool; dificuldades em controlar o consumo quanto à quantidade e término do consumo; estado de abstinência

fisiológica devido à redução do uso ou cessação e necessidade de ingestão da substância para aliviar ou evitar sintomas de abstinência; evidência de tolerância, cujo aumento de doses são necessárias para obter os mesmos efeitos do álcool quando eram produzidos pela ingestão de menores doses.

Quanto às definições, o termo “*uso de álcool*” se refere a qualquer consumo de bebida alcoólica. Já o termo “*uso de baixo risco de álcool*” significa que o indivíduo não tem problemas decorrentes do uso de álcool. E, o “*abuso de álcool*” é um termo geral usado para qualquer nível de risco, ou seja, o indivíduo pode estar desenvolvendo algum tipo de problema, físico, psíquico ou social, mas ainda assim não desenvolveu a dependência, porém pode estar caminhando na direção de desenvolvê-lo (MATUTE; PILLON, 2008).

Termos como “*bebedor de risco*” (BABOR et al., 1992); “*problemas com álcool*” (KERR-CORRÊA et al., 2003); “*hazardous drinking*” (uso de álcool perigoso ou de risco) (KARAM, 2007) ou ainda “*beber problemático*” (RODRIGUES et al., 2007), têm sido utilizados pela literatura a fim de identificar o grupo de pessoas que pontuam igual ou mais do que oito no AUDIT, haja vista que a pontuação maior ou igual a oito equivale a um AUDIT positivo, ou seja, um escore que indica problemas ou riscos relacionados ao padrão de uso de bebidas alcoólicas.

O termo “*uso problemático*” se refere aos três últimos padrões de consumo de álcool, ou seja, inclui os padrões de consumo considerados uso de risco, uso nocivo e provável dependência (PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

O consumo excessivo de álcool, caracterizado pelos riscos e danos causados aos indivíduos, ocorre sob diferentes maneiras: consumo elevado diariamente, episódios repetitivos de consumo até ocorrer intoxicação, consumo que induz a danos físicos ou mentais, consumo até o desenvolvimento de dependência ao álcool ou aumento da quantidade de bebida alcoólica ingerida (BABOR et al., 2001).

De acordo com Babor e colaboradores (1992) o uso nocivo, além de ser um padrão de consumo de álcool que aumenta o risco de conseqüências perigosas, esses problemas não se restringe apenas a fatores individuais de saúde, mas também de ordem social e econômica.

Outro fator de risco relacionado ao consumo prejudicial de álcool refere-se às doenças não transmissíveis, como as doenças crônicas (doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres, pancreatite crônica) cujo aumento tem-se elevado, sejam em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (ANDRADE et al., 2009; OMS, 2011). Como assinalado por Andrade e colaboradores (2009), têm-se dado maior na relação entre o beber de risco e os prejuízos sociais causados pelo álcool, bem como à relação com doença.

Os problemas relacionados ao uso de álcool não são consequências apenas do padrão de uso de dependência alcoólica, mas também há uma relação com outros padrões de consumo, sendo que os transtornos psiquiátricos co-mórbidos são mais frequentes nos bebedores pesados do que nos moderados; quantidade e frequência de consumo estão mais relacionadas aos transtornos psiquiátricos do que aos sintomas decorrentes dos transtornos relacionados ao uso de álcool; em longo prazo, o uso de risco pode ser um precursor de transtornos relacionados ao uso e ao desenvolvimento do abuso ou dependência de bebidas alcoólicas e, história prévia de consumo abusivo de álcool constitui-se em um fator de risco para a violência (ANDRADE et al., 2009).

Entretanto, como apontado por Amaral e Malbergiera (2004), o diagnóstico dos problemas relacionados ao uso de álcool pode ser dificultado, muitas vezes, pela posição defensiva dos pacientes de negar o problema e, a dos médicos, de não ter credibilidade na possibilidade de tratamento, assim como na utilização de conceitos morais pré-concebidos, os quais frustram a possibilidade de tornar a entrevista clínica um processo de sensibilização e de motivação para o tratamento.

c) Fatores predisponentes ao consumo de álcool

O desenvolvimento do uso abusivo ao consumo de álcool engloba fatores individuais e depende da predisposição dos determinantes biológico, genético ou social e fatores ambientais (HEMMINGSSON; LUNDBERG, 2001).

Diferentemente dos fatores de risco ou fatores associados ao uso de álcool, o fator genético indica que parentes em primeiro grau de alcoolistas têm uma chance muito maior de se tornarem dependentes de álcool, assim como, são maiores ainda

as chances se forem filhos biológicos do sexo masculino ou mesmo que o filho seja criado por pais adotivo não-alcoolistas, cuja incidência é quatro vezes maior em relação a filhos de pais não usuários de álcool (CASTRO, 2002; TOWNSEND, 2002; DEL MORAL; LORENZO FERNÁNDEZ, 2003; SOLDERA et al., 2004; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; FONSECA, 2007; RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

Existe também o fator bioquímico, que corresponde à formação de uma substância cujo produto resulta da interação das aminas biologicamente ativas (dopamina e serotonina, por exemplo) com produtos resultantes do metabolismo do álcool, ela seria a responsável por sua dependência. Algumas pesquisas mostram que alguns traços da personalidade como impulsividade, conceito do eu negativo, ego frágil, baixa conformidade social e introversão têm grande impacto tanto no desenvolvimento quanto na manutenção da dependência de álcool (TOWNSEND, 2002; FONSECA, 2007; RUBIATTI, 2008; ANDRADE et al., 2009).

A multicausalidade do uso de álcool e de outras drogas de abuso constitui-se em fatores que predispõe os indivíduos ao início do consumo de bebidas alcoólicas, dentre eles os fatores de vulnerabilidade genética, biológica, psicológica e sócio-cultural, que interagem em diferentes graus, na determinação e na instalação do alcoolismo crônico (CASTRO, 2002; DEL MORAL; LORENZO FERNÁNDEZ, 2003; SOLDERA et al., 2004; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; FONSECA, 2007).

Moore et al (2007), considerando os fatores de vulnerabilidade genética e o acréscimo da instabilidade no ambiente domiciliar dos trabalhadores pesquisados onde os pais, ambos ou não, consomem bebidas alcoólicas, pretenderam examinar se o consumo de álcool decorrente do estresse no trabalho apresenta relação com o ambiente domiciliar onde os participantes foram criados a fim de identificar possíveis grupos vulneráveis ao consumo de álcool para redução da tensão no trabalho. As hipóteses propostas foram a de que os lares apresentassem: (a) ambos os pais se abstivessem de álcool, (b) pelo menos um dos pais bebe não problematicamente, (c) pelo menos um pai bebe problemático, ou (d) os pais bebem problematicamente. Como esperado pelos autores, constataram que os adultos trabalhadores com ambos os pais que bebiam problematicamente eram mais propensos a fazer uso do álcool para a redução da tensão no trabalho, além de aprenderem o consumo de álcool como ferramenta para lidar com o estresse no trabalho.

d) Instrumentos de identificação do uso problemático de álcool

Os instrumentos comumente utilizados para a detecção do uso problemático do álcool foram desenvolvidos com o objetivo de investigar padrões de consumo em populações que provavelmente podem estar sendo prejudiciais ao indivíduo, tanto na sua vida pessoal quanto na social. Estes instrumentos permitem aos profissionais a realização de uma breve avaliação, sendo possível a sua aplicação por qualquer profissional de saúde que tenha um curto treinamento prévio para a utilização da mesma, pois os instrumentos possuem facilidade e rapidez na aplicação, além de apresentarem pontuações objetivas, nas quais se verifica a presença de indicativos de problemas relacionados ao consumo abusivo de álcool.

Estes instrumentos utilizados na identificação do uso problemático de álcool podem ser classificados em triagem, diagnóstico, avaliação do consumo de álcool, dos comportamentos associados ao consumo de álcool, do comprometimento de outras áreas, planejamento do tratamento e avaliação de resultados (DAWE; MATTICK, 1997; FORMIGONI; CASTEL, 1999).

Pode-se destacar como instrumentos de triagem ou rastreamento da dependência do álcool, validados no Brasil, o *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener* (CAGE), *Michigan Alcohol Screening Test* (MAST) e o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (FORMIGONI; CASTEL, 1999; MURPHY et al., 1999; DAWE et al., 2002; MARQUES; RIBEIRO, 2003; CORRADI-WEBSTER, 2004; HENRIQUE et al., 2004; REISDORFER, 2010).

Elaborado em meados da década de 70 por Mayfield et al. (1974), traduzido e validado para o português por Masur e Monteiro (1983), o CAGE contém apenas quatro questões com respostas dicotômicas (sim/não), o qual, a partir de duas respostas positivas, indica a existência de dependência de álcool. Porém, sua limitação reside na ausência da diferenciação entre problemas atuais e anteriores (MURPHY et al., 1999; DAWE et al., 2002; MARQUES; RIBEIRO, 2003; AMARAL; MALBERGIERA, 2004; CORRADI-WEBSTER, 2004; HENRIQUE et al., 2004; PRIMO; STEIN, 2004; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; CROTON, 2007; LARANJEIRA et al., 2010).

Outro instrumento utilizado na triagem para a dependência alcoólica é O MAST, composto por 25 questões, os quais identificam os casos graves de consumo abusivo de álcool, porém não permite a diferenciação do consumo abusivo pregresso e atual, apenas identifica a história pregressa de dependência de álcool. Originalmente desenvolvido por Selzer (1971), traduzido e validado para o português por Vaz-Serra e Lima (1973), o MAST também se apresenta nas versões: *Short Michigan Alcohol Screening Test* (SMAST), composto de 13 questões; *Brief Michigan Alcohol Screening Test* (BMAST), composto de 10 questões, desenvolvido por Pokorny (1972) e *Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric* (MAST-G) para avaliar os problemas associados ao álcool em indivíduos idosos (DAWE et al., 2002; RUBIATTI, 2008; REISDORFER, 2010).

O AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) foi desenvolvido por Babor e colaboradores (1992, 2001) sendo publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, houve duas iniciativas de adaptação e validação do AUDIT, inicialmente no Rio Grande do Sul por Mendéz (1999) e posteriormente na Bahia por Lima e colaboradores (2005) com a respectiva tradução do instrumento.

O instrumento consiste de 10 questões graduadas de zero a quatro, que avaliam o padrão de consumo de risco, sintomas de dependência e problemas relacionados ao uso de álcool nos últimos 12 meses (BABOR et al., 2001; CORRADI-WEBSTER, 2004; MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007; NEVES, 2007; RUBIATTI, 2008; REISDORFER, 2010).

O escore varia de 0 a 40 e o ponto de corte pode ser feita de diferentes modos, mas sempre obtido através da somatória das questões do AUDIT. Uma pontuação igual ou superior a 8, indica a necessidade de um diagnóstico mais específico (BABOR et al., 2001; RUBIATTI, 2008; REISDORFER, 2010). Diversos estudos utilizaram-se deste instrumento para o rastreamento do uso problemático de álcool, o qual se mostrou eficiente aos objetivos propostos (PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; ROMERA, 2008; RUBIATTI, 2008; REISDORFER, 2010).

Com relação aos instrumentos utilizados para a avaliação da gravidade do consumo de álcool, ou seja, instrumento diagnóstico, já validados no Brasil, há o *Short Alcohol Dependence Data* (SADD) e *Alcohol Dependence Scale* (ADS) (JORGE; MASUR, 1986; HENRIQUE et al., 2004; CARVALHO et al., 2005). Além

destes instrumentos, existe também uma escala para estimar dependência do *National Household Surveys on Drug Abuse* (NHSDA), o qual é composto por seis itens, cuja resposta afirmativa de pelo menos dois destes define os respondentes como dependentes de alguma substância, cuja versão adaptada para as necessidades brasileiras tem sido utilizada em levantamentos domiciliares nacionais (CARLINI 2002, CARLINI 2006; REISDORFER, 2010).

Segundo recomendações de pesquisadores, o AUDIT mostrou-se mais sensível na identificação do uso problemático de álcool do que o CAGE e o MAST (FIGLIE et al., 2000; BABOR et al., 2001; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003; LIMA et al., 2005; MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007; MENESES-GAYA et al., 2009).

1.1.2 – Uso Problemático de Álcool e Trabalho

a) Epidemiologia

O álcool é considerado a substância de abuso mais comum, tanto para a saúde pública como para a saúde do trabalhador (NORMAN et al., 1994). Estimativas da Associação dos Estudos do Álcool e Outras Drogas evidenciaram, no Brasil em 1990, que o alcoolismo era o terceiro motivo de absenteísmo no trabalho, ou seja, falta do trabalho por motivos de doença, sendo a causa mais frequente de aposentadorias precoces e acidentes de trabalho e, a oitava causa para a concessão de auxílio doença pelo Ministério da Previdência Social (AMARAL; MALBERGIERA, 2004; VAISSMAN, 2004; MUROFOSE, MARZIALE, 2005; FONSECA, 2007; ANDRADE et al., 2009; BARROS et al., 2009; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011). Os problemas decorrentes do uso de álcool representam 54% dos acidentes de trabalho com afastamento e 40% dos acidentes fatais (AMARAL; MALBERGIERA, 2004).

Dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), segundo Duarte (2008), apontam que entre 10% e 12% da população economicamente produtiva, acima de 14 anos, tem problemas de uso abusivo ou dependência do álcool, o qual está longe de afetar apenas um determinado grupo ou setor social, constituindo-se

em um grave problema de saúde pública (FONSECA, 2007; BRAVO ORTIZ; MARZIALE, 2010).

No Equador, a prevalência de consumo de álcool na população geral é de 76,4%, enquanto que na população trabalhadora é de 85,6%, cujas categorias profissionais com maiores níveis de consumo de álcool foram nos profissionais técnicos, diretores e funcionários públicos, pessoal administrativo, trabalhadores agrícolas e motoristas de veículos de transporte. Ao contrário dos profissionais comerciantes e prestadores de serviços, nos quais os níveis de consumo apresentaram-se menores. Neste país, o consumo de bebidas alcoólicas no trabalho está associado, culturalmente, à obtenção de sensação de energia após intenso esforço físico, para se relacionar com clientes e colegas de trabalho, enfrentar problemas relacionados ao ambiente laboral e integrar-se ao ambiente da empresa (BRAVO ORTIZ; MARZIALE, 2010).

Dados referentes à população mexicana afirmam que 96,5% da população, alguma vez na vida, fizeram uso de bebidas alcoólicas, sendo que 50% ingeriram o consumo tipo “*binge*”. Observa-se que as frequências de dependência de álcool são maiores nas populações de trabalhadores do que na população geral, uma vez que a prevalência do consumo de álcool foi de 35% nos trabalhadores de plataformas marítimas de petróleo, 32% em trabalhadores de minas e 22% em trabalhadores petroquímicos. E, na população geral urbana, a prevalência foi de 8% a 9% (RAMÍREZ; CASTILLO, 2007).

No Brasil, dados do levantamento sobre uso de drogas entre trabalhadores da indústria no ano de 2000, coordenado pelo Serviço Social da Indústria – SESI e publicado pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) demonstraram que 78,7% dos participantes já fizeram uso na vida, ou o fazem no momento, de bebidas alcoólicas. O padrão de consumo dessa amostra referente ao uso excessivo de álcool, ou seja, uso diário ou uma vez por semana foi de 20%. Entretanto, o risco de consumo de álcool foi 4 vezes maior para os homens do que para as mulheres e, esse risco aumenta conforme a idade. Além disso, os trabalhadores afirmaram poder trabalhar sem problemas após terem ingerido álcool, fato que após agitação inicial, representa entorpecimento, diminuição dos reflexos e maiores riscos de acidentes no trabalho. E, dentre os setores de trabalho, indivíduos que exercem atividades técnicas, e cargos de chefia, apresentaram maior chance de

consumo de álcool (SESI, 2011). Estas duas informações também estiveram presentes no estudo com os trabalhadores do Equador, porém, com relação às ocupações, o dado foi inverso ao constatado na pesquisa equatoriana (BRAVO ORTIZ; MARZIALE, 2010).

Outro dado relevante da pesquisa sobre o uso de drogas entre os trabalhadores da indústria se refere à associação entre consumo excessivo de bebidas alcoólicas e a ocorrência de problemas no trabalho, como absenteísmo, atrasos e acidentes de trabalho, os quais não se observaram diferenças significativas entre ambos. Mas, no caso dos acidentes de trabalho, obteve-se maior probabilidade de ocorrência entre aqueles que informaram um consumo excessivo de álcool (BRASIL, 2011).

Murofose e Marziale (2005) baseando-se na lista de doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde do Brasil com a finalidade de identificar os diagnósticos de doenças ocupacionais em trabalhadores de enfermagem de uma instituição de saúde constataram que as maiores taxas de trabalhadores eram do sexo feminino e, que o transtorno devido ao uso de álcool constava em terceiro lugar de uma lista com seis diagnósticos, perfazendo uma frequência de 11% nesta população.

Portanto, os problemas relacionados ao uso de álcool não se restringe apenas aos indivíduos do sexo masculino, mas também os do sexo feminino. Pois, como observado por Santos e Alves Júnior (2007), as mulheres continuam a desempenhar dois papéis na sociedade, ou seja, não só executam o trabalho doméstico, mas também funções nos ambientes organizacionais e, com isso, as exigências se somam e conseqüências podem ser danosas como o uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Segundo pesquisa realizada em ambiente de trabalho no Rio Grande do Sul, a faixa etária que evidenciou maior consumo de álcool foi entre 20 e 50 anos de idade, tanto em homens quanto em mulheres, ou seja, é a faixa de idade com maior capacidade de produtividade do indivíduo (DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008).

Estudo realizado com trabalhadores de uma indústria de grande porte do sul do país com a finalidade de verificar a auto-avaliação e fatores associados destes trabalhadores observou que 6,1% dos entrevistados fazem uso problemático de álcool e 59,5% referiram tensão psicológica (HÖFELMANN; BLANK, 2007).

Mabuchi e colaboradores (2007), em estudo transversal com trabalhadores de coleta de lixo evidenciaram que as fontes estressoras, tais como odor expelido pelo lixo, falta de reconhecimento ou incentivo, carga horária excessiva e discriminação social são fatores relacionados às condições de trabalho e fatores psicossociais precursores e responsáveis pelo início da ingestão de bebidas alcoólicas prevalentes em 96,7% dos trabalhadores do sexo masculino.

Os mesmos autores evidenciaram que um dos motivos para iniciar o consumo de álcool foi a influência de amigos, apontado por 46% dos entrevistados. Por conseguinte, Fonseca (2007) afirma que o consumo de bebidas alcoólicas em determinadas situações de trabalho é uma maneira de inclusão no grupo, assim como Frone (1999) salienta que um dos paradigmas descritos sobre o consumo de álcool no ambiente de trabalho sugere que consumir álcool com os colegas de trabalho é uma maneira de interação com os demais e integração na organização.

Outro fato a ser considerado são os achados de Barros e colaboradores (2009), os quais apontam que determinadas atividades ocupacionais, consideradas desprestigiadas socialmente ou as que apresentam maior exigência e tensão, são avaliadas como fatores de risco para a ingestão de álcool que funciona como um mecanismo de defesa para o alívio da tensão, a fim de se esquivar do sofrimento mental, da demanda psicológica e mesmo das condições de trabalho. Este mesmo raciocínio é compartilhado por Carrillo e Mauro (2003), os quais mencionam que profissões com trabalhos noturnos ou que requerem atenção constante e, trabalhos em ambientes de grande estresse, apresentam maior risco para o consumo de bebidas alcoólicas pelos trabalhadores.

Alguns estudos com trabalhadores universitários são apresentados pela literatura, tendo como exemplo pesquisa realizada no Equador (BRAVO ORTIZ; MARZIALE, 2010) citado anteriormente e no Brasil (CASTRO, 2002; AMARAL; MALBERGIERA, 2004; MACEDO, 2005; OLIVEIRA, 2005; BRITO, 2007).

Com relação à pesquisa com funcionários de universidade pública brasileira, estudo realizado com trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) de São Paulo evidenciou que a presença de abuso de álcool prevaleceu de forma significativa nas faixas etárias mais jovens e o diagnóstico de dependência do álcool foi mais freqüente a partir dos 41 anos de idade, com uma

prevalência de 16,7%, sendo 4,7% a de abuso e 12% a de dependência (AMARAL; MALBERGIER, 2004).

Ademais, estes autores indicaram que se deve atentar para a prevalência de problemas relacionados ao uso do álcool nessa população, por ser uma informação relevante para a auto-estima do local de trabalho no desenvolvimento de ações preventivas.

b) Consequências

Em 2001, o Ministério da Saúde do Brasil, fundamentado na Classificação Internacional das Doenças décima edição – CID10 da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma lista de patologias relacionadas ao trabalho e suas possíveis associações a agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional. Os fatores de risco referem-se a problemas relacionados ao emprego, tais como, desemprego, mudança de emprego, ameaça de perda de emprego, ritmo de trabalho penoso, má adaptação ao trabalho (condições difíceis de trabalho) e outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho e, circunstâncias relativas às condições de trabalho. Assim sendo, dentre as patologias relacionadas, podemos destacar o alcoolismo crônico, estado de estresse pós-traumático, neurastenia, neurose profissional, transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos e a síndrome de *burnout* ou síndrome do esgotamento profissional (MANETTI; MARZIALE; ROBAZZI, 2008).

Segundo o relatório da OMS (2011), o consumo problemático de álcool pode causar, além da dependência, cirrose hepática, câncer e traumatismos tanto intencionais como acidentais, sendo responsáveis pela morte de mais de 5 milhões de pessoas no mundo, cuja representatividade é de 9% da mortalidade mundial, o qual demanda cuidados médicos e serviços de reabilitação. Assim como, as consequências podem ser físicas, problemas sociais, legais, familiares, financeiros, psicológicos e ocupacionais (CASTRO, 2002).

Além disso, há um elevado custo social e econômico, direto e indiretamente, para a sociedade brasileira decorrente dos problemas causados pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas (BABOR et al., 2001; CARRILLO; MAURO, 2003; MORAES et al.,

2006; FONSECA, 2007; GALLASSI et al., 2008; RUBIATTI, 2008; ANDRADE et al., 2009; BARROS et al., 2009), sendo que custos diretos são, geralmente, custos relacionados a tratamento (ANDRADE et al., 2009). Por conseguinte, os investimentos e recursos destinados à prevenção e tratamento do alcoolismo proporcionaram poucos efeitos na redução das taxas de prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (BABOR et al., 2001; MORAES et al., 2006; FONSECA, 2007; GALLASSI et al., 2008; RUBIATTI, 2008; BARROS et al., 2009). Para Moraes e colaboradores (2006), a realização de pesquisas epidemiológicas pode direcionar as estratégias de intervenção, cujo reflexo incidirá na redução da prevalência de indivíduos que fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas proporcionando maior bem estar e saúde, além de redução dos recursos repassados ao sistema de saúde.

Os prejuízos ocasionados pelo consumo abusivo de álcool se estendem da dimensão pessoal e familiar (FRONE, 1999; CARLINI et al., 2002; ANDRADE et al., 2009; UNIAD, 2010), tendo em vista a desestruturação familiar, a qual reflete no aspecto econômico, pois há gastos pelo trabalhador no consumo de bebidas alcoólicas (FONSECA, 2007).

Além dos prejuízos mencionados acima, também há comprometimento da dimensão no ambiente profissional do indivíduo, como nas relações interpessoais no trabalho.

As conseqüências posteriores à ingestão de álcool no trabalho, segundo relato de trabalhadores, destinam-se às críticas recebidas de supervisores, desentendimento com colegas de trabalho e sonolência devido ao estado de “ressaca” com que se apresentam ao trabalho (AMARAL; MALBERGIER, 2004).

Diminuição da produtividade, aumento de absenteísmo e maior probabilidade de acidentes de trabalho, assim como debilidades da percepção, memória e compreensão, diminuição da coordenação sensitivo-motora, prejuízo no equilíbrio e sonolência, são alguns dos problemas que o consumo de álcool pode ocasionar no indivíduo (ANDRADE et al., 2009; BRAVO ORTIZ; MARZIALE, 2010; UNIAD, 2010). Informações da Organização Internacional do Trabalho (OIT) revelam que cerca de 20% a 25% dos acidentes de trabalho no mundo compreendem pessoas sob efeito de álcool e outras drogas (ANDRADE et al., 2009; UNIAD, 2010).

Os efeitos negativos ocasionados pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas não incidem apenas no indivíduo usuário, mas também aos familiares e à sociedade em que está inserido, ou seja, com o absenteísmo no trabalho, o país perde produtividade e receita e, ainda desembolsa com gastos financeiros e assistenciais.

Pesquisa realizada com trabalhadores de uma indústria mexicana observou que as consequências do consumo de álcool referido pelos entrevistados são constituídas pelo cansaço físico (44,2%), problemas físicos e diminuição no rendimento de trabalho (29,5% cada um) e diminuição dos reflexos durante a jornada de trabalho (21,7%) (MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005).

No Brasil, Mabuchi e colaboradores (2009), em entrevista com trabalhadores da coleta de lixo identificou que 67% sentem ou já sentiram algum sintoma devido ao uso de bebidas alcoólicas. Destes, 28% afirmaram já ter vivenciado episódios convulsivos ou alucinatórios ao ingerir grande quantidade de álcool e, outros 3% assinalaram que possuem medo de serem assassinados ao se envolverem em brigas enquanto alcoolizados e a desestruturação familiar.

Para Fonseca (2007), os trabalhadores em geral apresentam pouco conhecimento acerca da nocividade do consumo abusivo de álcool no trabalho, o qual pode conduzir à dependência e ao aumento das chances de acidente de trabalho. Com isso, salienta a importância dos investimentos e a priorização em programas de prevenção de acidentes de trabalho causados pelo uso excessivo desta substância e de seu uso abusivo, levando-se em consideração o número cada vez maior de casos ocorridos. Deste modo, as intervenções tornam-se eficazes e geram menor custo à sociedade.

Diante deste contexto, reforça-se que a temática do uso de álcool e trabalho, o qual é reconhecido como um problema de abrangência mundial configurou-se em uma questão que requerer atenção de todos os segmentos da sociedade, já que as consequências da mesma não incidem apenas para um determinado segmento da população. Os efeitos danosos do uso abusivo de álcool ultrapassam os limites individuais, os quais refletem na dimensão familiar, social e laboral das pessoas que sofrem os danos.

1.1.3 – Uso Problemático de Álcool e Estresse no Trabalho

a) Estresse no trabalho

A relação trabalho-saúde sofre a influência de duas vertentes. Uma relacionada ao conceito de risco ocupacional (higiene e segurança do trabalho), orientada por uma visão monocausal entre um agente de risco particular e a patologia por ele desencadeada. Neste conceito analisa-se o risco, baseando-se na identificação e isolamento de um agente específico e na medição dos níveis de concentração no ambiente deste agente numa dada situação de trabalho; essa noção de risco pode se referir tanto a localização concreta de um agente de risco quanto a uma situação perigosa num dado processo de trabalho. A outra vertente associa-se à ergonomia, organiza-se em torno do conceito de carga de trabalho. Através da carga de trabalho busca-se sintetizar a idéia de que a saúde dos trabalhadores é uma consequência da relação complexa e dinâmica entre o trabalhador e a sua atividade de trabalho, gerando processos de adaptação que se traduziriam em desgaste, sendo os acidentes e doenças só uma parcela destes. A noção de carga permite o reconhecimento de condições particulares, de situações de risco menos aparentes e da maneira como interagem os vários fatores agressivos, aproximando-se das vivências dos trabalhadores, incluindo os componentes psíquicos e afetivos, vinculados à organização do trabalho (CASTRO, 2002).

A análise do processo de trabalho e suas implicações na saúde do trabalhador necessitam integrar diversas áreas do conhecimento para melhor compreensão dessa complexa relação entre trabalho e saúde.

Portanto, o processo de trabalho é uma categoria central no estudo da saúde dos trabalhadores, pois sua organização e divisão determinarão vários fatores sejam eles a duração da jornada, o ritmo em que se reproduz, os mecanismos de supervisão do trabalhador, o controle do processo, sua complexidade e periculosidade (CASTRO, 2002; CARVALHO; FELLI, 2006; FERNANDES et al., 2006; CAMELO; ANGERAMI, 2008). Estes contextos também são apresentados por Primo, Pinheiro e Sakurai (2007), onde, através de revisão de literatura constataram

que os fatores organizacionais constituem-se em fatores associados ao absenteísmo no trabalho, além de se constituírem em fatores estressantes como observados nos estudos de Jex e Beehr (1991), Carrillo e Mauro (2003), Brito (2007), Camelo e Angerami (2008), Manetti, Marziale e Robazzi (2008), Schmidt e colaboradores (2009), Linch, Guido e Umann (2010), Gherardi-Donato e colaboradores (2011), Greco e colaboradores (2011), Rodrigues e Ferreira (2011) e Urbanetto e colaboradores (2011).

O estresse tem sido definido como um desgaste generalizado do organismo, em consequência às alterações psíquicas e fisiológicas que ocorrem no indivíduo quando ele é forçado a enfrentar situações que envolvem irritação, excitação, medo, ou mesmo grande alegria (LIPP, 1999; JACQUES, 2003). O estresse representa pressão, insistência e estar estressado, conota estar sob pressão ou estar submetido a um estímulo insistente (PROENÇA, 1998). Assim, o estresse origina-se de fontes internas e externas, sendo as externas representadas pelas situações da vida ou pelas relações interpessoais, como por exemplo, trabalho em excesso ou desagradável, família em desarmonia, acidentes, morte, tensão, violência, medo e doença (PAFARO, 2004).

Segundo o *National Institute of Occupational Safety and Health*, o estresse ocupacional se refere ao resultado do desequilíbrio entre as demandas do trabalho e capacidades do trabalhador, ou então, consequências de uma reação emocional, cognitiva, comportamental e fisiológica a componentes deletérios e adversos do conteúdo do trabalho (ARAÚJO et al., 2003; OLIVEIRA, 2005; CAMELO; ANGERAMI, 2008; RODRIGUES; FERREIRA, 2011).

O estresse relacionado ao trabalho, também referenciado como esgotamento profissional, estresse profissional ou estresse ocupacional (AREIAS COMANDULE, 2006; RODRIGUES; FERREIRA, 2011) é a um processo no qual ocorre estímulo-resposta, cujos estímulos são denominados de estressores e as respostas negativas como tensão (DEARMOND; CHEN, 2009). Além disso, pode ser visto como consequência de relações complexas entre condições do trabalho, condições externas ao trabalho e características do trabalhador, nas quais a demanda do trabalho excede as habilidades do trabalhador para enfrentá-las (BRITO, 2007; RODRIGUES; FERREIRA, 2011), o qual tem se transformado numa das principais

---

causas de afastamento em diversas áreas laborais (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2007).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT/OMS), os fatores estressantes do trabalho correspondem às interações entre o trabalho, o ambiente onde as realizam, a administração e os sistemas de produção, a satisfação no trabalho e as condições da organização mediante esta satisfação, as capacidades do emprego, suas necessidades, suas culturas, as relações interpessoais e sua situação pessoal externa ao ambiente de trabalho. Todos esses fatores, através de percepções e experiências, são passíveis de influenciar na saúde, no rendimento e na satisfação laboral (CARRILLO; MAURO, 2003; CAMELO; ANGERAMI, 2008; COSTA, 2008 apud LIMA; NÓBREGA; CORTEZ, 2008; DEARMOND; CHEN, 2009).

Os efeitos negativos sobre a saúde do trabalhador não são conseqüências apenas do uso problemático de álcool, como mencionado nos subitens anteriormente, mas também do estresse ocupacional, o qual gera custos às corporações e instituições e danos aos indivíduos.

Nessa perspectiva Manetti, Marziale e Robazzi (2008), através de revisão de literatura, evidenciaram vários fatores psicossociais do trabalho, dentre eles: fatores relacionados à organização do trabalho (divisão de tarefas, ritmo, pausas, jornadas, horários e turnos de trabalho, férias e horas extras, números de funcionários e reestruturações organizacionais); qualificação e aspectos da carreira (oportunidade de crescimento profissional); relacionados às relações sociais de trabalho (estilo de gerenciamento, estrutura hierárquica, composição da equipe, apoio social, autonomia no trabalho, o reconhecimento do trabalho); e, violência e rede de comunicações (violência no trabalho, clima de trabalho e relacionamento interpessoal).

Assim como, Jex e Beehr (1991) relacionam os fatores estressantes do trabalho às situações que exigem a adaptação do trabalhador, os quais podem ocasionar *reações psicológicas* que envolvem respostas emocionais como ansiedade ou frustração; *reações fisiológicas (físicas)*, as quais incluem sintomas como dores de cabeça, problemas digestivos e doenças como hipertensão arterial; e, *reações comportamentais* que incluem a utilização de substâncias como o álcool e o fumo e, a ocorrência de acidentes.

Em consonância com os fatores estressantes apresentados anteriormente, Manetti, Marziale e Robazzi (2008) assinalam, como consequências aos trabalhadores e aos serviços, provenientes de aspectos psicossociais do trabalho evidenciados na realização de revisão de literatura, que o estresse é um dado presente em 35,5% dos estudos revisados e analisados, seguido da satisfação no trabalho (22,5%), desgaste físico e/ou mental (12,9%), absenteísmo (9,7%), rotatividade (6,5%), sofrimento psíquico (6,5%), problemas alimentares (3,2%) e problemas menstruais (3,2%). Além disso, outro potencial estressor, apontado pelas autoras, refere-se à autonomia pelos trabalhadores na execução de suas tarefas.

Em países da América do Norte e na comunidade européia, a incidência do estresse mental no trabalho apresenta níveis preocupantes, respondendo por 11% das reclamações por doenças entre norte-americanos (JACQUES, 2002). Estudo realizado com enfermeiros apontou que o alto nível de estresse desses profissionais pode estar relacionado ao ambiente de trabalho (PAFARO, 2004).

No Brasil, esta relação entre estresse e o ambiente de trabalho vem sendo observada em diversos estudos (CASTRO, 2002; ARAÚJO et al., 2003; CARRILLO; MAURO, 2003; MARTINS; CORRÊA, 2004; MUROFOSE; MARZIALE, 2005; OLIVEIRA, 2005; BRITO, 2007; PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2007; CAMELO; ANGERAMI, 2008; MANETTI; MARZIALE; ROBAZZI, 2008; SCHMIDT et al., 2009; LINCH; GUIDO; UMANN, 2010; GHERARDI-DONATO et al., 2011; RODRIGUES; FERREIRA, 2011; URBANETTO et al., 2011).

Para Carrillo e Mauro (2003), o estresse laboral, ou seja, gerado pela organização do trabalho e o relacionamento com os colegas, se constitui em fator de vulnerabilidade e é passível de provocar riscos quanto ao uso de substâncias nocivas nos trabalhadores e inclusive potencializar doenças. Segundo as autoras, os fatores de riscos para o uso e abuso de drogas, evidenciados pelos trabalhadores da pesquisa foram: estresse (89,19%), rivalidade com colegas (47,93%), problemas pessoais (18,3%) e insatisfação com o trabalho e função que desempenham (15,5%). Como potencializador de doenças relacionados aos problemas de saúde ocupacional, Murofose e Marziale (2005) afirmam que o estresse é um fator de risco para doenças crônico-degenerativas e ansiedade, decorrentes da exposição laboral.

A fim de avaliar aspectos psicossociais do trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, Karasek (1979) propôs um modelo bidimensional

baseado relação de duas dimensões psicossociais no ambiente de trabalho, demanda psicológica e controle no trabalho, o Modelo Demanda-Controle (MDC) (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ALVES, 2004; ALVES et al., 2004; FISCHER et al., 2005; REIS et al., 2006; BRITO, 2007; MACEDO et al., 2007; CAMELO; ANGERAMI, 2008; AGUIAR, 2009; KIRCHHOF et al., 2009; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; MANETTI, 2009; GRECO et al., 2011; URBANETTO et al., 2011). Segundo este modelo que aborda simultaneamente a demanda psicológica e o controle no trabalho, altas demandas psicológicas, baixo controle do trabalhador sobre o trabalho e pouco suporte social recebido de colaboradores e chefes no ambiente laboral podem se constituir em indicadores de sobrecarga física e emocional no cotidiano laboral, ou seja, resulta em estresse ocupacional e, conseqüentemente, configurar-se-ão em riscos diferenciados à saúde (KARASEK; THEORELL, 1990; ALVES et al., 2004; REIS et al., 2005; AREIAS; COMANDULE, 2006; GOMES; MIGUELEZ, 2006; REIS et al., 2006; SANTOS, 2006; CHIARIELLO et al., 2008; MAGNAGO, 2008; PEREIRA; BRAGA; MARQUES, 2008; AGUIAR, 2009; KIRCHHOF et al., 2009; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; SCHMIDT et al., 2009; SILVA, 2009; MAGNAGO et al., 2010; SANTOS; CARDOSO, 2010; GRECO et al., 2011; URBANETTO et al., 2011).

Greco e colaboradores (2011) através de levantamento bibliográfico sobre a utilização do Modelo Demanda-Controle (MDC) em países da América Latina, no período de 1979 a 2010, encontraram apenas 35 trabalhos com esse foco, sendo que os periódicos brasileiros foram os que tiveram maior número de publicações, seguido dos mexicanos. Os estudos se concentraram na área dos trabalhadores da saúde (48,6%), docentes (14,3%), outras áreas de trabalho e estudos técnicos, como a contribuição do MDC e versão resumida da *Job Stress Scale (JSS)*.

Nesse levantamento encontrou-se uma investigação com trabalhadores técnicos-administrativos, a partir de uma tese de 2007, que relaciona estresse ocupacional e acidentes de trabalho na Universidade do Estado de Rio de Janeiro e, 10 estudos que objetivaram verificar a existência de associação entre alta exigência no trabalho e: condições de vida e estado de saúde, Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), impedimento laboral por motivos de saúde e sintomas de estresse em populações diversas, como funcionários técnicos-administrativos, adolescentes e mulheres trabalhadoras, servidores de um tribunal, trabalhadores de uma empresa

de transporte coletivo, de cozinhas industriais, de linhas de produção e trabalhadores de empresas mexicanas.

Esses mesmos autores evidenciaram a importância do modelo demanda-controle na investigação do ambiente psicossocial do trabalho, principalmente os efeitos do estresse ocupacional e suas repercussões sobre a saúde, em estudos com populações de diversas áreas.

Outros estudos brasileiros também se fundamentaram no modelo Demanda-Controle para mensurar o estresse no trabalho e/ou fatores associados e, como instrumento, utilizaram-se da escala de estresse no trabalho – *Job Scale Stress* (ALVES, 2004; MACEDO, 2005; BRITO, 2007; HARBS; RODRIGUES; QUADROS, 2008; SILVA; YAMADA, 2008; ALVES et al., 2009; SCHMIDT, 2009; SCHMIDT et al, 2009; SILVA, 2009; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; COSTA, 2010; GIANNINI, 2010; TAVARES, 2010; URBANETTO et al., 2011).

Braga e colaboradores (2010) a fim de abordar as relações entre demandas psicológicas, grau de controle e presença de suporte social no trabalho e prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP) com a aplicação da *Job Stress Scale*, verificou que 42,6% dos entrevistados apresentavam transtornos mentais comuns. Porém, 73,5% dos trabalhadores se encontravam submetidos à situação de demandas psicológicas elevadas. Quanto a associação, verificou-se que a ocorrência de transtorno mentais comuns foi significativamente mais elevada na situação de elevado desgaste (64,4%) e significativamente menor (13,9%) na situação de baixo desgaste.

Em servidores públicos do setor judiciário, Silva (2009) avaliou a pressão no trabalho e, conseqüentemente, o estresse, por meio da aplicação da *Job Scale Stress* e constatou que apesar de intenso o volume de trabalho e maior carga de trabalho, os resultados indicaram que apenas 4,52% da amostra têm uma demanda alta e um controle baixo, ou seja, alto desgaste, cujas reações psicológicas adversas aos indivíduos e às organizações são: diminuição da concentração e atenção; aumento do número de erros; aparecimento de depressão e desinteresse pelo trabalho.

Há na literatura, vertentes que sugerem que a tensão do estresse experienciada pelos indivíduos é decorrente de sua interação com o ambiente em que vivem (ARAÚJO et al., 2003; DEARMOND; CHEN, 2009; RODRIGUES;

FERREIRA, 2011). Assim, a tensão reagente a um fator estressante depende de como se avalia o estressor, ou seja, se o estímulo é estressante, positivo ou indiferente. Caso este estímulo avaliado pelo indivíduo seja determinado como estressante, segue-se o processo de avaliação e adaptação das ações a serem realizadas para enfrentar a situação. Desta maneira, esses processos de avaliação e adaptação auxiliam na decisão da escolha do método de *coping*, o qual influenciará na tensão que o indivíduo apresenta (ARAÚJO et al., 2003; JACQUES, 2003; DEARMOND; CHEN, 2009).

Nesse contexto, Rodrigues e Ferreira (2011) comentam que quanto mais intenso e prolongado a vivência do estresse, as mudanças ocasionadas no indivíduo pelo estresse como emoções, alteração no comportamento e interferência nos mecanismos biológicos e cognitivos serão mais proeminentes. Assim, os indivíduos se utilizam de mecanismos de *coping* ou de adaptação ao estresse, para lidar com essas realidades, ou seja, se utilizam de estratégias para se adaptarem às situações indutoras de estresse (GHERARDI-DONATO et al., 2011; RODRIGUES; FERREIRA, 2011).

Porém, determinados métodos de *coping* podem apresentar consequências adicionais aos indivíduos e às organizações, como por exemplo, a busca pelo consumo de bebidas alcoólicas, o qual denotaria uma estratégia de *coping*.

b) Consumo de álcool e estresse no trabalho

No ambiente de trabalho, o contato com situações estressantes ocorre eventualmente de forma abrupta, porém a exposição costuma acontecer em pequenas doses, cotidianas, de tal modo que outras reações fisiológicas de adaptação são provocadas (BRITO, 2007). O estresse ocupacional tem sido estudado porque interfere diretamente na vida do trabalhador, alterando seus níveis de satisfação, produtividade e saúde, o que ocasiona dificuldade de atenção e concentração, confusão mental, perda temporária da memória, irritabilidade, cansaço, mal-estar generalizado e acidentes (AREIAS; COMANDULE, 2006; SPINDOLA, 2007).

A noção de que as pessoas consomem bebidas alcoólicas em resposta ao estresse foi formalmente proposto por Conger em 1956 por meio da hipótese da redução da tensão através do consumo de álcool (COOPER et al., 1992).

Mundialmente, acredita-se que o estresse no trabalho promova uso pesado ou problemático de álcool. Desta forma, esforços têm sido empreendidos objetivando a diminuição do estresse no trabalho ou à promoção de alternativas de *coping* para o estresse como medidas de prevenção ao uso excessivo de álcool no ambiente de trabalho (COOPER; RUSSELL; FRONE, 1990).

Para Gherardi-Donato e colaboradores (2011), as causas do consumo abusivo de álcool não são apenas conseqüências de fatores orgânicos, mas também de um conjunto de determinantes biopsicossociais, onde deve-se considerar a reflexão sobre a contribuição dos aspectos do trabalho para o consumo abusivo dessa substância e a avaliação da relação entre estresse relacionado ao trabalho e consumo de álcool.

Segundo a descrição de Cooper, Russell e Frone (1990), pelo menos duas perspectivas teóricas associam uma relação causal entre o estresse e o uso excessivo de álcool. A teoria da redução da tensão propõe que o álcool diminui a tensão e, com isso, os indivíduos consomem bebidas alcoólicas para a redução da tensão. Já a perspectiva da teoria da aprendizagem social sobre o uso e abuso de álcool, propõe que alguns indivíduos são mais vulneráveis que outros a consumir álcool em resposta aos fatores estressantes quando não há outra opção mais adequada de enfrentamento (*coping*) e quando acreditam que o álcool melhora o humor positivo. A vulnerabilidade à ingestão de álcool se refere aos poucos recursos pessoais e sociais que o indivíduo apresenta a fim de se adaptar e enfrentar as fontes de estresse e manter expectativas positivas para os efeitos do álcool (COOPER; RUSSELL; FRONE, 1990; GHERARDI-DONATO et al., 2011). Desta forma, têm-se a hipótese de ambas as teorias de que fatores estressantes de trabalho conduzem ao aumento do estresse, que por sua vez, promovem o uso problemático de álcool entre os indivíduos vulneráveis.

Para Frone (1999), fatores externos advindos do ambiente de trabalho influenciam o hábito de beber dos trabalhadores. Dentre eles, temos as seguintes perspectivas: o paradigma de *controle social* sugere que o consumo se eleva quando o trabalhador não se integra na organização do trabalho, tendo baixa

visibilidade e baixo reconhecimento como fator de risco; o paradigma da *cultura/disponibilidade* sugere que o uso de álcool entre os trabalhadores pode ser promovido nos ambientes de trabalho onde o álcool está presente, podendo, oportunamente, ser consumida durante o trabalho ou nos intervalos e, disponível socialmente; e, por fim, o paradigma da *alienação/estresse* que sugere que os trabalhadores consomem as bebidas em resposta das condições físicas e psicossociais do ambiente de trabalho, como altas demandas de trabalho, pouca participação nas tomadas de decisão e conflitos interpessoais com supervisores ou colegas. Esta ideia descrita no último paradigma também é compartilhada por Fennell, Rodin e Kantor (1981), assim como por Murphy e colaboradores (1999) e Bacharach, Bamberger e Doveh (2008).

Nesse contexto, o uso de álcool é compreendido como uma consequência agradável quando o consumo proporciona sensação de relaxamento ou, para a tentativa de retirar uma consequência desagradável, quando há ingestão da bebida para aliviar tensão, solidão e tristeza (Castro, 2002).

A literatura aponta alguns estudos sobre a temática do álcool e estresse no trabalho, seja para verificar a relação entre ambos ou para avaliar o consumo do álcool em resposta ao estresse relacionado ao trabalho (FENNEL; RODIN; KANTOR, 1981; COOPER; RUSSELL; FRONE, 1990; COOPER et al., 1992; FRONE, 1999; MURPHY et al., 1999; CASTRO, 2002; CARRILLO; MAURO, 2003; DAWSON; GRANT; RUAN, 2005; FONSECA, 2007; MOORE et al., 2007; BACHARACH; BAMBERGER; DOVEH, 2008; BARROS et al., 2009).

Nos EUA, realizaram-se duas pesquisas independentes, com trabalhadores do corpo de bombeiros. Um estudo prospectivo longitudinal com o intuito de avaliar os estressores ocupacionais e consumo de álcool, concluiu uma existência de relação entre este tipo de trabalho e resultados negativos de saúde, o qual inclui a potencial dependência ao uso de álcool (MURPHY et al., 1999). O segundo estudo objetivou verificar a relação entre intensidade de envolvimento com os incidentes críticos no local de trabalho e o comportamento de uso problemático de álcool, ou seja, ao consumo de álcool para lidar com o estresse (*coping*) de cada unidade. Os resultados demonstraram que esta relação varia em cada unidade e que a angústia sofrida pelos mesmos apresenta papel mediador nessa relação, tanto nos resultados

positivos aos indivíduos quanto para os negativos, que seria a busca pelo álcool para o enfrentamento da realidade (BACHARACH; BAMBERGER; DOVEH, 2008).

Pesquisa realizada com trabalhadores de empresas no Rio de Janeiro a respeito do uso e abuso de álcool e outras drogas destacaram que, entre os possíveis riscos para o uso e abuso de drogas, identificou-se o estresse no trabalho, a rivalidade com os colegas e a insatisfação com o trabalho e com as funções que desempenham (CARRILLO; MAURO, 2003). Os autores sugerem a execução de estratégias preventivas no trabalho, através de palestras educativas nos setores, a criação de um espaço para a comunicação com profissionais de saúde, a conscientização sobre o consumo de substâncias psicoativas e o incentivo à prática de esportes.

Fonseca (2007) aponta que no Brasil, estudos indicam que o maior consumo de bebidas alcoólicas é realizado por trabalhadores que ocupam cargos de alto nível em empresas (dirigentes e altos executivos), os quais se justificam pela necessidade de aliviar o estresse causado pela competitividade.

Desta forma, tanto para Frone (1999) quanto para Castro (2002) e Fonseca (2007), o ambiente de trabalho é fonte de estresse e pressão social para beber, ou seja, como meio de garantir inclusão no grupo organizacional.

Frente ao exposto, os trabalhos de prevenção nos ambientes de trabalho constituem-se em ações que possibilita a promoção não apenas da saúde do trabalhador e seu bem estar, mas também refletirá na “saúde” organizacional, tornando-se importantes espaços de intervenções.

Para transformar um trabalho fatigante em um equilibrado, seria necessário flexibilizar a organização do trabalho, de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para encontrar e rearranjar os gestos capazes de lhe fornecer mais prazer. Seria preciso uma reorientação profissional que levasse em conta as aptidões do trabalhador, as necessidades de sua economia psicossomática, se possível de todas as suas aptidões, visto que o pleno emprego das aptidões parece ser uma condição de prazer do trabalho (CASTRO, 2002).

A prevenção de doenças e enfermidades é o objetivo principal dos cuidados de saúde, sendo necessária a investigação de riscos de saúde para a realização do cuidado preventivo. E o papel do enfermeiro na redução dos fatores de risco envolve atividades que promovam a saúde, não só a do paciente, mas também a de todos os

membros da sua família, já que estes compõem sua rede de apoio social (TAYLOR, 2007).

Conhecer quais transtornos mentais acomete os trabalhadores e a forma como estes se estabelecem é uma maneira de diminuir o sofrimento, seja este, vivenciado pelo uso problemático de álcool e/ou pela presença de estresse ocupacional e, melhorar a assistência da pessoa que dela padece.

Desta maneira, compreender a manifestação da enfermidade amplia-se as possibilidades de planejamento de estratégias de ação para prevenção, tratamento e reabilitação, principalmente em relação aos fatores de risco presentes no ambiente de trabalho, primando pelo desenvolvimento das potencialidades e capacidades do sujeito. E mais, possibilita-nos fornecer condições para expandir a capacidade de enfrentar de maneira eficaz o estresse da vida, ter maior produtividade no trabalho e melhorar a relação com as demais pessoas e consigo mesmo (MUROFOSE; MARZIALE, 2005).

2. Justificativa

---

2. JUSTIFICATIVA

O consumo de bebidas alcoólicas, apesar de ser uma das bebidas mais consumidas no mundo, constitui-se em um importante problema de saúde pública, pois além de gerar ônus ao sistema público de saúde, também causa danos ao indivíduo, interfere nas suas relações interpessoais e, muitas vezes, no seu ambiente de trabalho, seja na possibilidade de riscos de acidente de trabalho, prejuízo da capacidade no trabalho ou relacionamento com colegas e chefias.

Desta maneira, a presença de estresse no ambiente de trabalho pode se estabelecer em um fator de risco, no qual o indivíduo desenvolve estratégias que auxiliam na busca de novas opções para minimizar ou aliviar essa tensão, sendo que, na maioria das vezes, a opção mais próxima, ou talvez, pela facilidade de acesso, seja o consumo de bebidas alcoólicas.

As pesquisas epidemiológicas podem colaborar para a compreensão dos padrões de consumo do álcool e para o desenvolvimento futuro de estratégias de prevenção cuja meta é reduzir os danos causados pelo uso do álcool e transtornos relacionados.

Sendo assim, diante da elevada prevalência de uso de álcool em populações de trabalhadores, os estudos sobre o estresse no ambiente laboral e, a relação do estresse com o uso de substâncias psicoativas, propõe-se desenvolver um estudo sobre o consumo de bebidas alcoólicas e a relação deste com o estresse no trabalho e outras variáveis associados entre trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública.

3. Objetivos

---

3. OBJETIVOS

3.1 – Objetivo geral:

Identificar a prevalência de consumo de álcool e verificar a associação de fatores relacionados entre servidores técnicos-administrativos de uma universidade pública.

3.2 – Objetivos específicos:

- I. Caracterizar a amostra quanto às características sociodemográficas, econômicas e de trabalho;
- II. Identificar a prevalência de uso de álcool e de padrão de consumo na amostra;
- III. Identificar os níveis de exposição ao estresse laboral na amostra,
- IV. Verificar a associação entre uso problemático de álcool e fatores sociodemográficos e econômicos, de trabalho e condições de saúde (tabagismo e estresse) na amostra.

4. Material e Método

---

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 – Delineamento do Estudo

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo-exploratório, de corte transversal, com população de servidores da categoria técnico-administrativo de uma universidade pública do interior do Estado de São Paulo.

4.2 – Local do Estudo

O estudo foi realizado em unidades de ensino, setor administrativo e setor de suporte de informática do campus da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto. O campus é composto pela Coordenadoria (CCRP), Centro de Informática (CIRP), Departamento de Música de Ribeirão Preto da Escola de Comunicação e Artes de São Paulo (ECA – USP de São Paulo), Faculdade de Medicina (FMRP), Faculdade de Ciências Farmacêuticas (FCFRP), Faculdade de Odontologia (FORP), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (FFCLRP), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEARP) e Escola de Enfermagem (EERP).

4.3 – População do Estudo

A população do estudo consistiu-se em servidores da categoria técnico-administrativo, ou seja, não-docente, a qual agrega ampla diversidade de faixa etária, nível socioeconômico, nível de escolaridade e função ocupada no trabalho. Desta forma, os critérios de inclusão na pesquisa foram: ser funcionário da categoria técnico-administrativo do campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) e estar presente na unidade de referência no momento da coleta de dados.

No início da coleta dos dados, o universo total de servidores técnicos-administrativos do campus era de 1693. Salienta-se que a listagem de servidores fornecida pelos recursos humanos de cada unidade, já excluía os funcionários

terceirizados e os servidores com vínculo USP que respondem à Coordenadoria da USP de São Paulo (campus capital). Assim, não participaram da pesquisa: os funcionários que não estavam presentes no momento do período da coleta realizado em cada unidade, os funcionários terceirizados e os servidores com vínculo USP do campus de São Paulo (capital).

Considerando os aspectos técnicos-administrativos das unidades do campus e os critérios de inclusão, referente aos funcionários administrativamente alocados no campus de Ribeirão Preto e os presentes no momento da coleta, a população constituiu-se em 1239 e a amostra participante do estudo, em 925 (74,65%). A diferença entre a população e a amostra de participantes esteve composta por: 192 (15,50%) recusas e 122 (9,85%) questionários não devolvidos.

Apesar da maioria dos servidores estarem instalados internamente à área do campus de Ribeirão Preto para a realização da coleta de dados, houve algumas exceções, ou seja, alguns funcionários se encontravam fora do campus, mas que também foram abordados: servidores alocados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP-FMRP), Centro de Saúde Escola (CSE-FMRP), Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I (UBS-FMRP) e Espaço de Cultura e Extensão Universitária (ECEU-FMRP).

4.4 – Instrumentos para coleta dos dados

Para a coleta dos dados foram utilizados três instrumentos de medidas: Questionário de dados Sociodemográficos, Econômicos e características do trabalho, Questionário sobre o Padrão de Consumo de Bebida Alcoólica – *AUDIT* (BABOR et al., 2001) e questões complementares e, Questionário sobre as condições de saúde [Escala de Estresse no Trabalho – *Job Stress Scale (JSS)* (ALVES, 2004) e tabagismo].

4.4.1 – Questionário de dados Sociodemográficos, Econômicos e Características do Trabalho

O Questionário de dados sociodemográficos e econômicos (APÊNDICE A), organizado pelos pesquisadores baseado nos Critérios de Classificação Econômica do Brasil, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2003), apresenta questões de identificação, situação econômica, escolaridade, religião, além de informações sobre os aspectos profissionais, como função exercida no trabalho, nível da função e tempo de trabalho exercido na instituição. Estudos de Rosa Filho (2006), Gordia e colaboradores (2009) e Mattara e colaboradores (2010) utilizaram-se dos mesmos critérios para a avaliação dos dados socioeconômicos. As informações a serem coletadas sobre os dados sociodemográficos apresentaram-se semelhantes aos utilizados nos estudos de Figlie e colaboradores (2000), Figlie (2004), Martins e colaboradores (2008) e Rubiatti (2008).

4.4.2 – Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Para o rastreamento de problemas relacionados ao uso de álcool, assim como o padrão de consumo de bebidas alcoólicas, utilizou-se o questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (ANEXO A), desenvolvido por Babor e Grant (1989), o qual se constituiu na primeira edição do manual do AUDIT e, posteriormente atualizada por Babor e colaboradores (1992, 2001) sendo publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, o AUDIT foi proposto e adaptado por Mendéz (1999), inicialmente para a atenção primária à saúde. Entretanto, posteriormente, o instrumento foi traduzido e validado por Lima e colaboradores (2005) para a utilização na população brasileira geral e, consequentemente, em estudos epidemiológicos (FIGLIE et al., 1997; FIGLIE et al., 2000; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003; FIGLIE, 2004; LIMA et al., 2005; MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; BARROS et al., 2007; MABUCHI et al., 2007; MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007; NEVES, 2007; ALIANE, 2008;

MARTINS et al., 2008; MATUTE; PILLON, 2008; ROMERA, 2008; RUBIATTI, 2008; SANTOS et al., 2008; GORDIA et al., 2009; MENESES-GAYA et al., 2009; BRAVO ORTIZ; MARZIALE; 2010; MATTARA et al., 2010; SILVA et al., 2010; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

O desenvolvimento e a avaliação do AUDIT ocorreram por um período de duas décadas através de projeto colaborativo entre seis países (Austrália, Bulgária, Quênia, México, Noruega e Estados Unidos) com a finalidade de verificar a confiabilidade do instrumento dentre as diferentes realidades socioculturais e econômicas (LIMA et al., 2005; MABUCHI et al., 2007; RUBIATTI, 2008; BRAVO ORTIZ; MARZIALE; 2010; MATTARA et al., 2010).

O referido instrumento foi traduzido em diversas línguas para o uso em vários países. De acordo com Magnabosco, Formigoni e Ronzani (2007) e Meneses-Gaya e colaboradores (2009), as traduções do AUDIT pelo mundo derivam-se da Nigéria, Índia, Espanha, Brasil, Suíça, China, Alemanha, Vietnã e França. Com relação à validade e à confiabilidade das versões traduzidas, nem todas as versões destes países citados acima apresentam estas avaliações.

O AUDIT é composto por 10 questões que avaliam o uso recente (últimos 12 meses) de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool. As oito primeiras questões apresentam cinco possibilidades de respostas, com valores que variam de zero a quatro, e as duas últimas, somente três possibilidades de respostas, com valores zero, um e quatro, sendo as maiores pontuações indicativas de problemas (FIGLIE et al., 1997; BABOR et al., 2001; CORRADI-WEBSTER, 2004; FIGLIE, 2004; LIMA et al., 2005; MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007; NEVES, 2007; ALIANE, 2008; MARTINS et al., 2008; MATUTE; PILLON, 2008; ROMERA, 2008; RUBIATTI, 2008; SANTOS et al., 2008; MENESES-GAYA et al., 2009; BRAVO ORTIZ; MARZIALE; 2010; MATTARA et al., 2010; REISDORFER, 2010; SILVA et al., 2010; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

As três primeiras questões fazem referência à quantidade e frequência do uso regular ou ocasional do álcool; as perguntas 4, 5 e 6 verificam a ocorrência de sintomas de dependência e as quatro últimas tratam de problemas recentes na vida que possam estar relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas (FIGLIE et al.,

1997; LIMA et al., 2005; MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; NEVES, 2007; ROMERA, 2008; RUBIATTI, 2008; SANTOS et al., 2008; MENESES-GAYA et al., 2009; BRAVO ORTIZ; MARZIALE; 2010).

O escore varia de 0 a 40 e o ponto de corte pode ser feita de diferentes modos, mas sempre obtido através da somatória das questões do AUDIT. Uma pontuação igual ou superior a 8 indica a necessidade de um diagnóstico mais específico (BABOR et al., 2001; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003; FIGLIE, 2004; LIMA et al., 2005; MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; BARROS et al., 2007; NEVES, 2007; ALIANE, 2008; MARTINS et al., 2008; MATUTE; PILLON, 2008; ROMERA, 2008; RUBIATTI, 2008; SANTOS et al., 2008; MENESES-GAYA et al., 2009; BRAVO ORTIZ; MARZIALE; 2010; REISDORFER, 2010; SILVA et al., 2010).

Também vem sendo proposta uma classificação em quatro padrões de uso de álcool ou níveis de risco: zona I (até 7 pontos: indica uso de baixo risco ou abstinência); zona II (de 8 a 15 pontos: indica uso de risco); zona III (de 16 a 19 pontos: sugere uso nocivo) e zona IV (acima de 20 pontos: mostra uma possível dependência) de acordo com Tabela 1 (BABOR et al., 2001; PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; NEVES, 2007; MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007; ALIANE, 2008; SANTOS et al., 2008; BRAVO ORTIZ; MARZIALE; 2010; SILVA et al., 2010).

Tabela 1 – Distribuição do escore do padrão de consumo de bebidas alcoólicas com base em 4 zonas de classificação*. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Zonas	Pontuação
Zona I	
Uso de baixo risco ou abstinência	Até 7 pontos
Zona II	
Uso de risco	De 8 a 15 pontos
Zona III	
Uso nocivo	De 16 a 19 pontos
Zona IV	
Possível dependência	> 20 pontos

* Classificação proposta por Babor et al. (2001).

A fim de verificar o uso problemático de álcool pelos respectivos servidores inseridos no contexto laboral, neste estudo, utilizou-se a classificação proposta por Mendoza-Sassi e Béria (2003) e Barros (2007), assim como em estudos prévios conduzidos no país (FIGLIE, 2004; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; ROMERA, 2008), cuja referência para o uso de baixo risco – *uso não problemático* – foi definido pela pontuação igual ou inferior a 7 pontos e o padrão de uso de risco – *uso problemático* – foi considerado pela pontuação superior a este valor (8 pontos), haja vista que Babor e colaboradores (1992) sugerem que o ponto de corte igual a 8 do AUDIT, apresenta sensibilidade de 91% a 100% para identificação de pessoas que beberam de forma problemática no último ano e, Méndez (1999), por sua vez, na validação brasileira, relata sensibilidade de 91,8%, com o mesmo ponto de corte.

Com o intuito de obter instrumentos de rastreamento, cuja aplicação seja fácil e rápida, foram desenvolvidas versões reduzidas do AUDIT, sendo possível devido à sua alta consistência, o que permitiu versões mais curtas, tão eficientes quanto a versão completa. Segundo Meneses-Gaya e colaboradores (2009), as versões reduzidas são: AUDIT-3 - o menor de todos, consistindo apenas da terceira questão do AUDIT; AUDIT-C, constituído por três primeiras questões da escala completa (ALIANE, 2008); AUDIT QF, compreendendo as duas primeiras perguntas; AUDIT PC, com perguntas de um, dois, quatro, cinco e 10; AUDIT 4, que consiste na três primeiras questões mais questão número 10; FAST, que inclui questões três, cinco, oito e 10, e os Five-Shot, que integra três questões do CAGE com dois do AUDIT. Estudos de validação destas versões têm sido maiores para o AUDIT-3 e C-AUDIT e poucos estudos de avaliação do AUDIT PC, Five-Shot e FAST.

Para o presente estudo optou-se por usar a versão completa do instrumento a fim de comparar com outros estudos sobre a temática e, pela referência ao termo “beber problemático” ou “uso problemático” para os sujeitos da amostra que pontuaram o AUDIT positivamente.

De acordo com a literatura, o AUDIT é amplamente utilizado, tanto nacional quanto internacionalmente para o rastreamento de risco e problemas associados ao uso de álcool, pois é de fácil aplicação, apresenta concordância com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para uso nocivo e dependência do álcool e baseia-se no uso recente de bebidas alcoólicas (FIGLIE et al., 2000; BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003; PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; MAGNABOSCO;

FORMIGONI; RONZANI, 2007; NEVES, 2007; RUBIATTI, 2008; MENESES-GAYA et al., 2009; BRAVO ORTIZ; MARZIALE; 2010; MATTARA et al., 2010; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

Diversos estudos utilizaram-se deste instrumento para o rastreamento do uso problemático de álcool, o qual se mostrou eficiente aos objetivos propostos (FIGLIE et al., 2000; MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; ROMERA, 2008; RUBIATTI, 2008; SANTOS et al., 2008; BRAVO ORTIZ; MARZIALE; 2010; REISDORFER, 2010).

De acordo com estudos prévios, a versão do instrumento em questão, possui boas propriedades psicométricas, o qual nos permite a sua utilização no presente estudo (FIGLIE et al., 1997; FIGLIE et al., 2000; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003; FIGLIE, 2004; MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005; MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007; BARROS et al., 2008; MARTINS et al., 2008; SANTOS et al., 2008; GORDIA et al., 2009; MENESES-GAYA et al., 2009; MATTARA et al., 2010; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

O AUDIT possibilita uma abordagem com ênfase sobre a detecção precoce de problemas relatados pelo uso de álcool. A triagem deixa de ser usado apenas como parâmetro diagnóstico e passa a ser importante na detecção de fatores de risco, podendo direcionar mais à educação para a saúde do que a um tratamento propriamente dito (ALLEN et al., 1997).

4.4.2.1 – Questões complementares sobre o Padrão de Consumo de Bebidas Alcoólicas

Para complementar as informações sobre o Padrão de Consumo de Bebidas Alcoólicas, elaborou-se três questões pelos pesquisadores referentes à problemas devido ao consumo de bebidas alcoólicas, à procura de ajuda para diminuir ou parar de beber e se havia interesse em obter maiores informações, inseridas no caderno dos instrumentos de medida (APÊNDICE B). São questões meramente informativas e ausentes de valores atribuídos às mesmas, as quais tiveram suas respostas nominais categorizadas. Estas questões foram codificadas apenas para fins de análises estatísticas descritivas.

4.4.3 – Questionário sobre as condições de saúde

4.4.3.1 – Escala de Estresse no Trabalho – Job Stress Scale (JSS)

Com o objetivo de medir os aspectos psicossociais do trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, Karasek (1979) propôs um modelo bidimensional baseado na abordagem simultânea de demanda e controle (Modelo Demanda-Controle) (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ALVES, 2004; ALVES et al., 2004; FISCHER et al., 2005; REIS et al., 2006; BRITO, 2007; MACEDO et al., 2007; CAMELO; ANGERAMI, 2008; AGUIAR, 2009; KIRCHHOF et al., 2009; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; MANETTI, 2009; GRECO et al., 2011; URBANETTO et al., 2011). A partir deste modelo, elaborou-se um instrumento baseado em estudos de Framingham (EUA) e questionário do *Quality of Employment Survey – QES*, o qual resultou no *Job Content Questionnaire – JCQ* (Questionário do Conteúdo do Trabalho), constituído inicialmente por 27 questões (KARASEK, 1985). Posteriormente, Johnson e Hall (1988) acrescentaram ao modelo a dimensão de apoio social no trabalho, resultante da interação dos trabalhadores exercida com os colaboradores e com os supervisores no ambiente de trabalho atuando como amortecedor (na maior oferta) ou potencializador (na menor oferta) do efeito da demanda e do controle na saúde (ALVES, 2004; MACEDO, 2005; SANTOS, 2006; BRITO, 2007; AGUIAR, 2009; ALVES, 2009; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010). Este questionário, considerado referência para estudos do estresse ocupacional, apresenta 49 questões que avaliam cinco dimensões: controle no trabalho, demanda psicológica, suporte social, demanda física e insegurança no emprego (ARAÚJO et al., 2003; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ALVES et al., 2004; FISCHER et al., 2005; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; SANTOS, 2006; HARBS; RODRIGUES; QUADROS, 2008), sendo sua aplicação aceitável para qualquer tipo de trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A Escala de Estresse no Trabalho - *Job Stress Scale (JSS)* (ANEXO B) adaptada e validada para o português por Alves e colaboradores (2004), constitui-se numa versão resumida, elaborada na Suécia para a avaliação do estresse ocupacional por Theorell (1988), a partir da versão original do *Job Content*

Questionnaire (JCQ), sendo composta por 17 questões, abordadas em três dimensões, entre as quais, cinco questões avaliam a demanda psicológica, seis avaliam o controle sobre o trabalho e seis investigam o apoio social (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; MACEDO, 2005; BRITO, 2007; MACEDO et al., 2007; HARBS; RODRIGUES; QUADROS, 2008; SILVA; YAMADA, 2008; ALVES, 2009; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; MANETTI, 2009; SILVA, 2009; COSTA, 2010; GIANNINI, 2010; GRECO et al., 2011; URBANETTO et al., 2011). Optou-se por utilizar a referida escala por ter reconhecimento internacional na avaliação do estresse laboral, ser validada no Brasil e por apresentar considerável estabilidade (teste e re-teste entre 0,82 e 0,91) e consistência interna aceitáveis para suas dimensões (Alfa de Cronbach entre 0,63 e 0,86) (ALVES et al., 2004; ARAÚJO; KARASEK, 2004; FISCHER et al., 2005; SANTOS, 2006). Ressalta-se que houve contato e autorização da respectiva autora, responsável pela tradução e validação no país para a utilização da Escala de Estresse no Trabalho “*Job Stress Scale*” (APÊNDICE C).

Segundo o Modelo Demanda-Controle (MDC) que relaciona duas dimensões psicossociais no ambiente de trabalho – demanda psicológica e controle no trabalho – altas demandas psicológicas, baixo controle do trabalhador sobre o trabalho e pouco suporte social recebido de colaboradores e chefes no ambiente laboral podem se constituir em indicadores de sobrecarga física e emocional no cotidiano laboral, ou seja, resulta em estresse ocupacional e, conseqüentemente, configurar-se-ão em riscos diferenciados à saúde (KARASEK; THEORELL, 1990; ALVES et al., 2004; REIS et al., 2005; AREIAS; COMANDULE, 2006; GOMES; MIGUELEZ, 2006; REIS et al., 2006; SANTOS, 2006; CHIARIELLO et al., 2008; MAGNAGO, 2008; PEREIRA; BRAGA; MARQUES, 2008; AGUIAR, 2009; KIRCHHOF et al., 2009; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; SCHMIDT et al., 2009; SILVA, 2009; MAGNAGO et al., 2010; SANTOS; CARDOSO, 2010; GRECO et al., 2011; URBANETTO et al., 2011). Assim, a maioria das reações adversas das exigências psicológicas, tais como fadiga, ansiedade, depressão e doença física ocorreriam quando a demanda do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo (ARAÚJO et al., 2003; PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2007).

De acordo com a literatura, as dimensões do Modelo Demanda-Controle podem ser definidas como (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ALVES et al., 2004;

MACEDO, 2005; REIS et al., 2005; AREIAS; COMANDULE, 2006; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; REIS et al., 2006; SANTOS, 2006; BRITO, 2007; MACEDO et al., 2007; CAMELO; ANGERAMI, 2008; AGUIAR, 2009; ALVES, 2009; KIRCHHOF et al., 2009; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; MANETTI, 2009; SILVA, 2009; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; COSTA 2010; GIANNINI, 2010; GRECO et al., 2011; RIBEIRO, 2011):

- A primeira dimensão do modelo – demanda psicológica – é definida por Karasek e Theorell (1990) como as pressões de natureza psicológica, quantitativa ou qualitativa, envolvida na execução das tarefas e atividades ocupacionais, a qual se refere às exigências (sobrecarga de trabalho) que o trabalhador enfrenta para realizar suas atividades, o qual envolve nível de concentração requerida, pressão do tempo para realização de tarefas (proporção do tempo de trabalho realizado sob tal pressão), ritmo e volume de tarefas a serem realizadas e necessidade de esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores, assim como à existência de ordens contraditórias ou discordantes. Inclui ainda desgaste mental necessário para executar a tarefa, conflitos pessoais, medo de perder o cargo ou emprego, ou ainda medo de ficar desatualizado.
- A segunda dimensão destina-se ao controle exercido pelos trabalhadores sobre o próprio trabalho e refere-se a dois aspectos: 1) uso de habilidades intelectuais ou destreza do trabalhador para realizar as tarefas a ele confiadas através da criatividade, aprendizado de coisas novas, tarefas diferentes e desenvolvimento de novas habilidades especiais e individuais; e 2) autoridade decisória, ou seja, oportunidade de participar das decisões no ambiente de trabalho, autonomia e flexibilidade de decidir como fazer as tarefas e quais habilidades empregar, possibilidade de opinar sobre o trabalho e influenciar o grupo de trabalho e a política gerencial.
- A terceira dimensão, inserida no modelo posteriormente, destina-se ao suporte social e inclui componentes de natureza coletiva, capazes de modificar as dimensões de ordem individuais da relação demanda-controle e saúde, o qual se refere aos níveis globais de interação social

disponíveis no trabalho, ou seja, apoio da chefia e dos colegas de trabalho, o que implica na existência de bons canais de comunicação, relações satisfatórias com colegas e chefes, além da colaboração para a realização das tarefas.

Para a avaliação das variáveis, as dimensões (psicológica e controle) são dicotomizadas em alto e baixo (ARAÚJO et al., 2003; ALVES et al., 2004; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; MANETTI, 2009; COSTA, 2010; GIANNINI, 2010; URBANETTO et al., 2011).

O modelo de Karasek permite a construção de quadrantes que distingue quatro tipos de desgaste da atividade laboral a partir das combinações dos níveis 'alto' e 'baixo' dos aspectos da demanda psicológica e do controle das atividades: '*Alto desgaste*' quando há maior demanda psicológica e menor controle, ou seja, são as reações mais adversas de desgaste psicológico e, '*Baixo desgaste*' quando há menor demanda psicológica e maior controle, o qual se configura num estado altamente confortável e ideal de trabalho; e o tipo de trabalho executado em '*Passivo*' quando há menor demanda e menor controle, ou seja, produz uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades e, '*Ativo*' quando há maior demanda psicológica e maior controle, que permite ao trabalhador ter uma ampla possibilidade de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas, bem como usar sua potencialidade intelectual com esta finalidade (ARAÚJO et al., 2003; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ALVES, 2004; REIS et al., 2005; GOMES; MIGUELEZ, 2006; NASCIMENTO SOBRINHO, 2006; PORTO et al., 2006; SANTOS, 2006; BRITO, 2007; MACEDO et al., 2007; CAMELO; ANGERAMI, 2008; HARBS; RODRIGUES; QUADROS; MAGNAGO, 2008; SILVA; YAMADA, 2008; AGUIAR, 2009; ALVES, 2009; KIRCHHOF et al., 2009; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; MANETTI, 2009; SCHMIDT et al., 2009; SILVA, 2009; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; GRECO et al., 2011; URBANETTO et al., 2011).

Essas quatro combinações que expressam experiências específicas de trabalho, podem ser representadas por quadrantes atravessados por duas diagonais: Diagonal A e Diagonal B, os quais podem ser exemplificados da forma apresentada na Figura 1.

FIGURA 1: Esquema do modelo Demanda-Control de Karasek.

FONTE: Adaptado de Alves (2004).

O sentido das setas diagonais na Figura 1 indica a repercussão que a combinação entre exposição a diferentes níveis de demanda e controle ocasiona nos indivíduos.

A diagonal tracejada aponta para o risco de sofrimento físico e psíquico, cuja principal predição estabelecida é a de que a maioria das reações adversas das exigências psicológicas (fadiga, ansiedade, depressão e doença física) ocorrem na medida em que a *demand do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo* (quadrante '*alto desgaste*'). Por outro lado, no outro extremo, o trabalho em baixo desgaste se configuraria em situação ideal de trabalho, o qual comprometeria em menor grau a saúde (quadrante '*baixo desgaste*'). A

diagonal contínua prevê o aumento da motivação e o desenvolvimento de novos padrões de comportamento característico da composição da alta demanda e alto controle (quadrante *‘trabalho ativo’*), pois conduz ao aumento da atividade do indivíduo e da capacidade de produzir soluções para as atividades e problemas enfrentados. Entretanto, a combinação de baixa demanda e baixo controle (quadrante *‘trabalho passivo’*), produzem uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades, além de conduzirem à desmotivação, insatisfação e deixar o indivíduo exposto a diversas situações, acarretando adoecimento físico e mental (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ALVES, 2004; REIS et al., 2006; SANTOS, 2006; BRITO, 2007; HARBS; RODRIGUES; QUADROS, 2008; AGUIAR, 2009; MANETTI, 2009; GIANNINI, 2010).

A descrição da leitura da escala, que se segue, foi realizada baseada na metodologia adotada por ALVES (2004) na tese “Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo Pró-saúde” e conforme estudos que utilizaram o Modelo Demanda-Controle e a *Job Scale Stress* (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; HARBS; RODRIGUES; QUADROS, 2008; SILVA; YAMADA, 2008; MANETTI, 2009; SHMIDT, 2009; SCHMIDT et al., 2009; SILVA, 2009; COSTA, 2010; GIANNINI, 2010; URBANETTO et al., 2011).

Os escores do JSS foram obtidos pela soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas de cada dimensão, no valor de 1 a 4, da menor para a maior frequência (nunca/ frequentemente e discordo totalmente/concordo totalmente).

Dentre as perguntas que avaliam ‘demanda psicológica’ quatro se referem a aspectos quantitativos como tempo e velocidade para realização do trabalho, e uma pergunta avalia aspectos predominantemente qualitativos do processo de trabalho relacionados ao conflito entre diferentes demandas, sendo que uma questão possui pontuação inversa, ou seja, o escore 4 equivale a pouca demanda e 1, a muita demanda.

O cálculo do escore da dimensão ‘demanda psicológica’ é realizado pela soma dos escores atribuídos aos cinco itens que compõem a dimensão e pode variar de 5 a 20, quanto maior o escore, maior a demanda psicológica percebida pelo trabalhador, ou seja, quanto maior demanda, pior a situação.

Seis questões referem-se à dimensão ‘controle’, dentre as quais quatro referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades e duas, à autonomia para

tomada de decisão sobre o processo de trabalho, excetuando-se uma questão, que possui escore em direção reversa, ou seja, o escore 4 equivale a pouco controle e 1, a muito controle.

A dimensão controle pode ser dividida em dois subitens: “discernimento intelectual” (quatro itens) e “autoridade sobre decisões” (dois itens), cujo o resultado do escore total da dimensão controle obtido pela soma dos escores destes dois subitens varia de 6 a 24, o que significa que quanto maior o valor, maior o controle do profissional no desenvolvimento de seu trabalho e, conseqüentemente, melhor a situação.

Para ambas as dimensões (demanda psicológica e controle), as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert variando entre “nunca/quase nunca” (1) e “frequentemente” (4), ou seja, 1 indica pouca demanda/controle e 4, muita demanda/controle, com exceção da questão reversa presente em ambas as dimensões as quais possuem direção inversa.

A dimensão ‘apoio social’ contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes tendo quatro opções de resposta, também em escala tipo Likert de 4 pontos com variação entre “discordo totalmente” (1) e “concordo totalmente” (4).

O escore da dimensão apoio social possui intervalo de 6 a 24 e é dado pela soma das respostas fornecidas aos seis itens, o que significa que quanto maior o escore, melhor o apoio social do trabalhador em seu ambiente de trabalho.

Para a sistematização dos quadrantes de exposição ao estresse das dimensões propostas pelo modelo de Karasek, os estudos encontrados têm adotado a mediana como ponto de corte, formando duas dimensões para demanda psicológica e duas para controle (alta/baixa demanda psicológica e alto/baixo controle) (ARAÚJO et al., 2003; ALVES et al., 2004; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; MANETTI, 2009; SCHMIDT et al., 2009; COSTA, 2010; GIANNINI, 2010; MAGNAGO et al., 2010). E, para a dimensão suporte social, o ponto de corte foi através de tercil (ALVES, 2004). Os valores adotados foram:

- Mediana da dimensão demanda psicológica: 13, sendo considerado escore baixo os valores de 5 a 13 e escore alto de 14 a 20, a média do escore demanda foi de 13,1 (DP 3,0);

- Mediana da dimensão controle: 17, sendo considerado escore baixo os valores de 6 a 17 e escore alto de 18 a 24, a média do escore controle foi de 17,8 (DP 2,8); e
- Tercil da dimensão social: sendo considerado escore baixo os valores até 17, escore intermediário de 18 a 21 e escore alto de 22 a 24, a média do escore social foi de 20,5 (DP 3,2).

Desta forma, as classificações que expressam as situações específicas de trabalho a serem consideradas de acordo com os estudos são (ARAÚJO et al., 2003; ALVES, 2004; ALVES et al., 2004; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; MANETTI, 2009; SCHMIDT et al., 2009; COSTA, 2010; GIANNINI, 2010; MAGNAGO et al., 2010; URBANETTO et al., 2011):

- Trabalhadores expostos a uma combinação de alta demanda e baixo controle (alta exigência) são considerados como grupo de maior exposição ao estresse ocupacional;
- Aqueles, expostos à alta demanda, mas tendo alto controle (trabalho ativo) ou a baixo controle e baixa demanda (trabalho passivo) são considerados como grupo de exposição intermediária ao estresse ocupacional e,
- Trabalhadores com alto controle e baixa demanda (baixa exigência) são classificados como não expostos ao estresse no trabalho.

4.4.3.2 – Tabagismo

Apresenta questão sobre o hábito de fumar, cuja pergunta foi: “Você fuma atualmente?”. As alternativas para as respostas foram “não” e “sim” (APÊNDICE D).

4.5 – Variáveis em estudo

4.5.1 – Descrição da Variável Dependente

Uso problemático de álcool

O uso problemático de álcool foi definido através do uso do questionário AUDIT a partir da pontuação total, conforme descrição no item 4.4.2., cuja classificação dicotômica consistiu-se em “não uso problemático de álcool” e “uso problemático de álcool”.

4.5.2 – Descrição das Variáveis Independentes

As variáveis independentes a serem consideradas no estudo foram:

I. Variáveis Sociodemográficas e Econômicas

- **Sexo:** classificado em feminino e masculino.
- **Idade:** anos completos no momento da pesquisa, obtendo-se a variável contínua, sendo classificada posteriormente de acordo com as categorias do DATASUS: até 29 anos, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos e maior que 50 anos (BRASIL, 2011).
- **Reside:** os participantes foram questionados se residem sozinho; família de origem; família atual ou com amigos, o qual posteriormente foi recodificado quanto a residir sozinho na moradia ou com alguém.
- **Estado civil:** classificado em casado/amasiado; solteiro; separado; viúvo.
- **Filhos:** categorizadas em não; sim, moram consigo; sim, não moram consigo.
- **Renda per capita:** variável criada a partir da renda familiar dividido pelo número de pessoas que vivem com esta renda, classificada em salários mínimos, vigente no país em 2010, cujas categorias foram: até 1 salário, de 1 a 2, de 2 a 3, de 3 a 4 e de 4 a 5 salários mínimos.
- **Escolaridade:** os participantes foram questionados sobre a conclusão ou não de seus estudos, sendo considerados os cursos: ensino superior

completo; ensino superior incompleto; ensino médio completo; ensino médio incompleto; ensino fundamental completo e ensino fundamental incompleto, os quais na etapa analítica foram agrupados nas seguintes categorias: a) superior: composto apenas por ensino superior completo; b) médio: composto por ensino médio completo e superior incompleto; c) fundamental: composto por ensino fundamental incompleto e completo, médio incompleto.

- **Religião:** questão em aberto, porém categorizada posteriormente de maneira dicotômica em “ser praticante” e “não ser praticante”.

II. Variáveis relacionadas às características do trabalho

- **Nível da ocupação:** distribuídos em básico, médio e superior – seguindo-se a classificação funcional da instituição empregadora a qual o trabalhador pertence na instituição.
- **Adequação função/escolaridade:** variável obtida a partir da variável escolaridade e do nível da ocupação, a fim de verificar a adequação do nível da função exercida na instituição de acordo com a respectiva formação, a qual foi classificada sob a forma dicotômica: “adequado” e “inadequado”. Esta categorização originou-se do pressuposto de que para o exercício de funções de nível básico, o servidor pode apresentar qualquer nível de formação, ou seja, do fundamental incompleto ao superior completo. Para as funções de nível médio, o trabalhador pode possuir do ensino fundamental incompleto ao ensino superior incompleto. Já para as funções de nível superior, o servidor apenas o exercerá mediante formação de nível superior completo.
- **Tempo de trabalho na instituição:** questão em aberto, determinada em anos completos de vínculo empregatício com a instituição, cuja classificação da variável contínua consistiu nos intervalos: até 5 anos, 6 a 10, 11 a 20 e maior que 21 anos.

III. Variáveis relacionadas às condições de saúde

- **Estresse no trabalho:** As variáveis relacionadas ao estresse no ambiente de trabalho foram analisadas através do uso da Escala de estresse no trabalho – *Job Stress Scale (JSS)*, composto por itens que avaliam a

demanda psicológica, o controle e o apoio social, conforme descrição no item 4.4.3, sendo categorizadas em alto desgaste, baixo desgaste, trabalho ativo e trabalho passivo.

- **Tabagismo:** variável relacionada ao hábito de fumar, onde se questiona o uso de tabaco atualmente, cuja classificação ocorreu sob a forma dicotômica em “não” e “sim”.

4.6 – Coleta de Dados

A coleta dos dados teve início em março de 2009 à agosto de 2010, data em que se finalizou a abordagem de toda a população do referido estudo. Além disso, o início da pesquisa ocorreu mediante autorização do coordenador do campus (vigente em 2007 e reconsideração de pedido em 2010), dos diretores das respectivas unidades e da aquiescência dos sujeitos em participar do estudo.

O processo da coleta dos dados ocorreu através de visitas às unidades pelos pesquisadores, os quais abordavam individualmente os trabalhadores explicando-lhes os objetivos do estudo que optavam ou não em participar, além de informá-los que poderiam desistir de participar a qualquer momento da pesquisa. Ao concordarem, foi entregue aos servidores o caderno dos instrumentos de medida, os quais poderiam respondê-los no local de trabalho ou levá-los para casa e trazê-los respondido na data combinada com os pesquisadores. Quanto à devolução dos questionários os pesquisadores passaram pelas unidades com uma urna, onde os participantes depositavam seus questionários preenchidos. Salienta-se que as visitas não foram realizadas uma única vez, a fim de abordar o maior número possível de funcionários e resgatar os questionários preenchidos. Após o recolhimento destes instrumentos, os dados coletados foram digitados e organizados em planilha de cálculo para posterior migração em software estatístico.

4.7 – Considerações éticas

Primeiramente, houve a solicitação de autorização do coordenador do campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a realização da pesquisa cujos sujeitos foram os servidores da categoria técnico-administrativo do campus. Mediante aprovação do coordenador do campus (em vigência 2007), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (CEP-EERP/USP) para apreciação, tendo sido aprovado em 29 de fevereiro de 2008 sob o protocolo nº0846/2007 (ANEXO C).

As unidades do campus foram previamente contactadas com o auxílio da CCRP e, posteriormente pelos pesquisadores, as quais manifestaram acordo para realização da pesquisa, enviando a listagem completa dos funcionários das respectivas unidades, conforme solicitação.

Para garantir a confidencialidade e a privacidade, proteção à imagem e a não-estigmatização dos possíveis participantes foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE E) junto com o caderno dos instrumentos de medida. Entregaram-se o TCLE em duas vias: uma identificada por código – a qual pertencia ao participante, e outra, sem o código, que será mantido sob a guarda do coordenador da pesquisa, ambas contendo os nomes e contatos dos pesquisadores e coordenador, em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa, dispostas na Resolução nº 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), por envolver seres humanos na pesquisa (BRASIL, 1996). Contudo, o recolhimento do TCLE, devidamente assinado, foi realizado separadamente ao do caderno dos instrumentos de medida.

Os possíveis participantes estavam livres para decidirem quanto à participação respondendo ou não ao questionário. Já o Termo de Consentimento foi recolhido separadamente ao questionário para a não identificação.

Em relação à recompensa ou remuneração aos sujeitos da pesquisa, ressalta-se que não foi proporcionado recompensa de qualquer natureza e sua identidade foi mantida em sigilo. As informações coletadas serão destinadas apenas à realização desta pesquisa e os resultados do estudo serão divulgados sob a forma de artigos científicos publicados em periódicos indexados. O relatório com os

principais resultados e conclusões será encaminhado à instituição onde foi realizada a pesquisa, bem como será informado aos sujeitos da mesma.

4.8 – Apoio Financeiro

O presente estudo é um recorte do projeto “Estresse laboral e uso de drogas lícitas entre servidores não-docentes de uma universidade pública”, coordenado pelo orientador, o qual contou com o auxílio financeiro à pesquisa do Programa Regular da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2009/00457-5, além da bolsa de mestrado do Conselho Nacional de Desenvolvimento em Pesquisa (CNPq), processo nº 136237/2009-6.

4.9 – Processamento e Análise dos dados

As informações foram digitadas e armazenadas em planilha de cálculo do *Microsoft Excel* 2007 para posterior migração e análise no *software STATA* (versão SE 11.1).

Após a coleta de dados, procedeu-se à digitação de 10% dos questionários, todos numerados sequencialmente, em outra planilha de cálculo do *Microsoft Excel* 2007, para análise de consistência interna e validação dos dados, além de minimizar erros na etapa da digitação. Cabe ressaltar que alguns questionários entregues aos participantes não foram recolhidos por motivos diversos: perda dos questionários entregue; exclusão; não localização dos participantes para a devolução; férias e licença saúde. Portanto, não houve sequência numérica dos questionários no banco de dados.

Desta forma, a digitação destes 10% ocorreu da seguinte maneira: solicitou-se a uma pessoa neutra da pesquisa que sortearse um número de 0 a 9. A partir desta numeração “X”, redigitamos todos os questionários correspondentes à numeração das linhas da planilha *Excel*, ou seja, todas as linhas da planilha com numeração final igual ao número sorteado “X”. Assim, reduzimos a possibilidade de não obtermos os exatos 10% dos questionários para a digitação já que nem todos os

questionários com numeração final “X” foram recolhidos. Para a avaliação da taxa de concordância, realizou-se o teste do coeficiente de Kappa, o qual resultou em 100%, ou seja, perfeito ajuste.

Em virtude da não constatação de erros de digitação, estabeleceu-se o banco final.

A análise, propriamente dita, dos dados foi realizada em diferentes etapas:

Etapa 1 – Análise Descritiva

Realizou-se análise descritiva das características da amostra e das variáveis estudadas, sendo que as variáveis categóricas foram submetidas à análise de frequência simples e as variáveis contínuas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão), além da inclusão do cálculo das perdas de cada variável.

Ressalta-se que na descrição das análises referente aos dados sociodemográficos, optou-se por não trabalhar com a variável “unidade de trabalho”, “setor” e “função” para a não identificação dos servidores.

Etapa 2 – Análise Bivariada e Multivariada

As medidas de associação utilizadas foram o *Odds Ratios* ou razão de chances, os quais expressam a razão de chances, estimados por intervalos com 95% de confiança. Porém, para avaliação das associações, foram considerados os níveis de significância (*p*-valor) das variáveis. A técnica estatística utilizada foi a Regressão Logística Bivariada e Multivariada.

Na análise bivariada e multivariada foram testadas as associações entre o uso problemático de álcool (uso de baixo risco e uso abusivo) e as seguintes variáveis independentes: sociodemográficas e econômicas e, relacionadas às condições de saúde (estresse no trabalho e tabagismo).

A verificação do conjunto de variáveis que melhor se associaram ao desfecho seguiu o modelo teórico para entrada hierárquica das variáveis de cada bloco (FUCHS; VICTORA; FACHEL, 1996). Assim, as variáveis foram incluídas na análise multivariada de acordo com a hierarquia estabelecida no modelo teórico construído com base na determinação das variáveis independentes em relação ao desfecho de estudo, como ilustrado a seguir (Figura 2) (VICTORA, 1997). O modelo hierárquico

de determinação pressupõe que as diversas variáveis significativamente associadas ao desfecho apresentem uma relação distal ou proximal com o desfecho, sendo que as respectivas variáveis podem produzir confusão na determinação de uma possível associação entre as variáveis estudadas (FUCHS; VICTORA; FACHEL, 1996). Para a análise multivariada foram mantidas as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ na análise bivariada; permanecendo no modelo final as variáveis associadas ao desfecho a um nível de significância (p -valor) de $p \leq 0,05$. Este processo de seleção das variáveis, assim como os níveis de significância adotados, tem sido utilizado em outros estudos (FUCHS; VICTORA; FACHEL, 1996; COSTA, 2002; CAPINHEIRA, 2004; MASCARENHAS et al., 2006; ROSA FILHO, 2006; HÖFELMANN; BLANK, 2007; PILZ; SCHERMANN, 2007; AGUIAR, 2009; BEZERRA et al., 2009; REISDORFER, 2010).

FIGURA 2: MODELO TEÓRICO HIERARQUIZADO

Modelo Teórico Hierárquico

5. Resultados

---

5. RESULTADOS

Apresentam-se neste capítulo os resultados obtidos do presente estudo acerca do consumo de bebidas alcoólicas e estresse no trabalho entre servidores da categoria técnico-administrativo de uma universidade pública. Assim, o capítulo divide-se em:

5.1 – Análise Descritiva

- 5.1.1 – Características sociodemográficas e econômicas da amostra;
- 5.1.2 – Características do ambiente de trabalho;
- 5.1.3 – Características relacionadas ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas,
- 5.1.4 – Características relacionadas às condições de saúde
  - 5.1.4.1 – *Estresse no trabalho*
  - 5.1.4.2 – *Tabagismo*

5.2 – Análise Bivariada e Multivariada

A amostra foi composta por 925 trabalhadores de ambos os sexos, sendo que algumas variáveis apresentaram o n amostral diferente, devido à perda de determinadas questões pela não respostas dos participantes da pesquisa para alguns itens.

5.1 – Análise Descritiva

5.1.1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DA AMOSTRA

De acordo com os aspectos sociodemográficos e econômicos analisados conforme Tabela 2, verificamos que a maior incidência de servidores são do sexo feminino 508 (54,92%). Em relação à idade, 38% dos entrevistados pertencem à faixa etária de 40 a 49 anos, seguido dos maiores de 50 anos, cuja representatividade foi próximo de 27%, com idade média de 43,08 anos (dp=9,8). Quanto à habitação, 820 (88,65%) dos pesquisados residem com alguém, seja com a família ou com amigos; 609 (65,84%) declararam estar casados ou amasiados e 533 (57,62%) possuem filhos que moram junto com eles. A renda *per capita* para os 260 (28,11%) servidores da instituição compreendeu entre 1 a 2 salários mínimos e média de R\$1333,18 (dp=861,00), valor este vigente para o ano de 2010. Com relação à escolaridade, um pouco mais da metade da população 465 (50,27%) cursaram o Ensino Superior completo. Apenas 94 (10,16%) dos servidores possuem formação do ensino fundamental completo ou incompleto. Quanto à religião, 678 (73,39%) dos servidores entrevistados confirmaram ser praticantes de alguma religião.

Tabela 2 – Perfil da amostra de servidores técnicos-administrativos do campus universitário de acordo com as variáveis sociodemográficas e econômicas (n=925).
Ribeirão Preto - SP, 2010.

Variáveis	Frequência Total	%	Média	Desvio padrão (dp)
Sexo				
Feminino	508	54,92		
Masculino	417	45,08		
Idade			43,08	9,8
Até 29	108	11,68		
30 – 39	204	22,05		
40 – 49	352	38,05		
> 50	249	26,92		
Perdas	12	1,30		
Habitação				
Reside sozinho	94	10,16		
Reside com alguém	820	88,65		
Perdas	11	1,19		
Estado civil				
Casado/amasiado	609	65,84		
Solteiro	197	21,30		
Separado	89	9,62		
Viúvo	22	2,38		
Perdas	8	0,86		
Filhos				
Não	284	30,70		
Sim, moram comigo	533	57,62		
Sim, não moram comigo	99	10,70		
Perdas	9	0,97		
Renda per capita			1333,18	861,00
Até 510,00	75	8,11		
511,00 – 1020,00	260	28,11		
1021,00 – 1530,00	167	18,05		
1531,00 – 2040,00	122	13,19		
2041,00 – 7500,00	157	16,97		
Perdas	144	15,57		
Escolaridade concluída				
Ensino Fundamental	94	10,16		
Ensino Médio	334	36,11		
Ensino Superior	465	50,27		
Perdas	32	3,46		
Religião				
Praticante	678	73,39		
Não Praticante	247	26,61		

5.1.2 – CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE DE TRABALHO

Do universo total de participantes referente ao nível da ocupação em que se classificam as funções, o nível médio apresentou maior representatividade com 488 (52,76%) funcionários exercendo funções de nível médio. Na análise sobre a adequação do nível da função exercida em relação à escolaridade verificamos que mais da metade dos sujeitos 490 (52,97%) exercem função de nível inadequado para a formação que possuem, ou seja, possuem uma escolaridade superior para a função exercida. Já, a média de tempo de vínculo com a instituição foi de 13,5 anos (dp=10,3). A maioria dos servidores 297 (32,11%) possuem até 5 anos de vínculo empregatício e 289 (31,24%) possuem mais de 21 anos de tempo na instituição (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra de servidores técnicos-administrativos do campus universitário, segundo características relacionadas ao ambiente de trabalho (n=925). Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variáveis	Frequência Total	%	Média	Desvio padrão (dp)
Nível da ocupação				
Básico	231	23,03		
Médio	488	52,76		
Superior	221	23,89		
Perdas	3	0,32		
Adequação nível/escolaridade				
Adequado	400	43,24		
Inadequado	490	52,97		
Perdas	35	3,78		
Tempo no vínculo			13,50	10,30
Até 5 anos	297	32,11		
6 – 10 anos	84	9,08		
11 – 20 anos	160	17,30		
> 21 anos	289	31,24		
Perdas	95	10,27		

Além destas questões, foram investigadas informações referentes à distribuição do nível da função exercida pelos funcionários em relação à formação acadêmica, conforme Tabela 4. Mediante estes dados, identificamos que dentre os servidores que exercem atividade de nível básico ($n = 216$), 91 (42,13%) apresentam formação de nível médio completo, 19 (8,80%) possuem escolaridade de nível superior incompleto e 21 (9,72%) apresentam ensino superior completo. No exercício de atividades de nível médio ($n = 465$), 09 (1,94%) servidores possuem ensino médio incompleto e, mais da metade 238 (51,18%) possuem ensino superior completo. E, para realização de funções de nível superior ($n = 209$), 06 (2,87%) funcionários possuem ensino superior incompleto. Destaca-se assim, que nesta população, onde mais da metade dos servidores técnicos-administrativos possuem escolaridade de nível superior completo, destes, 259 exercem atividades de nível educacional inferior. E, dos que possuem ensino médio completo, 91 exercem atividades inferior à respectiva formação.

Tabela 4 – Distribuição do nível da função exercida em relação à escolaridade da amostra de servidores técnicos-administrativos do campus universitário ($n=890$)*. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Nível	Escolaridade**						TOTAL n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
Básico	43 (19,91)	28 (12,96)	14 (6,48)	91 (42,13)	19 (8,80)	21 (9,72)	216 (23,48)
Médio	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (1,94)	128 (27,53)	90 (19,35)	238 (51,18)	465 (52,25)
Superior	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (2,87)	203 (97,13)	209 (24,27)
TOTAL	43 (4,83)	28 (3,15)	23 (2,58)	219 (24,61)	115 (12,92)	462 (51,91)	890 (100,00)

*Segundo teste do qui-quadrado (χ^2)

**Escolaridade: 1=fundamental incompleto; 2=fundamental completo; 3=médio incompleto; 4=médio completo; 5=superior incompleto; 6=superior completo.

5.1.3 – CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO PADRÃO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

A Tabela 5 contém as descrições das questões do AUDIT. No que se refere à quantidade e frequência de consumo de bebidas alcoólicas, regular ou ocasional, cujas características são mensuradas pelas três questões iniciais do AUDIT, 72,6% (672) afirmaram consumir bebidas alcoólicas, sendo mais frequente o consumo de duas a quatro vezes por mês em 28,3% (262) dos pesquisados; 50,8% (470) afirmaram consumir apenas 01 dose ao beber tipicamente, embora os outros 49,2% (455) consomem entre 02 a 08 doses ou mais; e, quando questionados em relação à frequência com que consomem 5 doses ou mais de uma única vez, ou seja, beber excessivo episódico (*binge drinking*), 63,2% (585) afirmaram que nunca o fazem, apesar de quase 10% (86) da amostra afirmaram que o fazem semanalmente e 1% (9) o faz diariamente.

A distribuição das respostas das questões que investigam os sintomas de dependência ao longo dos últimos 12 meses são as seguintes: 93,6% (866) responderam que nunca acharam que não conseguiriam parar de beber uma vez tendo começado, apesar de que 6,4% (59) acharam que não conseguiriam parar após o início do consumo; um pouco mais de 95% (883) assinalaram que sempre conseguiram fazer o que era esperado deles, apesar de terem consumido álcool, porém, 4,5% (42) assinalaram que, por causa do álcool, não conseguiram fazer o que era esperado deles; e, mais de 99% (918) afirmaram que jamais precisaram beber pela manhã para se sentirem bem ao longo do dia após ter consumido quantidades elevadas de bebidas alcoólicas no dia anterior, embora 0,8% (7) afirmaram que já precisaram consumir bebida alcoólica pela manhã para poder se sentirem bem ao longo do dia.

Com relação às quatro últimas questões que analisam os problemas recentes na vida relacionados ao consumo do álcool, mais de 90% (861) responderam que nunca se sentiram culpados ou com remorso depois de ter bebido, ao longo dos últimos 12 meses, mas 6,9% (64) responderam que já se sentiram culpados; quase 94% (868) dos entrevistados pronunciaram que em nenhum momento, nos últimos 12 meses foram incapazes de lembrar o que aconteceu devido à bebida, apesar de

6,2% (57) informarem que já foram incapazes de lembrar o ocorrido; 5,8% (54) causaram ferimentos ou prejuízos a eles próprios e a outra pessoa após ter bebido, embora um pouco mais de 94% (871) nunca o fizeram; e 6,2% (57) responderam que parente, amigo ou médico já se preocuparam com o fato dele beber ou sugeriram que parasse de beber, quer seja nos últimos 12 meses ou há mais de 1 ano, ao contrário dos 93,8% (868) que nunca alguém os aconselhou ou ficou preocupado devido ao consumo de bebidas alcoólicas.

Tabela 5 – Distribuição das respostas de cada item do *Alcohol Users Disorders Identification Test* – AUDIT (n=925). Ribeirão Preto – SP, 2010.

Questões	Frequência Total	%
Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?		
Nunca	253	27,35
Mensalmente ou menos	237	25,62
De 2 a 4 vezes por mês	262	28,32
De 2 a 3 vezes por semana	152	16,43
4 ou mais vezes por semana	21	2,27
Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?		
0 ou 1	470	50,81
2 ou 3	310	33,51
4 ou 5	103	11,14
6 ou 7	22	2,38
8 ou mais	20	2,16
Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?		
Nunca	585	63,24
Menos do que uma vez ao mês	172	18,59
Mensalmente	73	7,89
Semanalmente	86	9,30
Todos ou quase todos os dias	9	0,97
Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?		
Nunca	866	93,62
Menos do que uma vez ao mês	35	3,78
Mensalmente	10	1,08
Semanalmente	10	1,08
Todos ou quase todos os dias	4	0,43
Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?		
Nunca	883	95,46
Menos do que uma vez ao mês	36	3,89
Mensalmente	3	0,32
Semanalmente	1	0,11
Todos ou quase todos os dias	2	0,22
Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?		
Nunca	918	99,24
Menos do que uma vez ao mês	3	0,32
Mensalmente	1	0,11
Semanalmente	1	0,11
Todos ou quase todos os dias	2	0,22
Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?		
Nunca	861	93,08
Menos do que uma vez ao mês	56	6,05
Mensalmente	3	0,32
Semanalmente	2	0,22
Todos ou quase todos os dias	3	0,32

"continuação"

Questões	Frequência Total	%
Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?		
Nunca	868	93,84
Menos do que uma vez ao mês	51	5,51
Mensalmente	4	0,43
Semanalmente	-	-
Todos ou quase todos os dias	2	0,22
Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?		
Não	871	94,16
Sim, mas não nos últimos 12 meses	49	5,30
Sim, nos últimos 12 meses	5	0,54
Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?		
Não	868	93,84
Sim, mas não nos últimos 12 meses	28	3,03
Sim, nos últimos 12 meses	29	3,14

"Conclusão".

De acordo com a classificação do padrão de consumo de bebidas alcoólicas proposta por Babor et al. (2001) mencionada anteriormente, verificou-se que a maior parte dos participantes da pesquisa, 803 (86,81%) enquadraram-se na zona I, ou seja, apresentaram uso de baixo risco ou são abstêmios; 107 (11,57%), na zona II, fazem uso de risco; na zona III, 11 (1,19%) indivíduos fazem uso nocivo do álcool; e, apenas 4 (0,43%) apresentaram possível dependência, classificando-se na zona IV (Tabela 6).

Tabela 6 – Padrão de consumo de bebidas alcoólicas da amostra com base em 4 zonas de classificação (n=925)*. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Zonas	Frequência total	%
Zona I		
Uso de baixo risco ou abstinência	803	86,81
Zona II		
Uso de risco	107	11,57
Zona III		
Uso nocivo	11	1,19
Zona IV		
Possível dependência	4	0,43

* Classificação proposta por Babor et al. (2001).

O uso de risco de álcool, considerado uso problemático, está presente em 122 (13,19%) dos servidores inseridos no contexto laboral (Tabela 7).

Tabela 7 – Padrão de consumo de bebidas alcoólicas da amostra com base na classificação de uso problemático (n=925)*. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Classificação	Frequência total	%
Uso de baixo risco	803	86,81
Uso de risco	122	13,19

*Classificação proposta por Mendoza-Sassi e Béria (2003), Barros (2007).

Na amostra, 61 (6,60%) responderam que já tiveram algum problema devido ao consumo de bebidas alcoólicas. E, dentre estes problemas, 56 os classificaram conforme mostra a Tabela 8, no qual, 13 (23,20%) destes entrevistados apontaram que um dos problemas que tiveram devido ao consumo de bebidas alcoólicas foram os problemas de relacionamento.

Ao questionar a amostra se já haviam procurado ajuda para diminuir ou parar de beber, apenas 07 (0,80%) dos servidores afirmaram a questão. Dentre esta ajuda, 02 responderam ter procurado o grupo Alcoólicos Anônimos, 02 procuraram o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), 01 procurou ouvir os familiares e 02 procuraram tratamento médico.

E apenas 206 (22,30%) dos entrevistados gostariam de obter mais informações sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

Tabela 8 – Distribuição de problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas da amostra de servidores técnicos-administrativos do campus universitário (n=56)*. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Problema	Frequência total	%
Acidente Automobilístico	8	14,30
Amnésia	6	10,70
Arrependimento	3	5,40
Cefaleia	10	17,90
Dirigir Embriagado	1	1,80
Aumento de Peso	4	7,10
Insônia	1	1,80
Irritabilidade	2	3,60
Problemas de Saúde	7	12,50
Problemas de Relacionamentos	13	23,20
Vômitos	1	1,80

* Segundo respostas dos sujeitos da pesquisa.

5.1.4 – CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

5.1.4.1 – *ESTRESSE NO TRABALHO*

Na aplicação do instrumento “Escala de Estresse no Trabalho”, no que se refere à dimensão “Demanda psicológica” de atividades no trabalho, verificamos que 85,2% dos servidores descreveram que realizam suas atividades com muita rapidez; e 75,7% as realizam intensamente, ou seja, produzem muito em pouco tempo. Para 77%, o trabalho exige demais, sendo que quase 10% revelaram que não possuem tempo suficiente para finalizá-las. E, um pouco mais de 50% declararam que existem exigências contraditórias ou discordantes no ambiente de trabalho, conforme Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição das características sobre Demanda Psicológica com base na *Job Stress Scale (JSS)* entre os servidores técnicos-administrativos do campus universitário (n=925). Ribeirão Preto – SP, 2010.

Questões	Frequência Total	%
Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?		
Nunca ou quase nunca	28	3,03
Raramente	100	10,81
Às vezes	420	45,41
Frequentemente	368	39,78
Perdas	09	0,97
Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?		
Nunca ou quase nunca	52	5,62
Raramente	165	17,84
Às vezes	418	45,19
Frequentemente	282	30,49
Perdas	08	0,86
Seu trabalho exige demais de você?		
Nunca ou quase nunca	64	6,92
Raramente	139	15,03
Às vezes	477	51,57
Frequentemente	236	25,51
Perdas	09	0,97
Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?		
Frequentemente	545	58,92
Às vezes	280	30,27
Raramente	74	8,00
Nunca ou quase nunca	17	1,84
Perdas	09	0,97
O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?		
Nunca ou quase nunca	206	22,27
Raramente	245	26,49
Às vezes	370	40,00
Frequentemente	94	10,16
Perdas	10	1,08

Com relação às características da dimensão “Controle” de atividades, especificadas na Tabela 10, observa-se que para mais de 80% dos funcionários o trabalho possibilita o aprendizado de novos conhecimentos, ou seja, torna-se um ambiente construtivo, além da exigência de habilidades ou conhecimentos especializados para quase 90% dos entrevistados. As tomadas frequentes de iniciativas no trabalho perfazem pouco mais de 94% dos resultados. As rotinas existentes nas tarefas são apontadas por quase 90% dos servidores entrevistados, rotina esta que se destina à frequente repetição das atividades. Quanto à autonomia para a realização das atividades específicas de cada função na instituição, 15,4% dos entrevistados afirmaram que nunca ou raramente há possibilidade de escolha de como realizar as respectivas atividades. Concomitantemente, 38% revelaram que nunca ou raramente possuem o poder de escolha das atividades que almejam executar.

Tabela 10 – Distribuição das características sobre Controle de Atividades com base na *Job Stress Scale (JSS)* entre os servidores técnicos-administrativos do campus universitário (n=925). Ribeirão Preto – SP, 2010.

Questões	Frequência Total	%
HABILIDADE		
Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?		
Nunca ou quase nunca	38	4,11
Raramente	130	14,05
Às vezes	326	35,24
Frequentemente	423	45,73
Perdas	08	0,86
Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?		
Nunca ou quase nunca	28	3,03
Raramente	66	7,14
Às vezes	255	27,57
Frequentemente	568	61,41
Perdas	08	0,86
Seu trabalho exige que você tome iniciativas?		
Nunca ou quase nunca	13	1,41
Raramente	32	3,46
Às vezes	252	27,24
Frequentemente	620	67,03
Perdas	08	0,86
No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?		
Frequentemente	558	60,32
Às vezes	274	29,62
Raramente	59	6,38
Nunca ou quase nunca	26	2,81
Perdas	08	0,86
AUTONOMIA		
Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?		
Nunca ou quase nunca	51	5,51
Raramente	91	9,84
Às vezes	404	43,68
Frequentemente	370	40,00
Perdas	09	0,97
Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?		
Nunca ou quase nunca	127	13,73
Raramente	225	24,32
Às vezes	383	41,41
Frequentemente	180	19,46
Perdas	10	1,08

A Tabela 11 expõe as características da dimensão “Suporte social” presente no ambiente laboral. Mais de 16% dos servidores pesquisados discordam quando o assunto destina-se ao questionamento da existência calma e agradável no ambiente de trabalho, porém há concordância entre pouco mais de 90% da população de que no trabalho há bom relacionamento com os colegas, onde para 89,5% destes, há possibilidade de contar com o apoio dos colegas de trabalho. A compreensão pelos colegas, no caso dos pesquisados não estarem no melhor dia, é obtida por quase 88%. O bom relacionamento com o chefe se faz presente para aproximadamente 94,5% da população e o gosto de trabalhar com os colegas são discordantes para quase 5% dos servidores apenas.

Tabela 11 – Distribuição das características sobre Suporte Social com base na *Job Stress Scale (JSS)* entre os servidores técnicos-administrativos do campus universitário (n=925). Ribeirão Preto – SP, 2010.

Questões	Frequência Total	%
Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho		
Discordo totalmente	36	3,89
Discordo mais que concordo	116	12,54
Concordo mais que discordo	408	44,11
Concordo totalmente	354	38,27
<i>Perdas</i>	11	1,19
No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros		
Discordo totalmente	08	0,86
Discordo mais que concordo	70	7,57
Concordo mais que discordo	416	44,97
Concordo totalmente	420	45,41
<i>Perdas</i>	11	1,19
Posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho		
Discordo totalmente	17	1,84
Discordo mais que concordo	70	7,57
Concordo mais que discordo	401	43,35
Concordo totalmente	427	46,16
<i>Perdas</i>	10	1,08
Se não estiver num bom dia, meus colegas compreendem		
Discordo totalmente	19	2,05
Discordo mais que concordo	86	9,30
Concordo mais que discordo	403	43,57
Concordo totalmente	408	44,11
<i>Perdas</i>	09	0,97
No trabalho, me relaciono bem com meus chefes		
Discordo totalmente	05	0,54
Discordo mais que concordo	36	3,89
Concordo mais que discordo	280	30,27
Concordo totalmente	594	64,22
<i>Perdas</i>	10	1,08
Gosto de trabalhar com meus colegas		
Discordo totalmente	05	0,54
Discordo mais que concordo	35	3,78
Concordo mais que discordo	312	33,73
Concordo totalmente	564	60,97
<i>Perdas</i>	09	0,97

De acordo com a Tabela 12, verificamos que mais da metade da amostra (50%) obteve pontuação baixa para a dimensão “demanda psicológica” de atividades no trabalho, ou seja, apresentaram escore de menor demanda. Na dimensão “controle” das atividades, esta amostra apresentou escore de maior controle (57,7%). Enquanto que na dimensão “suporte social”, a maioria dos servidores (39%) obteve um escore intermediário.

Tabela 12 – Distribuição do escore das dimensões demanda psicológica, controle e suporte social entre servidores técnicos-administrativos do campus universitário (n=925). Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variáveis	Frequência Total	%
Demanda psicológica		
Menor demanda (5 a 13 pontos)	494	53,41
Maior demanda (>13 pontos)	423	45,73
Perdas	08	0,86
Controle		
Menor controle (6 a 17 pontos)	385	41,62
Maior controle (>17 pontos)	534	57,73
Perdas	06	0,65
Suporte Social		
Menor (até 17 pontos)	253	27,35
Intermediário (de 18 a 21 pontos)	361	39,03
Maior (>21 pontos)	303	32,76
Perdas	08	0,86

Em relação aos níveis de exposição ao estresse no trabalho, a maioria dos trabalhadores apresentou baixo desgaste no trabalho (30,59%), apesar de 18,6% apresentarem alto desgaste no trabalho, enquanto que 27% exercem atividades de trabalho ativo e, 22,8%, atividades de trabalho passivo (Tabela 13).

Tabela 13 – Níveis de exposição ao estresse no trabalho com base na *Job Stress Scale* entre servidores técnicos-administrativos do campus universitário (n=925). Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variáveis	Frequência Total	%
Ativo	251	27,14
Passivo	211	22,81
Alto	172	18,59
Baixo	283	30,59
Perdas	08	0,86

5.1.4.2 – TABAGISMO

Em relação ao questionamento aos participantes sobre o consumo de tabaco atualmente, 796 (86,05%) sujeitos responderam negativamente a esta questão, embora 129 (13,95%) afirmaram que fumam atualmente.

5.2 – Análise Bivariada e Multivariada

As análises estatísticas realizadas, bivariada utilizando a Razão de Chances (Odds Ratio – OR) e multivariada realizada através da Regressão Logística dos dados sociodemográficos e econômicos e das condições de saúde, dentre eles, os níveis de exposição ao estresse no trabalho e o hábito de fumar em relação ao uso problemático de álcool, estão descritas na Tabela 14 a seguir:

Tabela 14 – Análise bruta e ajustada dos dados sociodemográficos, econômicos, ambiente de trabalho e condições de saúde em relação ao uso problemático de álcool em servidores técnicos-administrativos do campus universitário (n=925). Ribeirão Preto – SP, 2010.

Variáveis	OR _{bruto} (IC95%)	p-valor	OR _{ajustado} (IC95%)	p-valor
Sexo				
Feminino	1,00		1,00	
Masculino	4,51 (2,92 – 6,97)	<0,01	4,51 (2,92 – 6,97)	<0,01
Idade				
Até 29	1,00		--	--
30 – 39	1,07 (0,54 – 2,13)	0,85		
40 – 49	0,96 (0,50 – 1,83)	0,90		
> 50	1,06 (0,54 – 2,07)	0,86		
Religião				
Praticante	1,00		--	--
Não praticante	1,22 (0,81 – 1,86)	0,33		
Escolaridade concluída				
Ensino superior	1,00		1,00	
Ensino médio	1,45 (0,95 – 2,23)	0,08	1,20 (0,77 – 1,87)	0,41
Ensino fundamental	2,50 (1,41 – 4,42)	<0,01	1,80 (1,00 – 3,27)	0,05
Nível da ocupação				
Superior	1,00		1,00	
Médio	0,95 (0,58 – 1,56)	0,84	0,69 (0,37 – 1,24)	0,21
Básico	1,54 (0,90 – 2,63)	0,11	0,79 (0,36 – 1,74)	0,56
Adequação nível/escolaridade				
Adequado	1,00		--	--
Inadequado	0,87 (0,59 – 1,29)	0,50		
Tempo na instituição				
Até 5	1,00		1,00	
6 – 10	0,41 (0,17 – 0,99)	0,04	0,32 (0,12 – 0,87)	0,02
11 – 20	0,51 (0,27 – 0,96)	0,03	0,45 (0,22 – 0,89)	0,02
> 21	0,95 (0,61 – 1,49)	0,84	0,84 (0,51 – 1,38)	0,51
Estado civil				
Casado/amasiado	1,00		--	--
Solteiro	0,99 (0,61 – 1,60)	0,97		
Separado	1,27 (0,68 – 2,36)	0,45		
Viúvo	1,07 (0,31 – 3,72)	0,91		
Filhos				
Não	1,00		1,00	
Sim, moram comigo	1,21 (0,77 – 1,90)	0,40	1,34 (0,79 – 2,27)	0,27
Sim, não moram comigo	2,06 (1,11 – 3,83)	0,02	1,42 (0,70 – 2,88)	0,32
Habitação				
Reside sozinho	1,00		--	--
Reside com alguém	0,93 (0,50 – 1,74)	0,83		

“continuação”

Variáveis (n=925)	OR _{bruto} (IC95%)	p-valor	OR _{ajustado} (IC95%)	p-valor
Renda per capita (R\$)				
0 - 510,00	1,00		1,00	
511,00 - 1020,00	0,77 (0,38 – 1,53)	0,45	1,00 (0,42 – 2,34)	0,99
1021,00 – 1530,00	0,76 (0,36 – 1,60)	0,47	1,26 (0,49 – 3,22)	0,62
1531,00 – 2040,00	0,99 (0,46 – 2,12)	0,98	1,37 (0,50 – 3,73)	0,53
2041,00 – 7500,00	0,58 (0,26 – 1,26)	0,17	1,15 (0,37 – 3,50)	0,80
Níveis de exposição ao estresse no trabalho				
Passivo	1,00		1,00	
Baixo desgaste	0,85 (0,50 – 1,42)	0,53	0,74 (0,39 – 1,40)	0,36
Alto desgaste	0,55 (0,29 – 1,06)	0,07	0,75 (0,36 – 1,55)	0,44
Ativo	1,10 (0,66 – 1,83)	0,71	1,34 (0,69 – 2,58)	0,37
Uso de tabaco				
Não	1,00		1,00	
Sim	4,32 (2,80 – 6,67)	<0,01	3,87 (2,23 – 6,70)	<0,01

OR: Odds Ratio (razão de chance); -- não inserido na análise multivariada por apresentar $p > 0,20$ na análise bivariada. "Conclusão".

Na análise bivariada (bruta) do uso problemático de álcool, observou-se maior chance em relação ao sexo masculino, àqueles que possuem escolaridade do ensino fundamental incompleto ao ensino superior incompleto, os que realizam funções na instituição de nível básico cujos filhos não moram com os entrevistados e são fumantes atualmente. Os homens apresentaram chances de 4,51 vezes maiores de uso problemático de álcool em relação à mulher e, as pessoas fumantes, chances de 4,32 vezes maior que as pessoas não fumantes. Importante ressaltar, que nesta análise, quanto maior o nível de escolaridade, menores foram as chances dos servidores apresentarem uso problemático de álcool, assim como o tempo de vínculo empregatício na instituição, ou seja, quanto menor o tempo na instituição, menores as chances do consumo de risco de bebidas alcoólicas. Por outro lado, as variáveis que apresentaram menores chances dos indivíduos fazerem uso de risco de bebidas alcoólicas foram: renda *per capita* maior que 4 salários mínimos (> R\$ 2.041,00) e os que apresentam alto desgaste em relação ao nível de exposição ao estresse no trabalho.

Após análise multivariada (ajustada), as pessoas pertencentes ao sexo masculino permaneceram com maiores chances de uso problemático de álcool, sendo 4,51 vezes maior em relação ao sexo feminino (IC_{95%}: 2,92 – 6,97). Da mesma forma,

as pessoas fumantes ($p<0,01$) apresentaram maiores chances de uso problemático de álcool do que as não fumantes ($OR = 3,87$; $IC_{95\%}: 2,23 - 6,70$). As variáveis “sexo masculino” e “ser fumantes” mostraram-se totalmente significativos com o desfecho ($p<0,01$). Os servidores que apresentam ensino fundamental possuem 1,8 vezes maior chance de fazerem uso problemático de álcool em relação aos que possuem ensino superior ($IC_{95\%}: 1,00 - 3,27$).

Entretanto, os servidores que apresentam de 6 a 10 anos de vínculo com a instituição, apresentaram 68% menos chances de fazer uso problemático de álcool em relação aos que estão com até 5 anos de vínculo empregatício. Porém, os profissionais que apresentam de 11 a 20 anos, possuem 55% menos chances de uso de risco do álcool. Assim, verificou-se que quanto menor o vínculo com a instituição, maiores são as chances de não apresentar uso problemático de álcool. As demais variáveis não se associaram com o desfecho após a análise ajustada.

Sendo assim, constitui-se maiores chances para o uso problemático de álcool ser homem, quase 5 vezes mais chances do que ser do sexo feminino e ser fumante, sendo a chance de risco próximo a 4 vezes maior que os não fumantes, além de possuir ensino fundamental, o qual aumenta as chances de uso problemático em 1,8 vezes em relação aos que possuem ensino superior. Contudo, observamos que quanto menor o tempo de vínculo com a instituição, menor as chances de uso problemático de álcool.

6. *Discussões*

---

6. DISCUSSÕES

A utilização de estudos epidemiológicos para identificar os padrões e/ou fatores associados das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações específicas tem sido amplamente observada na literatura (COSTA et al., 2002; ARAÚJO et al., 2003; BARROS; HIRAKATA, 2003; LIMA-COSTA; BARRETO, 2003; CAPILHEIRA, 2004; FRANCISCO et al., 2006; ROSA FILHO, 2006; HÖFELMANN; BLANK, 2007; MACEDO et al., 2007; SANTOS et al., 2007; CANINI et al., 2008; RUBIATTI, 2008; BEZERRA et al., 2009; MARTINEZ; LATORRE, 2009; MATTARA et al., 2010; REISDORFER, 2010; URBANETTO et al., 2011). E, para alcançar aos objetivos propostos pelos estudos epidemiológicos, têm-se dois caminhos, ou ambos: os estudos descritivos e os analíticos. Os estudos descritivos objetivam identificar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, de acordo com o tempo, lugar e/ou características dos indivíduos, a fim de verificar como a incidência ou a prevalência de uma doença ou condição de saúde varia segundo determinadas características, sejam elas sociodemográficas, econômicas, entre outras. Por conseguinte, estudos analíticos pretendem verificar a associação entre uma exposição e uma doença ou condição de saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003; SANTOS et al., 2007). Na literatura, a escolha do delineamento transversal deve-se ao fato de representar uma opção de baixo custo, rápida e simples (CAPILHEIRA, 2004; HIRAKATA, 2009).

O próprio delineamento do estudo analítico do tipo corte transversal, apresenta características limitadas, pois em estudos transversais, os quais fornecem um recorte momentâneo da realidade, tanto a exposição quanto o desfecho são determinados simultaneamente (ARAÚJO et al., 2003; LIMA-COSTA; BARRETO, 2003; ALVES, 2004; FRANCISCO et al., 2006; MARTINEZ, 2006; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; AGUIAR, 2009; MARTINEZ; LATORRE, 2009; BONITA et al., 2010; COSTA, 2010). Este aspecto torna-se relevante em pesquisas ocupacionais em decorrência do *efeito trabalhador sadio*, cuja característica não possibilita conhecer se a exposição antecede ou é consequência da doença ou condição relacionada à saúde (ARAÚJO et al., 2003; ALVES, 2004; MARTINEZ, 2006; BRITO, 2007; MARTINEZ; LATORRE, 2009; BONITA et al., 2010; COSTA, 2010). No caso do presente estudo, devido a este efeito, não há possibilidade de

---

conhecer se a exposição ao estresse no trabalho antecede ou é uma consequência para o uso problemático de álcool.

O efeito trabalhador sadio é responsável por possíveis distorções nos perfis e associações identificadas, ou seja, os estudos em epidemiologia ocupacional, frequentemente, incluem apenas homens saudáveis, considerados sobreviventes do efeito estudado. Assim, o grupo de trabalhadores expostos apresenta menores taxas em relação ao mesmo grupo etário na população geral. Desta forma, as pessoas doentes e incapacitantes constituirão a população não trabalhadora ou as que estavam em licença saúde no momento da coleta de dados nas respectivas unidades. Este efeito também é observado em outros estudos sobre a capacidade para o trabalho (ARAÚJO et al., 2003; ALVES, 2004; MARTINEZ, 2006; HÖFELMANN; BLANK, 2007; AGUIAR, 2009; MARTINEZ; LATORRE, 2009; BONITA et al., 2010; COSTA, 2010).

Sendo assim, o curto período de relação existente entre a exposição e o efeito dificulta o estabelecimento de uma relação de causalidade e, portanto, permite apenas a identificação dos sobreviventes do efeito estudado.

Desta maneira, o *efeito trabalhador sadio* ou *efeito sobrevivente* pode ser considerado mínimo, pois o estudo foi realizado em uma universidade pública, na qual a maioria dos servidores possui estabilidade no emprego, além das demissões não serem frequentes, pois segundo Castro (2002) as normas de contratação e vínculo empregatício dos servidores são diferentes dos demais trabalhadores do setor privado, referente a demissão, aposentadoria e licenças. Tais efeitos também puderam ser observados em outros estudos em instituições do setor público (CASTRO, 2002; ARAÚJO et al., 2003; COSTA, 2010).

Outras limitações foram encontradas durante o período da coleta de dados, sob as quais, provavelmente, interferiram no processo. Tais limitações devem-se ao extenso período utilizado para coleta de dados em decorrência do escasso número de pesquisadores, recesso da Universidade, ocorrência de paralisações e greves, além da burocracia na obtenção das autorizações junto às Unidades. Ademais, a fim de preservar a identificação dos sujeitos e manter os preceitos éticos que permitiram a realização do estudo junto à temática em questão (consumo de bebidas alcoólicas e ambiente de trabalho) não foi possível a revisão do preenchimento dos instrumentos recolhidos, levando à perdas de respostas sobre algumas variáveis.

Além disso, apesar de ter havido a garantia do anonimato na pesquisa em relação aos participantes, encontramos dificuldades de aceitabilidade do estudo devido ao receio dos trabalhadores de que os resultados interferissem nas relações interpessoais do ambiente de trabalho ou os prejudicassem de alguma maneira, com a manutenção do vínculo empregatício, onde se obteve a recusa de 192 (14,59%) sujeitos. Esta dificuldade com a abordagem na temática também foi constatada nos estudos de Martins e Corrêa (2004) com trabalhadores de enfermagem, Neves (2007) com estudantes universitários e na pesquisa de Costa (2010) também com trabalhadores de enfermagem. Ainda, mesmo com a garantia do sigilo das informações adquiridas, pode ser que alguns trabalhadores não tenham respondido fidedignamente os questionários, ou seja, não revelaram o real consumo de bebidas alcoólicas ou o uso de tabaco, seja por autocensura, sentimento de culpa, ou mesmo por receio de consequências negativas ao seu trabalho, vínculo com a instituição ou outros motivos inibitórios, condizente com outros estudos sobre o consumo de drogas entre escolares (BAUS; KUPEK; PIRES, 2002; NEVES, 2007).

A fim de minimizar os erros sistemáticos de seleção da amostra, como a não obtenção de uma amostra representativa, considerou-se a inclusão de todos os profissionais da categoria técnico-administrativo do campus de Ribeirão Preto, excetuando-se os que não estavam presentes no momento da abordagem para a pesquisa nas respectivas unidades, apesar de ter havido contato com as unidades e com os sujeitos diversas vezes durante o período de coleta de dados. Isto se deve ao fato das unidades possuírem suas próprias singularidades, bem como funções variadas na instituição, número de funcionários diversificado por unidade e, devido ao universo diversificado no campus com unidades administrativas, ensino e pesquisa, suporte de informática e operacionais. Esta abrangência de toda a população para compor a amostra também foi verificada nos trabalhos com profissionais da área da saúde de Araújo e colaboradores (2003) sobre aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos; e de Kirchhof e colaboradores (2009) sobre as condições de trabalho e a presença de distúrbios menores; Costa (2010) sobre o estresse no trabalho e auto-avaliação da saúde e, no trabalho de Urbanetto e colaboradores (2011) a respeito do estresse no trabalho.

As perdas foram definidas pelos questionários que foram entregue aos participantes, porém não foram devolvidos, os quais representaram 9,85% (122) da

---

amostra do estudo, mesmo havendo diversas tentativas de recolhimento dos mesmos no período de coleta de dados nas respectivas unidades da instituição. Embora a literatura não apresente um consenso sobre a margem percentual à considerar de perdas aceitáveis em pesquisas, como abordado por Santos e colaboradores (2007), essa porcentagem de perdas se assemelha a outro estudo epidemiológico como o estudo transversal de base populacional realizado por Primo e Stein (2004) sobre a prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS) onde as perdas alcançaram 9,7%. Enquanto que outros estudos sobre as condições de trabalho apresentaram perdas de 7% (KIRCHHOF, et al., 2009; MAGNAGO et al., 2010). Entretanto, Martinez e Latorre (2009) mencionam que a taxa de participação considerada mínima nos estudos deve ser de 75%. Todavia, o presente estudo obteve 74,65% de participantes.

Por outro lado, alguns estudos obtiveram perdas bem maiores que as encontradas neste estudo que não desqualificaram as respectivas pesquisas, segundo os próprios autores, como nos estudos de Macedo e colaboradores (2007) e Santos e colaboradores (2007), os quais realizaram acréscimos para a seleção da amostra a fim de considerar eventuais perdas e recusas de 10% e 20%, respectivamente, porém ao final do trabalho, encontraram perdas de 20,2% e 29,78%, respectivamente. Gasparido, Martinez e Linhares (2010) por meio de revisão sistemática, identificaram estudos com perda amostral aproximada de 20% da amostra original, entretanto, estas perdas não interferiram nos resultados obtidos. Por conseguinte, estudos de Reis e colaboradores (2005) sobre trabalho e distúrbios psíquicos em professores municipais resultaram em perdas de 16,5%. Estudos como o de Bacharach, Bamberger e Doveh (2008) com trabalhadores do corpo de bombeiros americanos sobre a relação entre intensidade de envolvimento com os incidentes críticos no local de trabalho e o comportamento de uso problemático de álcool, obtiveram retorno de 66% dos entrevistados, assim como os estudos epidemiológicos de Rubiatti (2008) sobre alcoolismo na população de Araraquara (SP) e, estudos de Martinez e Latorre (2009) do tipo transversal sobre a capacidade de trabalho com trabalhadores do setor elétrico, ambos encontraram perdas equivalentes a 18%.

A adequação da medida de associação utilizada (OR – *odds-ratio*) foi fortalecida pela prevalência do desfecho obtida, embora a razão de prevalência seja

---

a mais recomendada em estudos seccionais. Quando a chance do desfecho é pequena (inferior a 20%) essa medida aproxima-se da razão de prevalência, pois não superestima os valores do desfecho, assim, não chega a interferir na magnitude da associação, o que torna os resultados das razões de chances e regressão logística passíveis de utilização (BARROS; HIRAKATA, 2003; ALVES, 2004; FRANCISCO et al., 2006; FRANCISCO et al., 2008; HÖFELMANN; BLANK, 2007; COSTA, 2010).

Considerando a elevada quantidade de variáveis analisadas, o uso do modelo teórico hierarquizado fortalece o estudo, pois possibilita uma relação hierárquica entre os fatores de risco (FUCHS; VICTORA; FACHEL, 1996; MACEDO et al., 2007), cujo pressuposto teórico para a construção do modelo de entrada de variáveis, não depende exclusivamente de critérios estatísticos, o qual gera racionalidade no uso estatístico, reduzindo críticas quanto ao seu uso na manipulação dos resultados (HÖFELMANN; BLANK, 2007). Este modelo permite controlar as variáveis de confusão (COSTA, 2002), cujo efeito de confusão pode ser controlado através de estratificação ou ajustamento na análise dos dados (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003; BONITA, 2010). Como ressaltado por Araújo e colaboradores (2003), a maioria dos possíveis determinantes de confusão, como por exemplo, dados sociodemográficos, econômicos, relacionados às condições de saúde e de trabalho, pode ser analisada por meio de análise multivariada, cujo método prosseguiu-se no presente trabalho.

Outra dificuldade encontrada para o desenvolvimento deste trabalho consiste na escassa literatura existente na área da saúde do servidor público, a mesma dificuldade encontrada no estudo de Silveira e Grisotti (2022) sobre o processo saúde-doença com servidores públicos na região sul do país.

Com relação aos resultados sociodemográficos e econômicos da amostra de servidores técnicos-administrativos universitários, observaram-se que a maior predominância de trabalhadores universitários deste estudo pertenciam ao sexo feminino (54,9%), na faixa etária de 40 a 49 anos (38%) com média de idade de 43 anos e casados (65,8%). Estes resultados se aproximam dos achados do estudo de Oliveira (2005) com população semelhante, ou seja, servidores universitários técnicos-administrativos e docentes da região sul do país. Apenas diferiu na porcentagem elevada da faixa etária encontrada, 52,5%. Respectivamente, os dados

obtidos da referida pesquisa foram: feminino (55,4%); faixa etária de 40 a 49 anos (52,5%); média de idade de 45 anos e casados (60%). A maioria feminina entre os trabalhadores universitários também foi verificada em outros estudos brasileiros com população semelhante. Nos estudos de Areias (1999) e Areias e Guimarães (2004), a porcentagem de mulheres foi de 63%; na de Alves (2004), 56%, assim como no de Macedo (2005) 56% e no de Brito (2007), 56%.

Nesse sentido, as mulheres vêm incorporando maiores espaços no mercado de trabalho, as quais conquistaram diversos setores, onde antes, eram funções exercidas essencialmente por homens (PROBST, 2004) fato que se observa pela maior frequência de mulheres nas pesquisas relatadas anteriormente. Assim como, muitas deixaram de ser apenas parte da família e passaram a ser as provedoras para o sustento familiar (PROBST, 2004). Porém, como enfatizado por Araújo e colaboradores (2006), deve-se ter cuidado ao realizar determinadas pesquisas onde se generaliza os resultados, tanto para os homens quanto para as mulheres, como na área da saúde ocupacional, pois há diferenças entre os gêneros como a dupla jornada com as responsabilidades domésticas assumidas pelas mulheres, à distribuição dos tipos de tarefas e dos postos de trabalho.

Para a maioria dos participantes (28%), a renda familiar *per capita* compreendeu de 1 a 2 salários mínimos e a média foi de 2,6 salários mínimos. Resultados próximos aos encontrados no estudo de Costa (2010) com profissionais de enfermagem de uma unidade de emergência na região do Centro-Oeste, cuja renda *per capita* foi menor que 1,5 e média de 2 salários mínimos. Porém, considerando as semelhanças entre as populações, servidores públicos universitários, estudos de Macedo (2005) com funcionários técnicos-administrativos evidenciou que 36,2% dos trabalhadores apresentavam uma renda familiar *per capita* de 3 a 6 salários mínimos, assim como estudo de Brito (2007), no qual 62% dos entrevistados possuíam uma renda *per capita* igual ou superior a três salários mínimos. Contudo, deve-se considerar que esta variável foi a que apresentou maior perda de resposta dentre as demais, cerca de 15%, portanto essa frequência pode ser mais elevada que os achados, assim como a distribuição da renda *per capita*. Acredita-se, desta forma, que esta porcentagem elevada de perda da variável deve-se ao fato do participante ter se sentido constrangido ou com receio em assinalar a renda familiar no ambiente de trabalho, apesar da garantia do anonimato e sigilo das

---

informações, já que a renda familiar não é composta apenas pelo salário do servidor e, sim, pelos demais que moram no domicílio e apresentam algum trabalho remunerado.

Quanto ao nível de escolaridade dos servidores participantes, observamos que, pouco mais da metade (50,3%) cursaram o ensino superior completo, dados que se aproximam dos achados da pesquisa de Alves (2004), 48% com nível de ensino superior completo ou mais e, também, dos resultados obtidos por Brito (2007) que perfazem 45% da amostra com ensino superior completo e de Areias (1999) e Areias e Guimarães (2004) onde ambos os resultados indicam 36% da amostra com escolaridade superior completa. Observa-se que para esta categoria de trabalhador, segundo os estudos com trabalhadores da mesma categoria mencionados anteriormente, o nível de escolaridade tem sido mais elevado que outras categorias profissionais, como por exemplo, os trabalhadores da área da saúde, que, segundo pesquisa de Schmidt e colaboradores (2009) com profissionais de enfermagem, a amostra do estudo apresenta apenas 7,6% com ensino superior completo, dado este condizente com estudo de base populacional do II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil envolvendo as 108 maiores cidades do país no ano de 2005 (CARLINI et al., 2006).

A religiosidade e sua prática estiveram presentes em 73,4% dos servidores entrevistados, percentual este, inferior ao comparado com os dados obtidos do estudo epidemiológico de Rubiatti (2008) realizado em uma cidade do interior paulista que foi de 89,6%. A religiosidade vem sendo apontada pela literatura como um fator de proteção para a saúde, pois estudos sugerem que os indivíduos praticantes de alguma religião tendem a apresentar maior bem-estar psicológico e, conseqüentemente, menores taxas de prevalência de depressão, uso de substâncias (SILVA et al., 2010). Esta informação pode ser evidenciada nos estudos base populacional de Barros e colaboradores (2007) sobre a prevalência do uso abusivo de álcool e fatores associados, cuja prevalência de uso abusivo de álcool foi maior em quem não tinha uma religião ou raramente frequentavam a igreja. Frente a esses dados, Santos e Alves Júnior (2007) destacam a religiosidade como uma modalidade de resposta para enfrentar uma situação estressora. No caso, a religiosidade seria um método de *coping*.

Tanto o apoio social quanto a religiosidade assumem papel protetores ao consumo de drogas e ao estresse no trabalho, favorecendo a diminuição do uso. O apoio social atua na proteção contra os efeitos dos fatores estressantes (LIN et al., 2008), assim como a religiosidade, a qual pode ser constatada por meio da pesquisa de Faria, David e Rocha (2011), onde através de estudo multicêntrico realizado em doze países, incluindo a América Latina, avaliaram a importância da prática religiosa em mulheres e sua relação com uso de substâncias, cujos resultados apontam que a inserção e a prática religiosa é uma possibilidade de enfrentamento e fortalecimento diante do uso de substâncias psicoativas e outras condições familiares e sociais.

Dados das características do ambiente de trabalho revelaram que o nível médio de ocupação foi a categoria que obteve maior representatividade, com 52,8% dos funcionários exercendo funções nessa categoria. Corrobora com este resultado, pesquisa realizada por Areias (1999) com trabalhadores de uma universidade estadual de diferentes unidades do campus no ano de 1999, onde a maioria dos servidores (47%) se classificava em trabalhos de nível médio.

A respeito da adequação do nível da função exercida na instituição de acordo com o grau de escolaridade que os servidores possuem, verificamos que mais da metade dos sujeitos realizam atividades inadequadas ao seu grau de formação, ou seja, servidores com escolaridade de nível médio e superior exercem atividades de nível básico e aqueles com escolaridade superior, exercem função de nível médio e básico. Estes achados são condizentes com os resultados da pesquisa de Areias (1999) que abrangeu todas as categorias de servidores de uma universidade pública paulista, onde também se obteve a maioria com escolaridade de nível superior e a maioria na categoria de trabalho de nível médio. Assim como, estudo de Alves (2009) com trabalhadores penitenciários, cujas funções exigiam nível de escolaridade inferior aos que apresentavam. Mas os resultados obtidos no presente estudo diferem dos achados de outra pesquisa, na qual, 92% dos trabalhadores da área petroquímica da região sudeste do país executam funções de acordo com suas habilidades (CARRILLO; MAURO, 2003).

Este fato supracitado permite-nos concluir que, neste contexto, a situação relatada pode se constituir em fator estressante ao trabalhador, pois gera uma insatisfação no trabalho, pois para Batista e colaboradores (2005), o ser humano, ao

---

desempenhar qualquer atividade, utiliza-se de fatores internos ou externos para a condução ao objetivo pretendido, assim, possuir uma escolaridade não compatível com a função exercida, pode ser um fator de impacto negativo ao indivíduo.

Entretanto, cabe ressaltar que no preenchimento dos questionários quanto ao item sobre o nível da função exercida, acredita-se que houve servidores que se equivocaram ao assinalar esta questão, pois há dados onde servidores (09) com escolaridade de nível médio incompleto assinalaram o item equivalente ao nível médio e servidores (06) com formação de nível superior incompleto assinalaram que suas atividades referiam-se ao nível superior. Contudo, acredita-se que pela magnitude do estudo, a interferência desta pequena frequência nos resultados tenha sido mínima.

Em relação ao tempo de vínculo empregatício na instituição, constatou-se que a maioria dos servidores (32%) possuem até 5 anos de tempo de trabalho, seguido do outro extremo da categoria, cujo aqueles com tempo de trabalho acima de 21 anos (31%), sendo que a média de tempo de vínculo com a instituição foi de 13,5 anos. Trabalhadores do setor elétrico de uma empresa privada no interior do estado de São Paulo apresentaram média de tempo na empresa de 12,8 anos (MARTINEZ; LATORRE, 2009). Resultados semelhantes foram obtidos pela pesquisa de Alves (2004), cujo tempo médio na função foi cerca de 10 anos e de Costa (2010), onde houve predomínio de servidores na universidade com menos de 5 anos de tempo de trabalho (42,7%) e média de vínculo de 8,8 anos. Tanto fatores individuais quanto organizacionais, como experiência profissional, envolvimento institucional e estabilidade adquirida pelo tempo de vínculo, são fatores de satisfação individual ou vinculados às propostas de trabalho de uma organização, cujos determinantes, estimulam a permanência dos profissionais numa instituição (MARTINS et al., 2006).

Segundo Oliveira (2005), a satisfação no trabalho pode ser considerada um indicador de qualidade de vida, o qual interfere na saúde física e mental do trabalhador, assim como no comportamento profissional e social. Corrobora com esta informação pesquisa realizada por Carrillo e Mauro (2003) em trabalhadores petroquímicos brasileiros, onde para 93% dos entrevistados o clima no trabalho é considerado agradável, mas 89,2% afirmaram que o trabalho gera estresse e, ainda, os autores descrevem que esse dado pode estar relacionado com os 14,5% dos

---

sujeitos que fazem uso de alguma substância ou droga para aliviar o estresse, cujo comportamento foi referido pelos próprios entrevistados.

Sob esta perspectiva, pode-se dizer que o profissional que não possui satisfação no trabalho, pode apresentar estresse ocupacional e comportamentos de risco, tal como a ingestão de bebidas alcoólicas ou o tabagismo como um meio de aliviar a tensão.

As características relacionadas ao estresse no trabalho obtidas neste estudo apresentaram predominância nas dimensões de menor demanda, maior controle e suporte social intermediário, o qual se configura em trabalho de baixo desgaste.

A dimensão baixo desgaste foi a de maior predominância com 30,6% de representatividade na amostra. Esta dimensão é resultado da composição de menor demanda e maior controle que pode estar relacionado à característica das atividades realizadas pela população em estudo. Porém, este tipo de trabalho é considerado um estado altamente confortável e ideal de trabalho, o qual comprometeria em menor grau a saúde (ARAÚJO et al., 2003; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ALVES, 2004; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; MANETTI, 2009; SCHMIDT et al., 2009; URBANETTO et al., 2011).

Em relação às altas demandas e baixo controle, típico do trabalho de alto desgaste, a prevalência foi de 18,6%, sendo que diversos autores afirmam que este tipo de situação de trabalho resulta em estresse ocupacional e, conseqüentemente, configurar-se-ão em riscos diferenciados à saúde, como sofrimento físico e psíquico (KARASEK; THEORELL, 1990; ALVES et al., 2004; SANTOS, 2006; MAGNAGO, 2008; PEREIRA; BRAGA; MARQUES, 2008; AGUIAR, 2009; KIRCHHOF et al., 2009; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; SCHMIDT et al., 2009; SILVA, 2009; MAGNAGO et al., 2010; SANTOS; CARDOSO, 2010; URBANETTO et al., 2011).

Contrário aos resultados do estudo de Braga, Carvalho e Binder (2010) com profissionais da área da saúde em uma cidade do interior paulista, onde a maioria dos sujeitos apresentava situação de trabalho ativo (53,1%), assim como estudo de Silva e Yamada (2008) com trabalhadores de um hospital-escola, este estudo revelou uma porcentagem de 27,1% para este tipo de trabalho que conduz ao aumento da atividade do indivíduo e da capacidade de produzir soluções para as atividades e problemas enfrentados (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ALVES, 2004; REIS et al., 2006; SANTOS, 2006; BRITO, 2007; HARBS; RODRIGUES;

QUADROS, 2008; AGUIAR, 2009; MANETTI, 2009; GIANNINI, 2010). Este valor foi acima dos achados por Silva (2009) na amostra de servidores de um tribunal (16,6%).

Situações de trabalho do tipo passivo somaram 22,8% neste estudo. Porém, estudo com funcionários técnico-administrativos do quadro efetivo de uma universidade no Rio de Janeiro, evidenciou que as atividades exercidas constituem-se em trabalho passivo para 35,4% da população estudada (MACEDO, 2005).

O modelo demanda-controle tem contribuído para o estudo do estresse ocupacional, proporcionando um quadro teórico para explicar a relação entre as características psicossociais do ambiente de trabalho e as consequências para saúde dos trabalhadores (MANETTI, 2009).

Avaliações das condições de estresse no trabalho com população semelhante não foi encontrado na literatura, portanto as comparações foram realizadas mediante estudos com diferentes populações. Apesar destes estudos não apresentarem condições perfeitas à nível de comparação com os resultados do presente trabalho, a associação do estresse demonstrada aumenta a validação do questionário utilizado, pois foi encontrado a relação do estresse, com fatores de risco a saúde, na análise bivariada, que também pode servir como base teórica para a busca de atitudes preventivas (URBANETTO et al., 2011).

Atividades como utilização de férias, seguida da prática de ouvir música, encontro com amigos e práticas de esportes, constituem-se em estratégias para aliviar o estresse destacado pelos trabalhadores petroquímicos de uma empresa brasileira (CARRILLO; MAURO, 2003). Estas alternativas para auxiliar o trabalhador a enfrentar a tensão e o estresse advindos do ambiente de trabalho, constituem-se em fatores protetores, pois como menciona Carrillo e Mauro (2003), os fatores protetores referem-se a determinantes que protegem os indivíduos de situações que podem prejudicá-lo física, psíquica ou socialmente, o qual permite o desenvolvimento saudável.

Embora estudos transversais se utilizem de modelos de regressão para a análise dos dados e a inserção de variáveis independentes como as sociodemográficas, econômicas, condição relacionada à saúde, dentre outras, a fim de avaliar a associação entre os aspectos psicossociais de trabalho com demais desfechos e, considerando que estudos transversais oferecerem maior suporte ao

---

modelo demanda-controle do que os estudos longitudinais ao se tratar de temática referente aos aspectos da saúde mental e trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003), nesta amostra, quando os dados foram submetidos à análise multivariada, a associação de uso problemático de álcool com a presença de estresse no trabalho encontrada na análise bivariada, perdeu a significância estatística. Talvez, como afirmam Silveira e Grisotti (2011), o servidor público possua alto grau de autonomia e menos controle a nível gerencial, o que condiz com situações menos exigentes.

Corroborando com estes achados, pesquisa realizada por Alves e colaboradores (2009), a fim de verificar a associação entre estresse no trabalho e hipertensão arterial na população feminina de trabalhadores técnicos-administrativos de uma universidade no Estado do Rio de Janeiro, através da aplicação da escala de estresse no trabalho – *Job Scale Stress*, identificou que não houve associação entre estresse e hipertensão nos trabalhadores do sexo feminino no local explorado.

Em relação aos aspectos que investigaram o uso de tabaco pelos servidores a prevalência de tabagismo foi de 13,95%, o qual se mostrou semelhante ao estudo Carrillo e Mauro (2003) com trabalhadores da área petroquímica do estado do Rio de Janeiro, cuja prevalência foi de 13,8%, assim como, estudo de Oliveira (2005) com servidores de uma universidade pública do estado de Santa Catarina (14,1%) e próximo ao percentual na população brasileira (17%) de acordo com os dados do Levantamento Nacional (BRASIL, 2011). Outros estudos com população semelhante, servidores federais e estaduais, de universidades nos estados de São Paulo, Pernambuco e Ceará a prevalência de fumantes variou de 15% a 28% (SOUZA et al., 1998; RIBEIRO et al.; 1999; SABRY et al.; 1999).

Pesquisa realizada com pacientes a partir do Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo na cidade de Londrina/PR, Castro e colaboradores (2008) encontraram associação entre a dependência de nicotina e o uso de álcool em ambos os sexos, sendo que nos fumantes com uso de substâncias psicoativas houve diferenças significativas na incapacidade laboral.

A prevalência do uso problemático de álcool obtida na amostra foi de 13,2%. A prevalência do desfecho do presente estudo foi menor em relação aos demais estudos, como por exemplo, o estudo de base populacional realizado em uma cidade de médio porte do sul do Brasil que foi de 18,4% (REISDORFER, 2010), cujo valor se equivale ao obtido por Rubiatti (2008) através de estudo epidemiológico em

---

uma cidade do interior paulista, assim como no estudo de Amaral e Malbergiera (2004), cuja prevalência do uso de álcool em servidores de uma universidade pública paulista foi de 19,8% e, em usuários de serviços de atenção primária no interior do estado de Minas Gerais, a percentagem foi de 22,1% (MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007).

Apesar de o desfecho ter apresentado porcentagens semelhantes ao da população geral (12%) (LARANJEIRA et al., 2007) pode ser que este número seja maior, pois: primeiro, a maioria dos participantes do estudo eram do sexo feminino e, de acordo com Bradley e colaboradores (2003), os transtornos de álcool são menos prevalentes entre as mulheres, embora essa prevalência tenha aumentado; segundo, pode ser que os funcionários que realmente apresentem problemas quanto ao uso problemático de álcool não tenham aceitado participar da pesquisa, como mencionado anteriormente e, terceiro, os servidores que participaram da pesquisa podem não ter assinalado o real consumo de álcool que efetivamente fazem uso.

Esta amostra de servidores apresenta um padrão de consumo de álcool onde 72,6% ingerem alguma quantidade de bebida alcoólica, valor este, semelhante ao obtido em estudo com trabalhadores petroquímicos do estado do Rio de Janeiro que foi de 65,5% (CARRILLO; MAURO, 2003), porém, percentagem acima dos resultados encontrados por Barros e colaboradores (2008), onde 50% da população adulta da região do Sudeste apresentam este padrão de consumo, assim como na população geral brasileira, cuja frequência é de 52% (LARANJEIRA et al., 2010). Porém, valores próximos, mas superiores aos obtidos neste estudo foram identificados em pesquisa com trabalhadores do setor elétrico do estado de São Paulo, onde 78,5% relataram a ingestão de bebidas alcoólicas, sendo que 22,1% apresentaram escore sugestivo de dependência (MARTINEZ; LATORRE, 2009).

O uso de baixo risco ou abstinências de álcool é realizado por 86,8% dos sujeitos, dos quais 27,4% são abstinências, ou seja, não ingerem nenhum tipo de bebida alcoólica, porcentagem esta semelhante à obtida por Romera (2008) ao entrevistar estudantes (25,4%) e por Rubiatti (2008) ao entrevistar a população de uma cidade do interior paulista (21,5%), mas inferior em relação aos abstinências no estudo com servidores públicos de uma universidade da região sul do país (49,8%) (OLIVEIRA, 2005) que se assemelha aos dados da população geral que somam 48% (LARANJEIRA et al., 2010).

O consumo *binge*, também considerado beber pesado episódico (SILVEIRA et al., 2008) refere-se ao consumo de cinco doses ou mais em uma única ocasião (OLIVEIRA, 2005; LARANJEIRA et al., 2007; SILVEIRA et al., 2008; LARANJEIRA et al., 2010), cujo termo é internacionalmente reconhecido. Ao contrário do manifestado pela população geral que foi de 28% (LARANJEIRA et al., 2007; 2010) e de servidores públicos universitários catarinenses (10,8%) (OLIVEIRA, 2005), o consumo *binge* se fez presente em 36,8% da amostra, o qual engloba o consumo esporádico, mensal, semanal e diário, percentagem superior, porém, próxima ao encontrado nos estudos de Reisdorfer (2010) através de inquérito populacional numa cidade catarinense que foi de 32,3%. Apesar de não haver na literatura um consenso quanto aos critérios de identificação deste padrão de consumo e diferenças nas populações estudadas, há um consenso quanto aos prejuízos e consequências advindos deste comportamento (SILVEIRA et al., 2008). Tanto Silveira e colaboradores (2008) quanto Laranjeira e colaboradores (2010) salientam os riscos que esse padrão de consumo pode ocasionar no indivíduo, assim como para seus familiares, no trabalho e para a sociedade, dentre eles: doenças como hipertensão, gastrite, pancreatite; violência, tais como, homicídio, brigas, violência doméstica e sexual e, incidentes ocupacionais como absenteísmo na escola e no trabalho, e ainda acidentes de trânsito (MARISCAL; SILVA, 2010).

Dos 925 entrevistados, apenas 0,43% apresentaram escores sugestivos de dependência. Pode-se com isso, inferir que por se tratar de um campus universitário onde a maioria das unidades é da área biológica, além da existência de serviços de saúde e campanhas de prevenção, os funcionários podem compreender melhor os danos relacionados ao consumo de álcool. Outro possível aspecto refere-se à possibilidade da não participação na pesquisa por aqueles sujeitos que compreendem possuir algum problema relacionado ao consumo excessivo.

Ao comparar os indivíduos com a população adulta brasileira, a dependência de álcool é bem menor que as taxas nacionais, cuja frequência é de 9% (LARANJEIRA et al., 2010), embora esse percentual tenha, relativamente decrescido em relação ao II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil no ano de 2005, o qual apontou que 12,3% dos indivíduos pesquisados, preenchiam critérios para a dependência do álcool (LARANJEIRA et al., 2007).

Com relação aos problemas relacionados ao consumo desta substância psicoativa, apenas 6% dos sujeitos responderam a esta questão em comparação com a população geral brasileira, onde 25% relataram ao menos um tipo de problema relacionado ao consumo. Dos respondentes, apenas 0,8% procuraram ajuda, sendo que uma das formas de ajuda foi representada pelos Alcoólicos Anônimos (AA). Este tipo de procura por tratamento também foi encontrado nos estudos de Figlie e colaboradores (2000), o qual se obteve uma porcentagem também pequena, de apenas 2%. Segundo Castro (2002) os Alcoólicos Anônimos é um programa de 12 passos para tratamento do alcoolismo cujo objetivo é evitar “o primeiro gole”. Empresas públicas quanto privadas têm incentivado a participação de funcionários dependentes ou com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool em grupos de auto-ajuda como os Alcoólicos Anônimos (BARROS et al., 2009). Estudo revela que no estado do Espírito Santo, no ano de 2006, havia 149 (59,6%) grupos de auto-ajuda, sendo que os Alcoólicos Anônimos perfaziam o total de 43,2% das instituições que promovem cuidados aos usuários de substâncias psicoativas (SIQUEIRA et al., 2007).

Assim, a identificação precoce do consumo de álcool é essencial para uma intervenção apropriada antes do aparecimento de complicações (MENESES-GAYA, 2009).

Embora não tenha sido abordado na pesquisa, há possibilidade de que os sujeitos estivessem realizando algum tratamento medicamentoso, contínuo ou não, no momento da coleta dos dados. Pois se sabe que, dependendo da medicação, não é indicada a ingestão de bebidas alcoólicas devido à ocorrência de interações e, conseqüentemente, efeitos adversos aos indivíduos. Além disso, estando o trabalhador sob efeito de alguma medicação, sua percepção dos fatos e realidades se altera, e, assim, a percepção das situações estressantes do ambiente de trabalho se modifica. Fato este que pode interferir nos resultados da avaliação do padrão de consumo de bebidas alcoólicas, como também na avaliação do estresse no local de trabalho.

Ao associar o uso problemático de álcool com as demais variáveis independentes a fim de verificar os fatores relacionados, mediante análise bivariada e, considerando-se o nível de significância em $p \leq 0,20$ para as variáveis estatisticamente significativas, encontrou-se relação do desfecho com os

---

determinantes: sexo masculino; àqueles que possuem escolaridade do ensino fundamental incompleto ao ensino superior incompleto; os que realizam funções de nível básico na instituição; aqueles cujos filhos não moram com os entrevistados e são fumantes atualmente, assim como, o menor tempo de vínculo empregatício na instituição. Por outro lado, as variáveis que apresentaram menores chances dos indivíduos fazerem uso de risco de bebidas alcoólicas foram: renda *per capita* maior que 4 salários mínimos (> R\$ 2.041,00) e os que apresentam alto desgaste em relação ao nível de exposição ao estresse no trabalho.

Em relação ao desfecho, o homem apresenta maiores chances de apresentar uso problemático de álcool em relação à mulher, assim como ao obtido no estudo de Amaral e Malbergiera (2004) entre funcionários públicos de uma universidade paulista. Estes mesmos autores descrevem estudos que encontraram prevalência de dependência de álcool três vezes maior no homem do que na mulher. Estudo de Neves (2007) com estudantes universitários mostrou que o uso de álcool foi favorecido pelos sujeitos serem homens. Assim como, em pesquisa de Barros e colaboradores evidenciaram maiores prevalências de uso de álcool nos indivíduos do sexo masculino. Outro dado relevante refere-se ao consumo em *binge*, o qual 40% dos homens o fazem, enquanto que nas mulheres, 18% apresentem este tipo de comportamento, segundo informações do I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira (LARANJEIRA et al., 2007).

Cabe ressaltar que mesmo havendo maior vulnerabilidade do homem em relação à mulher em consumir bebidas alcoólicas, além de fatores psicossociais que podem potencializar esse consumo, estudo de Kerr-Corrêa (2008) demonstra que quando os papéis das mulheres se tornam semelhantes aos dos homens, há uma alteração no padrão de consumo de álcool nos indivíduos do sexo feminino. Com isso, a literatura sugere que sejam utilizados pontos de corte diferenciados para homens e mulheres no instrumento utilizado para o rastreamento do consumo de bebidas alcoólicas, o AUDIT, para a definição de casos possíveis de uso abusivo ou dependência, embora o AUDIT seja a escala mais difundida e a que apresenta reconhecidas propriedades psicométricas (BARROS et al., 2008).

Neste estudo, houve maior associação entre os indivíduos com menor nível de escolaridade e uso problemático de álcool. Resultados semelhantes foram obtidos em pesquisa do tipo inquérito domiciliar na cidade de Campinas/SP, o qual

---

indivíduos com maior nível de escolaridade apresentam maior prevalência de uso de álcool, porém, o consumo de risco foi mais elevado no segmento de escolaridade inferior (Barros et al., 2008).

Quanto à variável nível da função, os que realizam funções na instituição de nível básico apresentam maiores chances de fazer uso problemático de álcool em relação aos níveis médio e superior. As funções de nível básico compreendem, dentre outras, atividades que podem oferecer riscos de acidentes no trabalho aos indivíduos como o manuseio de ferramentas, maquinários e transporte. Esta relação do uso de álcool com a função também foi encontrada em estudo com funcionários públicos universitários (AMARAL; MALBERGIERA, 2004). Através de depoimentos de trabalhadores de uma universidade do estado do Rio de Janeiro, evidencia-se que para determinadas funções, onde força e resistência são requisitos da função, a ingestão de bebidas alcoólicas está associada à masculinidade, sendo que, muitas vezes, os homens sentem dificuldade em recusar bebida no local de trabalho (CASTRO, 2002). Nesse sentido, a autora aponta que o papel do álcool no local de trabalho é fonte de socialização e relaxamento.

O uso problemático de álcool relacionado aos indivíduos que possuem filhos, mas que não moram com os mesmos, apresentou-se nesta etapa da análise. Estes resultados podem estar relacionados a diversas situações. Uma hipótese é que os pais, por terem os filhos que moram longe deles, sejam por motivos de separação conjugal, desentendimentos familiares ou por motivos pessoais, procuram alívio para atenuar algum sentimento de cunho negativo que possam apresentar na ingestão de álcool, o qual se configura em um mecanismo de enfrentamento da realidade danosa à saúde.

Considerando o termo depressão, amplamente divulgado pela mídia e rotineiramente inserido no vocabulário dos indivíduos, ou seja, transformou-se em um termo socialmente aceito (MARTIN et al., 2007; BRANT e MINAYO-GOMEZ, 2008; HEGADOREN et al., 2009), além de ser utilizado para exemplificar diversas situações e com diferentes significados, quer seja como um diagnóstico específico, como uma categoria de perdedor implicando sofrimento significativo, ou ainda, como uma expressão coloquial no sentido de infelicidade ou angústia (WASTESON et al., 2009). Estudos apontam que há associação entre o uso do tabaco, de outras substâncias psicoativas, como o álcool, e transtorno depressivo, sendo que a

---

depressão foi a maior co-morbidade relacionada ao tabagismo e ao consumo de substâncias psicoativas nos estudos realizados por Castro e colaboradores (2008). Ademais, Gherardi-Donato e colaboradores (2011) afirmam que quando o enfrentamento de determinada situação ou problema está centrado nas emoções, o indivíduo procura por métodos que visam à redução da emoção negativa, sendo que muitos, a fim de manejar essa situação estressante recorrem ao uso de substâncias psicoativas, tais como o uso de álcool.

O desfecho associou-se significativamente ($p < 0,01$) ao tabagismo, sendo que pessoas fumantes apresentaram maiores chances de uso problemático de álcool do que as pessoas não fumantes. Esta associação pode ser confirmada através do estudo de Castro e colaboradores (2008), os quais entrevistaram pacientes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo em uma cidade do Paraná e evidenciaram forte relação entre a dependência da nicotina e o uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Estes mesmos autores mencionam que a co-morbidade, álcool e tabaco, aumentam o risco de câncer oral, de laringe, e de esôfago. Assim como, estudos apresentam a associação de ambas às substâncias psicoativas, como nos estudos de Barros e Nahas (2001) com trabalhadores industriais de Santa Catarina, no estudo de Carrillo e Mauro (2003) com trabalhadores petroquímicos brasileiros, através de revisão de literatura sobre as características psicológicas no tabagismo de Rondina, Gorayeb, Botelho (2007) e na pesquisa de Castro e colaboradores (2008) com pacientes tabagistas em tratamento na cidade de Londrina/PR.

A associação do desfecho em relação ao tempo de vínculo empregatício na instituição evidencia que quanto menor o tempo no vínculo, menores são as chances de uso problemático de álcool. Porém, estudo transversal de Höfelmann e Blank (2007) com trabalhadores de uma indústria catarinense, demonstrou que trabalhadores com maior tempo de trabalho na empresa não aumentam as chances em avaliar a saúde negativamente, ou seja, com o passar do tempo os trabalhadores não sentiram ou perceberam que suas saúdes pioraram devido ao tempo de vínculo. Assim, através da análise bruta, trabalhadores envolvidos em atividades ligadas ao setor de produção apresentaram características associadas ao desfecho, como: menor idade, menor tempo de trabalho na empresa, menor desgaste psicológico, maior controle sobre a vida e menor consumo alcoólico, mas

---

que não se associaram à auto-avaliação de saúde negativa após a análise ajustada. Dados que corroboram com os achados do presente estudo: quanto menor tempo de trabalho em uma instituição, menor o consumo de bebidas alcoólicas.

Entretanto, possuir uma renda *per capita* mais elevada, constituiu-se em um determinante de menor chance ao uso problemático de álcool, cujo resultado se assemelha aos achados do estudo com trabalhadores industriais da região sul do país (HÖFELMANN; BLANK, 2007). Acredita-se que pessoas com maior poder aquisitivo apresentam melhores condições em adquirir outras possibilidades para o manejo das situações estressantes, como por exemplo, viajar e adquirir produtos e serviços, os quais auxiliam no alívio da tensão e do estresse.

Da análise bivariada, o que mais nos chamou a atenção foi a associação de alto desgaste como condição de menor chance de uso problemático de álcool. Esse resultado teve seu impacto reduzido quando ajustado no modelo multivariado com a inserção das variáveis de confusão e, conseqüentemente, o estresse no trabalho que foi pouco incidente nesta população, não esteve associado ao uso problemático de álcool no modelo final. Assim, acredita-se que os resultados da análise multivariada sejam os mais próximos da realidade, dado o que tem sido encontrado na literatura sobre a relação entre estresse e uso de substâncias psicoativas.

Para controle das variáveis de confusão, realizou-se na análise multivariada a inserção das variáveis em consonância com o modelo hierarquizado construído e, apenas foram consideradas as variáveis fortemente associadas ao desfecho as que apresentaram o *p*-valor $\leq 0,05$. Sendo assim, encontraram-se as seguintes características associadas positivamente ao desfecho, ou seja, apresentar maiores chances para o uso problemático de álcool: sexo masculino, tabagista e possuir ensino fundamental completo. Contudo, quanto menor o tempo de vínculo com a instituição, menor as chances de uso problemático de álcool. Dentre estas características, corroboram com os resultados obtidos neste trabalho, o estudo epidemiológico do tipo inquérito populacional realizado em uma cidade catarinense por Reisdorfer (2010), a qual também obteve associação do uso problemático com o sexo masculino e ser fumante, onde empregou um método semelhante ao deste estudo para a entrada das variáveis no modelo final através de um modelo teórico hierarquizado a fim de controlar as variáveis de confusão.

7. Conclusões

---

7. CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos neste estudo em resposta aos objetivos inicialmente definidos, é possível concluir que:

❖ Análise descritiva

- *Características sociodemográficas e econômicas* - maior predomínio de trabalhadores do sexo feminino; faixa etária de 40 a 49 anos; residem com mais pessoas no domicílio; casados; possuem filhos que moram junto deles; renda *per capita* entre 1 a 2 salários mínimos; ensino superior completo e praticantes de alguma religião;
- *Características do ambiente de trabalho* – maior prevalência de funções de nível médio; inadequação da função em relação ao nível de escolaridade e tempo de vínculo na instituição de até 5 anos;
- *Características relacionadas ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas* – maior prevalência na ingestão de qualquer quantidade de bebidas alcoólicas; consumo mais frequente de duas a quatro vezes por mês; consumo de 2 a 8 doses numa única ocasião, embora o consumo de 5 ou mais doses (*binge drinking*) tenha sido significativo; a maioria nunca achou que não conseguiriam parar de beber, assim como, sempre conseguiram fazer o que era esperado deles e, jamais precisaram beber pela manhã para se sentirem melhor; houve quem se sentisse culpado ou com remorso, assim como alguém num certo momento foi incapaz de lembrar dos fatos, além de já terem causado ferimentos ou prejuízos a eles próprios e a outra pessoa e, de terem parentes ou amigos que se preocupassem com eles. A maioria apresentou uso de baixo risco ou abstinência embora detectado possível dependência. Houve descrição de problemas devido ao consumo de bebidas alcoólicas.

- *Características relacionadas às condições de saúde – Estresse no trabalho*: na dimensão psicológica, maior predomínio na categoria de menor demanda; na dimensão controle, predomínio na categoria maior controle e, na dimensão suporte social, maior prevalência na categoria intermediária. O nível de exposição ao estresse no trabalho de maior predomínio foi o de baixo desgaste, embora tenha encontrado alto desgaste. Tabagismo: presença de fumantes atuais, apesar de não ter sido o mais prevalente.

❖ **Análise bivariada**

Constituíram maiores e menores chances com odds ratio bruto estatisticamente significativa:

- *Maiores chances*: ser homem; ensino fundamental incompleto ao superior incompleto; nível básico da ocupação; filhos que não moram com os entrevistados e fumantes;
- *Menores chances*: tempo de vínculo na instituição; renda per capita maior que 4 salários mínimos e alto desgaste em relação ao nível de exposição ao estresse no trabalho;

❖ **Análise multivariada**

Houve associação significativa com o uso problemático de álcool, cujos preditores para a ocorrência foram:

- *Maiores chances*: ser homem; ensino fundamental completo e tabagismo;
- *Menores chances*: tempo de vínculo na instituição.

Consideradas as limitações inerentes aos estudos de corte transversal e baseados em medidas fornecidas pelos servidores técnicos-administrativos da Universidade de São Paulo do campus de Ribeirão Preto, esse estudo permitiu identificar detalhadamente as características específicas que compõe a população em questão, evidenciando aspectos com maior nível de associação ao uso problemático de álcool (ser homem, possuir ensino fundamental completo, tempo de vínculo com a instituição de até 20 anos e fazer uso de tabaco). Assim, acredita-se que tais características devem ser consideradas para qualquer tipo de ação a ser desenvolvida junto a população de estudo, com vistas à promoção e prevenção relacionadas ao uso problemático de álcool no ambiente de trabalho.

A partir do levantamento dessa população específica, ressalta-se a necessidade de desenvolver estudos de intervenção para a cessação e prevenção do uso de álcool, delineados para atender a referida população mediante suas particularidades, cujos achados do estudo podem apoiar futuros trabalhos de intervenção.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, O. B. **Aspectos psicossociais do impedimento laboral por motivos de saúde em trabalhadores de cozinhas industriais**. 2009. 206 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

ALIANE, P. P. **Uso de álcool na gestação e sua relação com sintomas depressivos no pós-parto**. 2008. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

ALLEN, J. P.; LITTEN, R. Z.; FERTIG, J. B.; BABOR, T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). **Alcoholism, clinical and experimental research**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 613-618, 1997.

ALVES, M. G. M. **Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde**. 2004. 261 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/alvesmqmd.pdf>. Acesso em: 08 out. 2008.

ALVES, M. G. M.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. de S. L.; WERNECK, G. L. Versão resumida da “Job Stress Scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 164-171, abril 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19774.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2009.

ALVES, V. **Condições de trabalho de funcionários penitenciários de Avaré-SP e ocorrência de transtornos mentais comuns**. 2009. 165 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2009.

AMARAL, R. B.; 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. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 156-163, setembro 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n3/a05v26n3.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2009.

ANDRADE et al. Padrões de consumo do álcool e problemas decorrentes do beber pesado episódico no Brasil. In: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M.

Álcool e suas conseqüências: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha Editora, 2009. cap. 5, p. 103-122. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-pt-cap5.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2009.

ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C. O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-33, agosto 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16776.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2009.

ARAÚJO, T. M.; GODINHO, T. M.; REIS, E. J. F. B.; ALMEIDA, M. M. G. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1117-1129, 2006.

ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Job Content Questionnaire: formal and informal job in a Brazilian study. **International Society of Behavioral Medicine**, London, s. 11, p. 167-8. 2004.

AREIAS, M. E. Q. **Saúde mental, estresse e trabalho dos servidores de uma universidade.** 1999. 187 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médias, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

AREIAS, M. E. Q.; COMANDULE, A. Q. Qualidade de vida, estresse no trabalho e síndrome de Burnout. In: VILARTA, R.; CARVALHO, T. H. P. F.; GONÇALVES, A.; GUTIERREZ, G. L. (Orgs.). **Qualidade de Vida e Fadiga Institucional.** Campinas: IPES Editorial, 2006. cap. 13, p. 183-202. Disponível em: http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/fadiga/miolo_fadiga.pdf. Acesso em: 02 abr. 2010.

AREIAS, M. E. Q.; GUIMARÃES, L. A. M. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 255-262, maio/agosto 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critérios de Classificação Econômica Brasil;** 2003. Disponível em http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf. Acesso em: 15 ago. 2007.

BABOR, T. F.; FUENTE, J. R.; SAUNDES, J.; GRANT, M. **AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, WHO/PSA, 1992. cap. 4, p. 1-29.

BABOR, T. F.; GRANT, M. **Project on identification and management of alcohol-related problems: report on phase II**. A randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 1989.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária**. Tradução C. M. Corradi-Webster. Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade (PAI-PAD), 2003. 52 p.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J. B.; MONTEIRO, M. G. **AUDIT – The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care**. 2 ed. Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. 41 p. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf. Acesso em: 07 abr. 2010.

BACHARACH, S. B.; BAMBERGER, P. A.; DOVEH, E. Firefighters, Critical Incidents, and Drinking to Cope: The Adequacy of Unit-Level Performance Resources as a Source of Vulnerability and Protection. **Journal of Applied Psychology**, v. 93, n. 1, p. 155-169, 2008.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 3, 21 p. October 2003.

BARROS, D. R.; CARVALHO, E. A. B.; ALMEIDA, M. R.; RODRIGUES, C. A. Alcoolismo no contexto organizacional: uma revisão bibliográfica. **Psicologia em Foco**, Aracaju, v. 2, n. 1, p. 48-57, janeiro/junho 2009.

BARROS, M. B. A.; BOTEAGA, N. J.; DALGALARRONDO, P.; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 502-9, August 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5829.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2010.

BARROS, M. B. A.; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H.; DALGALARRONDO, P.; BOTEAGA, N. J. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e

demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 259-270, outubro/dezembro 2008.

BATISTA, A. A. V.; VIEIRA, M. J.; CARDOSO, N. C. S.; CARVALHO, G. R. P. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 1, n. 39, p. 85-91, 2005.

BAUS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 40-46, 2002.

BEZERRA, J.; BARROS, M. V. G.; TENÓRIO, M. C. M.; TASSITANO, R. M.; BARROS, S. S. H.; HALLAL, P. C. Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 26, n. 5, p. 440-446, Noviembre 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v26n5/09.pdf>. Acesso em: 30 set. 2011.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2010. cap. 9, p. 160.

BRADLEY, K. A.; BUSH, K. R.; EPLER, A. J.; DOBIE, D. J.; DAVIS, T. M.; SPORLEDER, J. L. et al. Two brief alcohol-screening tests from the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation in a female Veterans Affairs patient population. **Archives of Internal Medicine**, v. 163, p. 821-829, 2003.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1585-1596, junho 2010. Suplemento 1.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 667-76, julho/setembro 2008.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **A situação do tabagismo no Brasil**: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Acesso em: 17 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).** Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRAVO ORTIZ, C. M.; MARZIALE M. H. P. El consumo de alcohol en personal administrativo y de servicios de una universidad del Ecuador. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. spe, p. 487-495, maio/junho 2010.

BRITO, A. S. **Estresse e acidentes no trabalho: Estudo Pró-Saúde.** 2007. 156 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=476557&indexSearch=ID>. Acesso em: 17 abr. 2009.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 232-240, abril/junho 2008.

CANINI, S. R. M. S.; MORAES, S. A.; GIR, E.; FREITAS, I. C. M. Fatores associados a acidentes percutâneos na equipe de enfermagem de um hospital universitário de nível terciário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 818-823, setembro/outubro 2008.

CAPILHEIRA, M. F. **Prevalência e fatores associados à consulta médica e solicitação de exames complementares: um estudo de base populacional.** 2004. 152 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, novembro 2004.

CARLINI, B. O uso de drogas psicotrópicas no Brasil. In: BRASIL. SENAD. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar.** Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas: Serviço Social da Indústria, 2008. cap. 3, p. 51-63.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de psicobiologia, UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A. et al. (Superv.). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de psicobiologia, UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARRILLO, L. P. L.; MAURO, M. Y. C. Uso e abuso de álcool e outras drogas: ações de promoção e prevenção no trabalho. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 25-33, janeiro/abril 2003. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a04.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2010.

CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 1, p. 61-69, janeiro/fevereiro 2006.

CARVALHO, S. V. B.; COLLAKIS, S. T.; OLIVEIRA, M. P. M. T.; SILVEIRA, D. X. Frequência de jogo patológico entre farmacodependentes em tratamento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 217-222, 2005.

CASTRO, K. C. **Álcool e trabalho: uma experiência de tratamento de trabalhadores de uma universidade pública do Rio de Janeiro**. 2002. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, março 2002. Disponível em: <http://teses.iciict.fiocruz.br/pdf/castrokcm.pdf>. Acesso em: 29 set. 2008.

CASTRO, M. R. P.; NUNES, S. O. V.; FARIA, D. D.; ROCHA, C. E. B.; BACCHI, R. S. A dependência da nicotina associada ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 131-140, julho/dezembro 2008.

CAPILHEIRA, M. F. **Prevalência e fatores associados à consulta médica e solicitação de exames complementares: um estudo de base populacional**. 2004. 151 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, novembro 2004.

CHIARIELLO, C. L.; CERQUEIRA, C. A.; COSTA, C. C.; ROSSINI, D. F.; PAOLINELI, L.; PRATT, M. C. M.; MAGNANI, P. H. A. O estresse nosso de cada dia: estudo de caso sobre o estresse no trabalho em órgãos da administração pública. **Temas de Administração Pública**, v. 2, n. 3, 2008. Disponível em: http://master.fclar.unesp.br/Home/Departamentos/AdministracaoPublica/RevistaTemasdeAdministracaoPublica/05_CAIO.pdf. Acesso em: 30 mar. 2010.

COOPER, M. L.; RUSSELL, M.; FRONE, M. R. Work Stress and Alcohol Effects: A Test of Stress-Induced Drinking. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 31, n. 3, p. 260-276, September 1990.

COOPER, M. L.; RUSSELL, M.; SKINNER, J. B.; FRONE, M. R.; MUDAR, P. Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping and alcohol expectancies. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 101, n. 1, p. 139-152, 1992.

CORRADI-WEBSTER, C. M. **Uso problemático de álcool entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais**. 2004. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

COSTA, J. S. D.; MENEZES, A. M. B.; OLINTO, M. T. A.; GIGANTE, D. P.; MACEDO, S.; BRITTO, M. A. P.; FUCHS, S. C. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 164-173, agosto 2002.

COSTA, M. A. S. **O estresse no trabalho e auto-avaliação da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS**, 2010. 2010. 64 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/>. Acesso em: 08 out. 2011.

CROTON, G. **Screening for and assessment of co-occurring substance use and mental health disorders by alcohol & other drug and mental health services**. Victoria: Victorian Dual Diagnosis Initiative Advisory Group, 2007. p. 30-32.

DAWE, S.; MATTICK, R. P. Screening and diagnosis of substance misuse. In: _____. **Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders**. Australia: Australian Government Publishing Service, 1997. Part 3, p. 19-20.

DAWSON, D. A.; GRANT, B. F.; RUAN, W. J. The association between stress and drinking: modifying effects of gender and vulnerability. **Alcohol & Alcoholism**, v. 40, n. 5, p. 453–460, 2005.

DEARMOND, S.; CHEN, P. Stress ocupacional e sonolência no local de trabalho. In: ROSSI, A. M.; QUICK, J. C.; PERREWÉ, P. L (Orgs.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: o positivo e o negativo**. São Paulo: Atlas, 2009. cap.3, p. 40-64.

DEL MORAL, M. M.; LORENZO FERNÁNDEZ, P. Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: LORENZO FERNÁNDEZ, P.; LADERO, J. M.; LEZA, J. C.; LIZASOAIN. **Drogodependencias** – Farmacología, Patología, Psicología, Legislación. 2 ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2003. cap. 1, p. 3-26.

DUARTE, P. C. A. V. Álcool e redução de danos no ambiente de trabalho. In: BRASIL. SENAD. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas: Serviço Social da Indústria, 2008. cap. 6, p. 97-107.

DUARTE, P. C. A. V.; CRUZ, D. D. O.; TROIAN, S. M. L. Prevenção. In: BRASIL. SENAD. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas: Serviço Social da Indústria, 2008. cap. 5, p. 79-95.

FARIA, M. G. A.; DAVID, H. M. S. L.; ROCHA, P. R. Inserção e prática religiosa entre mulheres: aspectos protetores ao uso de álcool e violência. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas – SMAD**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 32-37 janeiro/abril 2011.

FENNELL, M. L.; RODIN, M. B.; KANTOR, G. K. Problems in the Work Setting, Drinking, and Reasons for Drinking. **Social Forces**, v. 60, n. 1, p. 114-132, September 1981.

FERNANDES, J. D.; MELO, C. M. M.; GUSMÃO, M. C. C. M.; FERNANDES, J.; GUIMARÃES, A. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 803-811, setembro/outubro 2006.

FIGLIE, N. B. **Motivação para tratamento do alcoolismo**. 2004. 133 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Psiquiatria – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

FIGLIE, N. B.; PILLON, S. C.; DUNN, J.; LARANJEIRA, R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerström questionnaires. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 118, n. 5, p. 139-143, setembro 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v118n5/2891.pdf>. Acesso em: 08 out. 2011.

FIGLIE, N. B.; PILLON, S. C.; LARANJEIRA, R.; DUNN, J. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no Hospital Geral? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 11, p. 589-593, novembro/dezembro 1997. Disponível em: http://www.uniad.org.br/v2/master/imgAlbum/%7B2A7F722F-8AC0-4096-806F-9E5A22BF82FB%7D_AUDIT%20identifica%20a%20necessidade.pdf. Acesso em: 30 jun. 2010.

FISCHER, F. M.; OLIVEIRA, D. C.; NAGAI, R.; TEIXEIRA, L. R.; LOMBARDI JÚNIOR, M.; LATORRE, M. R. D. O.; COOPER, S. P. Job control, job demands, social support at work and health among adolescent workers. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 245-253, 2005.

FONSECA, F. F. Conhecimentos e opiniões dos trabalhadores sobre o uso e abuso de álcool. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 599-604, dezembro 2007.

FORMIGONI, M. L. O. S.; CASTEL, S. Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 1, p. 1-10, janeiro/fevereiro 1999.

FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALISIO, M. R.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 428-435, 2006.

FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALISIO, M. R.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 347-355, 2008.

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

FUCHS, S. C.; VICTORA, C. G.; FACHEL, J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 168-178, abril 1996.

GALLASSI, A. D.; ALVARENGA, P. G.; ANDRADE, A. G.; COUTTOLENC, B. F. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, p. 25-30, 2008. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/s1/pdf/25.pdf>. Acesso em: 03 out. 2011.

GASPARDO, C. M.; MARTINEZ, F. E.; LINHARES, M. B. M. Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 1, p. 77-85, 2010.

GHERARDI-DONATO, E. C. S.; LUIS, M. A. V.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; NIEVAS, A. F. Consumo de álcool como estratégia para lidar com o estresse. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; MEURS, J. (Orgs.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: stress social – enfrentamento e prevenção**. São Paulo: Atlas, 2011. cap. 3, p. 42-51.

GIANNINI, S. P. P. **Distúrbio de voz relacionado ao trabalho docente: um estudo caso-controle**. 2010. 129 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/>. Acesso em: 30 set. 2011.

GOMES, F. S.; MIGUEZ, M. A. P. Avaliação da satisfação e estresse no trabalho entre funcionários de uma unidade de alimentação e nutrição no Rio de Janeiro. **CERES: Nutrição & Saúde, Rio de Janeiro**, v. 1, n. 1, p. 29-42, dezembro 2006.

GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B.; CAMPOS, W.; PETROSKI, É. L. Domínio físico da qualidade de vida entre adolescentes: associação com atividade física e sexo. **Revista de salud pública**, Bogotá, v. 11, n. 1, p. 50-61, Enero/ Febrero 2009.

GRECO, P. B. T.; MAGNAGO, T. S. B. S.; PROCHNOW, A.; BECK, C. L. C.; TAVARES, J. P. Utilização do modelo demanda-controle de Karasek na América Latina: uma pesquisa bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 272-281, maio/agosto 2011.

HARBS, T. C.; RODRIGUES, S. T.; QUADROS, V. A. S. Estresse da equipe de enfermagem em um centro de urgência e emergência. **Boletim de Enfermagem, Curitiba**, v. 1, n. 2, p. 41-56, janeiro/junho 2008. Disponível em:

---

http://www.utp.br/enfermagem/boletim_2_ano2_vol1/pdf/art4_estresse.pdf. Acesso em: 30 mar. 2010.

HEGADOREN, K.; NORRIS, C.; LASIUK, G.; SILVA, D. G. V.; CHIVERS-ILSON, K. The many faces of depression in primary care. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 155-64, janeiro/março 2009.

HEMMINGSSON, T.; LUNDBERG, I. Development of alcoholism: interaction between heavy adolescent drinking and later low sense of control over work. **Alcohol & Alcoholism**, v. 36, n. 3, p. 207-212, 2001.

HENRIQUE, I. F. S.; MICHELI, D.; LACERDA, R. B.; LACERDA, L. A.; FORMIGONI, M. L. O.S. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20784.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2010.

HÖFELMANN, D. A.; BLANK, N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 777-787, 2007.

ISSA, J. S.; PEREZ, G. H.; DIAMENT, J.; ZAVATTIERI, A. G.; OLIVEIRA, K. U. Efetividade da bupropiona no tratamento de pacientes tabagistas com doença cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 434-440, 2007.

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 97-116, janeiro/junho 2003.

JACQUES, M. G. C.; CODO, W. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho: leituras**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002. 420 p.

JEX, S. M.; BEEHR, T. A. Emerging theoretical and methodological issues in the study of workrelated stress. **Research in Personnel and Human Resources Management**, v. 9, p. 311-365, 1991.

JOHNSON, J. V.; HALL, E. M. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish

---

working population. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 78, n. 10, p. 1336-1342. October 1988.

JORGE, M. R.; MASUR, J. Questionários padronizados para avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 287-292, 1986.

KARAM, E.; KYPRI, K.; SALAMOUN, M. Alcohol use among college students: An international perspective. **Current Opinion in Psychiatry**, Philadelphia, v. 20, n. 3, p. 213-221, 2007.

KARASEK, R. A. **Job Content Questionnaire and user's guide, revision 1.1**. Lowell, MA. University of Massachusetts, Department of work environment Massachusetts. 1985.

KARASEK, R. A. Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285-308, 1979.

KARASEK, R. A.; THEÖRELL, T. **Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life**. New York: Basic Books Inc., 1990.

KERR-CORRÊA, F.; ANDRADE, A. G.; BASSIT, A. Z.; BOCCUTO, N. M. V. F. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 95-100 April/June 1999.

KERR-CORRÊA, F.; TORRESAN, R.; LIMA, M. E. C.; SANCHES, A. F. **Curso de atualização: "BASICS" avaliação e intervenção breve para o uso excessivo do álcool oferecido ao Programa de Prevenção ao Uso de Substâncias Lícitas e Ilícitas (Viva Mais)**. Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário (PRDU) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2003.

KERR-CORRÊA, F.; TUCCI, A. M.; HEGEDUS, A. M.; TRINCA, L. A.; OLIVEIRA, J. B.; FLORIPES, T. M. F. et al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 235-242, 2008.

KIRCHHOF, A. L. C.; MAGNAGO, T. S. B. S.; CAMPONOGARA, S.; GRIEP, R. H.; TAVARES, J. P.; PRESTES, F. C.; PAES, L. G. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos

menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215-223, abril/junho 2009.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; SANCHES, M.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 231-241, setembro 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32n3/aop1209.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2011.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. (Orgs.). **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília: SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas), 2007. 76 p.

LIMA, C.; FREIRE, A. C. C.; SILVA, A. P. B.; TEIXEIRA, R. M.; FARRELL, M.; PRINCE, M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism**, London, v. 40, n. 6, p. 584-589, November/December 2005.

LIMA, M. B.; NÓBREGA, R. G.; CORTEZ, J. C. V. **Estresse**: um breve panorama. In: CCHLA CONHECIMENTO EM DEBATE, 8, 2008, João Pessoa. **Anais...**, João Pessoa, 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, outubro/dezembro 2003.

LIN, J.; PERUCHI, M. M.; SOUZA, L. H.; FURLANETTO, L. M.; LANGDON, E. J. Percepção e expressão de sintomas depressivos em três grupos culturais catarinenses: açorianos, italianos e alemães. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 2-8. 2008.

LINCH, G. F. C.; GUIDO, L. A.; UMANN, J. Estresse e profissionais da saúde: produção do conhecimento no centro de ensino e pesquisas em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 542-547, julho/setembro 2010.

LIPP, M. E. N. **O stress está dentro de você**. São Paulo: Contexto, 1999. 199 p.

MABUCHI, A. S.; OLIVEIRA, D. F.; LIMA, M. P.; CONCEIÇÃO, M. B.; FERNANDES, H. Uso de bebidas alcoólicas por trabalhadores do serviço de coleta de lixo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3 [online] maio/junho 2007. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 15 mar. 2011.

MACEDO, L. E. T. **Estresse no trabalho, problemas de saúde e interrupção de atividades cotidianas: associação no estudo pró-saúde**. 2005. 57 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Epidemiologia, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2005.

MACEDO, L. E. T.; CHOR, D.; ANDREOZZI, V.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2327-2336, outubro 2007.

MACEDO, S. E. C.; MENEZES, A. M. B.; KNORST, M.; DIAS-DA-COSTA, J. S.; GIGANTE, D. P.; OLINTO, M. T. A.; FISS, E. Fatores de risco para a asma em adultos, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 863-874, abril 2007.

MAGALLÓN, T. J. C.; ROBAZZI, M. L. C. C. Consumo de alcohol en trabajadores de una industria en Monterrey, México. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe, p. 819-826, setembro/outubro 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2010.

MAGNABOSCO, M. B.; FORMIGONI, M. L. O. S.; RONZANI, T. M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 637-647, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v10n4/20.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2011.

MAGNAGO, T. S. B. S. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio músculo-esquelético em trabalhador de enfermagem**. 2008. 200 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, dezembro, 2008.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 118-23, janeiro/março 2009.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H.; ZEITOUNE, R. C. G.; TAVARES, J. P. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n.6, p. 811-817, 2010.

MANETTI, M. L. **Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar**. 2009. 234 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 111-119, janeiro/março 2008.

MARISCAL, I. M. P.; SILVA, E. C. Accidentes de tránsito y el consumo de alcohol en una unidad de urgencia de La Paz, Bolivia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. spe, p. 613-619, maio/junho 2010.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. Álcool: abuso e dependência. In: LARANJEIRA, R. et al. (Coord.). **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2 ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003. cap. 2, p. 29-48.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 591-7. 2007.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores associados à capacidade para o trabalho de trabalhadores do Setor Elétrico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 761-772, abril 2009.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A. C.; LEITE, M. M. J. Perfil do Enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 3, v. 15, p. 472-478, 2006.

MARTINS, E. R. C.; CORRÊA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. spe, p. 398-405, março/abril 2004.

MARTINS, R. A.; MANZATTO, A. J.; CRUZ, L. N.; POIATE, S. M. G.; SCARIN, A. C. C. F. Utilização do Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit) para identificação do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. **Interamerican Journal of Psychology**, Austin, v. 42, n. 2, p. 307-316, 2008.

MASCARENHAS, M. L. W.; ALBERNAZ, E. P.; SILVA, M. B.; SILVEIRA, R. B. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 289-294, July/August 2006.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Brazilian Journal of Medical Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 215-218, 1983.

MATTARA, F. P.; ÂNGELO, P. M.; FARIA, J. B.; CAMPOS, J. A. D. B. Confiabilidade do teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT) em adolescentes. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas – SMAD**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 296-314, 2010.

MATUTE, R. C.; PILLON, S. C. Uso de bebidas alcoólicas em estudantes de enfermagem em Honduras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. spe, p. 584-589, julho/agosto 2008.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, p. 7-10, maio. 2004. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a03v26s1.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2009.

MENDÉZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT**. 1999. 121 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MENDOZA-SASSI, R. A.; BÉRIA, J. U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. **Addiction**, London, v. 98, n. 6, p.799-804, June 2003.

MENESES-GAYA, C.; ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R.; CRIPPA, J. A. S. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): an updated systematic review of psychometric properties. **Psychology & Neuroscience** (Online), Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 83-97, January/June 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-32882009000100012&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 17 ago. 2010.

MOORE, S.; SIKORA, P.; GRUNBERG, L.; GREENBERG, E. Work stress and alcohol use: examining the tension-reduction model as a function of worker's parent's alcohol use. **Addictive Behaviors**, v. 32, n. 12, p. 3114-3121, December 2007.

MORAES, E.; CAMPOS, G. M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. R.; FERRAZ, M. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 321-325, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/nahead/2304.pdf>. Acesso em: 03 out. 2011.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 497-509, março 2011.

MUROFOSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. Trastornos mentales y de comportamiento en trabajadores de enfermería de 23 instituciones de salud en Brasil. **Revista de Enfermería del IMSS**, Delegación Cuauhtémoc, v. 13, n. 3, p. 133-140, Septiembre/Diciembre 2005. Disponível em: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/261A4F13-2A6E-4B76-9154-70710B576BF9/0/vol13_3trastornos.pdf. Acesso em: 01 out. 2008.

MURPHY, S. A.; BEATON, R. D.; PIKE, K. C.; JOHNSON, L. C. Occupational Stressors, Stress Responses, and alcohol consumption among professional firefighters: a prospective, longitudinal analysis. **International Journal of Stress Management**, v. 6, n. 3, p. 179-196, 1999.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; CARVALHO, F. M.; BONFIM, T. A. S.; FERREIRA, I. S. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.131-140, janeiro 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/14.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2011.

NEVES, M. C. C. **Estudante de graduação da Unicamp: saúde mental auto avaliada e uso de risco de álcool e de outras substâncias psicoativas**. 2007. 210 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007. Disponível em: <http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000420654>. Acesso em: 07 abr. 2010.

NORMAN, J.; LEMPERD, R.; O'BRIEN, C. **Under the Influence? Drugs and the American Work Force**. Washington DC: National Academy Press, 1994.

OLIVEIRA, E. S. A. **Atividade física habitual e outros comportamentos relacionados à saúde dos servidores da Universidade Federal de Santa Catarina: tendência secular 1994-2004**. 2005. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Fevereiro 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Estadísticas sanitarias mundiales 2011**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponível em: http://www.who.int/entity/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf. Acesso em: 02 jun. 2011.

PAFARO, R. P.; MARTINO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-160, junho 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/05.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2010.

PEREIRA, L. Z.; BRAGA, C. D.; MARQUES, A. L. Estresse no trabalho: estudo de caso com gerentes que atuam em uma instituição financeira nacional de grande porte. **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, v. 10, n. 21, p. 175-196, maio/agosto 2008.

PEUKER, A. C.; FOGAÇA, J.; BIZARRO, L. Expectativas e beber problemático entre universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 193-200, maio/agosto 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a09v22n2.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2010.

PILLON, S. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 325-332, julho/setembro 2006. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a01.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2011.

PILZ, E. M. L.; SCHERMANN, L. B. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 181-190, janeiro/março 2007.

POKORNY, A. D.; MILLER, B. A.; KAPLAN, H. B. The Brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. **American Journal of Psychiatry**, v. 129, n. 3, p. 342-345, September 1972.

PORTO, L. A.; CARVALHO, F. M.; OLIVEIRA, N. F.; SILVANY NETO, A. M.; ARAÚJO, T. M.; REIS, E. J. F. B.; DELCOR, N. S. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 818-826, outubro 2006.

PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1/2, p. 294-302, 2007. Suplemento 4. Disponível em: http://sistemas.aids.gov.br/ct/projetos/Revista_Medica_de_Minas_Gerais.pdf#page=66. Acesso em: 03 out. 2011.

PRIMO, N. L. N. P.; STEIN, A. T. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 280-286, setembro/dezembro 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n3/v26n3a05.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2011.

PROBST, E. R. **A evolução da mulher no mercado de trabalho**. Santa Catarina: Instituto Catarinense de Pós Graduação, 2004. Disponível em: <http://www.icpg.com.br/artigos/rev02-05.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2011.

PROENÇA, M. I. **Stress ocupacional e qualidade de vida do jornalista da mídia impressa diária**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1998.

RAMÍREZ, L. C.; CASTILLO, M. M. A. Afecto y consumo de alcohol en trabajadores de la industria petroquímica del sur de Veracruz, México. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas – SMAD**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 1-14, 2007.

REIS, E. J. F. B.; ARAÚJO, T. M.; CARVALHO, F. M.; BARBALHO, L.; SILVA, M. O. Docência e exaustão emocional. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 94, p. 229-253, janeiro/abril 2006. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 23 mar. 2011.

REIS, E. J. F. B.; CARVALHO, F. M.; ARAÚJO, T. M.; PORTO, L. A.; SILVANY NETO, A. M. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, setembro/outubro 2005.

REISDORFER, E. **Prevalência e fatores associados ao uso problemático de álcool entre adultos: um estudo de base populacional no sul do Brasil**. 2010. 83f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RIBEIRO, N. F.; FERNANDES, R. C. P. Distúrbios musculoesqueléticos em membros inferiores em trabalhadoras de enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p. 128-142, janeiro/março 2011.

RIBEIRO, S. A.; JARDIM, J. R. B.; LARANJEIRA, R. R.; ALVES, A. K. S.; KESSEKRING, F.; FLEISSING, L. et al. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo – dados preliminares de um programa institucional. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 39-44, janeiro/março 1999.

RODRIGUES, A. P.; OLIVEIRA, A. S.; ZALESKI, E. G. F.; ARANTES, S. L. Avaliação do nível de propensão para o desenvolvimento do alcoolismo entre estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas – SMAD**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 1-10, 2007.

RODRIGUES, V. M. C. P.; FERREIRA, A. S. S. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet], Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1025-1032, julho/agosto 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_23.pdf. Acesso em: 25 out. 2011.

ROMERA, L. A. **Juventude, lazer e uso abusivo de álcool**. 2008. 135 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000445959>. Acesso em: 13 abr. 2010.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 33, n. 5, p. 592-601, 2007.

ROSA FILHO, L. A. **Determinantes e efeitos da continuidade na atenção à saúde: estudo de base populacional em Pelotas, RS**. 2006. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Social, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, novembro 2006.

RUBIATTI, A. M. M. **Alcoolismo – estudo epidemiológico no município de Araraquara (SP)**. 2008. 128 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Alimentos e Nutrição, Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, 2008. Disponível em:

---

http://www.fcfar.unesp.br/posgraduacao/alimentosenutricao/Disertacao/2008/angelica_manco-completo.pdf. Acesso em: 07 abr. 2010.

SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C. Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. **Jornal de Pneumologia**, Brasília, v. 25, n. 6, p. 313-320, 1999.

SANTOS, A. F.; ALVES JÚNIOR, A. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 104-113, 2007.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 245-253, abril/junho 2010.

SANTOS, K. O. B. **Estresse ocupacional e saúde mental: desempenho de instrumentos de avaliação em populações de trabalhadores na Bahia, Brasil**. 2006. 117 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

SANTOS, N. C. N.; ALVES, T. D. B.; FREITAS, V. S.; JAMELLI, S. R.; SARINHO, E. S. C. A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1155-1166, setembro/outubro 2007.

SANTOS, T. K.; CIESLAK, F.; GOES, S. M.; GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B.; LEVANDOSKI, G.; VILELA JUNIOR, G. B.; LEITE, N. Consumo de álcool em adolescentes de uma escola da rede pública de ensino do município de Ponta Grossa (PR). **Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 6, n. spe, p. 254-260, julho 2008.

SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico**. 2009. 242f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2009.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P.; LAUS, A. M. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto &**

Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 330-337, abril/junho 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 abr. 2010.

SELZER, M. L. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. **American Journal of Psychiatric**, v. 127, p. 1653-1658, 1971.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA (SESI). Levantamento sobre o uso de drogas na indústria. In: BRASIL. Ministério da Justiça do Brasil. **Pesquisas e estatísticas/profissionais**. Brasília, Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), 2011. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/Profissionais/327590.pdf. Acesso em: 04 nov. 2011.

SILVA, C. S.; RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F.; ALIANE, P. P.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em Gestantes. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 152-156, 2010.

SILVA, L. G.; YAMADA, K. N. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 98-105, janeiro/março 2008. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/4912>. Acesso em: 03 abr. 2010.

SILVA, R. R. Uma análise da pressão no trabalho, da liberdade e do apoio social entre servidores de um tribunal. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 123-135, 2009.

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R.; HOPKINS, K. Psychoactive substances and the provision of specialized care: the case of Espírito Santo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 315-323, 2007.

SILVEIRA, C.M.; SILVEIRA, C. C.; SILVA, J. G.; SILVEIRA, L. M.; ANDRADE, A. G.; ANDRADE, L. H. S. G. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, p. 31-38, 2008. Suplemento 1.

SILVEIRA, S. G.; GRISOTTI, M. Trabalho e Saúde: um estudo sobre o processo saúde-doença dos servidores de um hospital universitário. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.2, n.1, p.18-27, 2011. Disponível em: <http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1086>.

Acesso em: 30 out. 2011.

SOLDERA, M.; DALGALARRONDO, P.; CORRÊA FILHO, H. R.; SILVA, C. A. M. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, abril 2004.

SOUZA, G. S.; BARROS, M. V. G.; ANEGUES, A. L. A.; SILVA, D. K.. **Qualidade de vida de vida, aptidão morfológica e funcional-motora de servidores da Universidade de Pernambuco**. In: XXI Simpósio Internacional de Ciência do Esporte, 21, 1998, Recife. **Anais...**, Recife, 1998.

SPINDOLA, T.; MARTINS, E. R. C. O estresse e a enfermagem: a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 212-219, junho 2007.

STAFFORD, L.; JUDD, F. Mental health and occupational wellbeing of Australian gynaecologic oncologists. **Gynecologic Oncology**, v. 116, n. 3 p. 526–532, March 2010.

STATA. **Stata Statistical Software: Release 11.1**. College Station, Texas: Stata Corporation LP, 2009.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

THEORELL, T. The Demand-Control-Support Model for Studying Health in Relation to the Work Environment: an Interactive Model. In: ORTH-GÓMER, K.; SCHNEIDERMAN, N. **Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease**. Mahwah N.J. Erlbaum Publ. p. 69-85. 1996

THEORELL, T.; PERSKI, A.; AKERSTEDT, T.; SIGALA, F.; AHLBERG-HULTÉN, G.; SVENSSON, J. A. N.; ENEROTH, P. Changes in Job Strain in Relation to Changes in Psychological state. **Scandinavian Journal Work Environmental Health**, v. 14, n. 3, p. 189-196, June 1988. Disponível em: http://www.sjweh.fi/download.php?abstract_id=1932&file_nro=1. Acesso em: 05 jan. 2009.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica**: conceitos e cuidados. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS (UNIAD). **Álcool causa perda de memória e sonolência no trabalho**. São Paulo: UNIAD, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 16 setembro 2010. Disponível em: http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4917:alcohol-causa-perda-de-memoria-e-sonolencia-no-trabalho&catid=1:jogo-limpo-noticias&Itemid=167. Acesso em: 02 mar. 2011.

URBANETTO, J. S.; SILVA, P. C.; HOFFMEISTER, E.; NEGRI, B. S.; PINHEIRO DA COSTA, B. E.; POLI DE FIGUEIREDO, C. E. Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a Job Scale Stress. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1122-1131, setembro/outubro 2011.

VAISSMAN, M. **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Garamond, 2004.

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.

VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R.; FUCHS, S. C.; OLINTO, M. T. A. The role conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 26, n. 1, p. 224-227, February 1997.

WASTESON, E.; BRENNE, E.; HIGGINSON, I. J.; HOTOPF, M.; LLOYD-WILLIAMS, M.; KAASA, S.; LOGE, J. H. Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. **Palliative Medicine**, v. 23, n. 8, p. 739–753. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Collaborative Study Group on Alcohol and Injuries**. Final report. Geneva: World Health Organization, 2004.

Apêndices

APÊNDICE A – Questionário de Dados Sociodemográficos, Econômicos e Características do Trabalho**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE O CONSUMO DE TABACO E ESTRESSE NO TRABALHO ENTRE OS SERVIDORES TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA****QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO**

Idade: _____ anos

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Reside:

☐ Sozinho ☐ Família de origem ☐ Família atual ☐ Amigos

Estado civil:

☐ Solteiro ☐ Casado/amasiado ☐ Separado ☐ Viúvo

Filhos:

- ☐ Sim, moram comigo
☐ Sim, não moram comigo
☐ Não

Renda Familiar: _____ reais

Número de pessoas que vivem com este dinheiro: _____ pessoas

Escolaridade:

- ☐ Ensino Fundamental Incompleto
☐ Ensino Fundamental Completo
☐ Ensino Médio Incompleto
☐ Ensino Médio Completo
☐ Ensino Superior Incompleto
☐ Ensino Superior Completo

Religião: _____

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

As informações abaixo se referem ao seu trabalho

Unidade em que trabalha: _____

Setor: _____

Função: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

APÊNDICE B – Questões complementares sobre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas

QUESTÕES COMPLEMENTARES SOBRE O PADRÃO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Você acha que já teve algum problema devido ao consumo de bebidas alcoólicas?

1- Sim. Qual? _____

2- Não

Você já procurou ajuda para diminuir ou parar de beber?

1- Sim. Que ajuda?

2- Não

Você gostaria de ter mais informações sobre o consumo de bebidas alcoólicas?

1- Sim   2- Não

APÊNDICE C – Autorização para utilização da Escala de Estresse no Trabalho**FW: Pesquisa - Job Stress Scale - concordância da Alves**

From: nane@eerp.usp.br
To: mi.lops@hotmail.com
Subject: Fw: Re: Pesquisa-Job Stress Scale
Date: Thu, 13 Jan 2011 16:24:34 -0300

----- Forwarded Message -----

From: Marcia Guimarães <marciagmalves@gmail.com>
To: Edilaine C Silva Gherardi-Donato <nane@eerp.usp.br>
Sent: Fri, 9 Apr 2010 14:56:12 -0300
Subject: Re: Pesquisa-Job Stress Scale

Prezada Edilaine

Entendo perfeitamente seu pedido e a parabênizo pelo cuidado. Fizemos o mesmo com o Dr. Theorell por ocasião da publicação do primeiro artigo, o qual por e-mail concordou com a publicação da escala adaptada.

Confirmo, pois, o recebimento de sua mensagem onde você informa sobre seu interesse em usar a escala reduzida de estresse no trabalho em sua pesquisa e solicita nossa concordância.

Informo-lhe que, após consulta e concordância da Coordenação do Estudo Pró-Saúde que encaminhou o processo de adaptação, estamos cientes de seu interesse e concordamos em sua utilização.

Coloco-me ainda, à disposição, para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Um abraço

Márcia Guimarães de Mello Alves
Professora Adjunta
Departamento de Planejamento em Saúde
Instituto de Saúde da Comunidade
Universidade Federal Fluminense

<http://sn143w.snt143.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=fb924aec-1ffa-11e0-8d68-002264c202d0,m&isSafe=true&FolderID=00000000-0000-0000-0000-000000000001>

APÊNDICE D – Tabagismo

HÁBITO DE FUMAR

1 – Você fuma atualmente?

☐ Sim

☐ Não

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Informações para o (a) participante voluntário(a):

Você está convidado (a) a responder este *questionário anônimo* que faz parte da coleta de dados da pesquisa “Consumo de substâncias lícitas e estresse laboral entre trabalhadores de uma universidade pública” sob responsabilidade da pesquisadora Prof. Edilaine Cristina da Silva da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O principal objetivo dessa pesquisa é conhecer a quantidade de álcool e tabaco consumido, e se este consumo está relacionado ao estresse no trabalho entre os servidores não-docentes da universidade do campus de Ribeirão Preto. Após este levantamento, pretendemos propor um serviço de apoio ao servidor e a seus familiares caso tenham algum problema relacionado ao uso de álcool e tabaco e queiram participar do atendimento. Para que você não se sinta constrangido em responder o questionário no local de trabalho, poderá levá-lo para casa para responder. Os pesquisadores ao recolher os questionários nas unidades, passarão com uma urna para que você possa depositar o questionário respondido.

Se você concordar em participar da pesquisa, queremos esclarecer que:

- a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza;
- b) você pode deixar de participar da pesquisa e não precisa apresentar justificativas para isso;
- c) seu questionário **não será identificado**;
- d) os resultados estarão à disposição de qualquer servidor que se interessar em saber, independente de ter participado ou não.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos que se fizerem necessária.

Estando de acordo:

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Prof.Dra. Edilaine Cristina da Silva. (16) 3602-3447

Clarissa M. Corradi-Webster

Miriam Lopes (19) 9618-1166

Ingrid R. Ribaldo (16) 8804-2092

Av. Bandeirantes 3900 – EERP/USP

Ribeirão Preto - São Paulo

Anexos

ANEXO A – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)**ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT).**

As perguntas abaixo se referem ao consumo de bebidas alcoólicas. Responda estas perguntas pensando sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses. Lembre-se: 1 dose = uma lata de cerveja; ou meia garrafa de cerveja de 600 ml; ou uma taça de vinho ou uma dose de destilado.

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Nunca ☐ 0	Uma vez por mês ou menos ☐ 1	2-4 vezes por mês ☐ 2	2-3 vezes por semana ☐ 3	4 ou mais vezes por semana ☐ 4
2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0 ou 1 ☐ 0	2 ou 3 ☐ 1	4 ou 5 ☐ 2	6 ou 7 ☐ 3	8 ou mais ☐ 4
3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	Nunca ☐ 0	Menos que uma vez por mês ☐ 1	Uma vez por mês ☐ 2	Uma vez por semana ☐ 3	Quase todos os dias ☐ 4
4. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca ☐ 0	Menos que uma vez por mês ☐ 1	Uma vez por mês ☐ 2	Uma vez por semana ☐ 3	Quase todos os dias ☐ 4
5. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	Nunca ☐ 0	Menos que uma vez por mês ☐ 1	Uma vez por mês ☐ 2	Uma vez por semana ☐ 3	Quase todos os dias ☐ 4
6. 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 ☐ 0	Menos que uma vez por mês ☐ 1	Uma vez por mês ☐ 2	Uma vez por semana ☐ 3	Quase todos os dias ☐ 4
7. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	Nunca ☐ 0	Menos que uma vez por mês ☐ 1	Uma vez por mês ☐ 2	Uma vez por semana ☐ 3	Quase todos os dias ☐ 4
8. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca ☐ 0	Menos que uma vez por mês ☐ 1	Uma vez por mês ☐ 2	Uma vez por semana ☐ 3	Quase todos os dias ☐ 4

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não ☐ 0	Sim, mas não no último ano ☐ 2	Sim, durante o último ano ☐ 4
10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não ☐ 0	Sim, mas não no último ano ☐ 2	Sim, durante o último ano ☐ 4

ANEXO B – ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO – *JOB STRESS SCALE* (JSS)

ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO – *JOB STRESS SCALE* (JSS)

Este questionário consiste em questões e afirmações que variam de A a Q. Depois de ler cuidadosamente cada questão/afirmação, faça um círculo em torno do número (1, 2, 3 ou 4) diante da afirmação que descreva melhor como você se sente perante ao seu ambiente de trabalho. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

ESCALA DE DEMANDA

a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca
b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca
c) Seu trabalho exige demais de você?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?			
1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca ou quase nunca
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca

ESCALA DE CONTROLE

f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca
g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca
i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?			
1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca ou quase nunca
j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca
k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?			
4. Frequentemente	3. Às vezes	2. Raramente	1. Nunca ou quase nunca

ESCALA DE APOIO SOCIAL

l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente
m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente

n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente
o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente
p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente
q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.			
4. Concordo totalmente	3. Concordo mais que discordo	2. Discordo mais que concordo	1. Discordo totalmente

---

ANEXO C – Folha de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 039/2008

Ribeirão Preto, 29 de fevereiro de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 29 de fevereiro de 2008.

Protocolo: nº 0846/2007

Projeto: DROGAS LÍCITAS E ESTRESSE LABORAL ENTRE SERVIDORES NÃO DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA.

Pesquisador: Edilaine Cristina da Silva

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Edilaine Cristina da Silva

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP