

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO**  
***STRICTO SENSU* MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Paula Cristina Gomes**

**O CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA E TABACO ENTRE TRABALHADORES  
DE ENFERMAGEM DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DA ZONA DA MATA  
MINEIRA**

Juiz de Fora  
2015

Paula Cristina Gomes

**O CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA E TABACO ENTRE TRABALHADORES  
DE ENFERMAGEM DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DA ZONA DA MATA  
MINEIRA**

Dissertação de mestrado submetido ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosangela Maria Greco

Juiz de Fora  
2015

**O CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA E TABACO ENTRE TRABALHADORES  
DE ENFERMAGEM DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DA ZONA DA MATA  
MINEIRA**

Dissertação de mestrado submetido ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosangela Maria Greco

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

**BANCA EXAMINADORA**

---

Doutora Rosangela Maria Greco - Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Doutora Heloisa Campos Paschoalin  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Doutora Ana Regina Noto Faria  
Universidade Federal de São Paulo

---

Doutora Geovana Brandão Santana Almeida  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Doutora Emetria Sátiro Opaleye  
Universidade Federal de São Paulo

*Dedico este trabalho a minha querida avó Ana Célia que por tantos anos me ensinou o sentido dessa tão doce e linda palavra e hoje está na saudade da lembrança.*

## AGRADECIMENTOS

Depois de uma caminhada exaustiva e com intempéries da vida, venho agradecer... a Deus que me dá a força para seguir; às dificuldades que me impulsionam a crescer e superar meus “limites”.

Agradeço a minha querida orientadora que me compreendeu como poucos já o fizeram... teve paciência e tranquilidade... me ensinou a pesquisar e foi um modelo de mestre que quero seguir.

Ao programa de mestrado, coordenadora Anna Salimena, demais professores e colegas, Elisangela, agradeço a possibilidade de ter vivido momentos tão enriquecedores e gratificantes.

As professoras Girlene, Heloísa, Geovana e Ana Regina pela disposição em contribuir para o enriquecimento do trabalho. Aos trabalhadores que responderam (ou não) a pesquisa pela disponibilidade.

A minha amada família mãe, pai e Diego que são o meu chão e a minha vida... amo muito vocês e obrigada pela paciência, por entender a minha ausência.

Ao meu namorado Ricardo pelo amor, carinho, apoio e torcida.

Aos meus amigos/parceiros em especial Nathália e Denise que tanto me auxiliaram, me deram apoio nas dificuldades, compartilharam de todas as minhas lutas durante o processo... eu agradeço muito!

Aos meus queridos pacientes que me lembram todos os dias porque eu escolhi a enfermagem e em especial a saúde mental e por me alegrarem diariamente, mesmo após noites sem dormir, prazos apertados e dificuldades pessoais...

## RESUMO

A pesquisa objetivou analisar o consumo de bebida alcoólica e tabaco entre trabalhadores de enfermagem de uma Universidade Pública, suas consequências para saúde, perfil socioeconômico e demográfico desses trabalhadores; identificou o consumo e sintomas de dependência do álcool e da nicotina. Para tal realizou-se uma pesquisa exploratória transversal, compondo a população do estudo 129 trabalhadores, auxiliares (24%) e técnicos de enfermagem (51,2%) e enfermeiros (24,8%), da instituição compreendendo o hospital de ensino e o campus universitário. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e inferenciais das variáveis socioeconômicas e demográficas, níveis de dependência à nicotina padrão de consumo de álcool. Para análise do AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), teste utilizado para categorizar os padrões de consumo de álcool, apresentamos o nível de consumo de álcool em relação aos trabalhadores e em seus níveis profissionais (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro) para evidenciar possíveis diferenças. Procedendo da mesma com os resultados do teste de *Fagerstrom*, utilizado para classificar o nível de dependência à nicotina. A população do estudo foi composta em sua maioria por mulheres (74,4%), com idade média de 48 anos (sendo a mínima 24 e a máxima 64), casadas ou em união estável (69,8%) possui filhos (73,4%). O rendimento familiar entre 4 a 10 salários mínimos (73,2%) e pós graduada (58,3%). Relata apenas um vínculo empregatício (72,1%), trabalha em regime diarista ou plantonista (51,2%), com carga horária inferior a 40 horas (71,3%), trabalha em turno diurno (53,1%) faz plantões extras (75,2%). O consumo de álcool foi relatado por 58,6% dos trabalhadores de enfermagem, segundo o teste AUDIT o padrão de consumo de baixo risco prevaleceu (86,2%). O uso do tabaco foi apontado por 8,8% dos trabalhadores e a aplicação do Teste de *Fagerstrom* revelou nível de dependência a nicotina baixo (50% dos tabagistas). A associação entre o padrão de consumo de álcool e o tabagismo apresentou significância estatística ( $p=0,042$ ) evidenciando que aqueles que revelaram padrão de consumo mais prejudicial também faziam ou fizeram uso de tabaco. Também foi verificada significância estatística entre padrão de consumo de álcool e sexo ( $p=0,004$ ) apontando que os homens possuem um consumo de maior risco quando comparado ao das mulheres. As contribuições do estudo para enfermagem no âmbito da saúde do trabalhador foi permitir conhecer o perfil socioeconômico e demográfico dos trabalhadores de enfermagem dessa instituição. Bem como verificar os padrões de consumo de bebida alcoólica e tabaco. Colaborar para fomentar a literatura em relação aos trabalhadores de enfermagem. Possibilitar que esses trabalhadores possam conhecer a situação de saúde e com isso ganhar autonomia de buscar padrões mais saudáveis de vida e também instrumentalizar a equipe de ação de saúde do trabalhador no sentido de oferecer subsídios para uma abordagem mais efetiva e direcionada à sua população.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador. Trabalho. Bebidas Alcoólicas. Alcoolismo. Nicotina. Transtorno por Uso de Tabaco.

## ABSTRACT

The research aimed to analyze the consumption of alcohol and tobacco among nursing workers of a public university, consequences for their health, socioeconomic and demographic profile of these workers; has identified consumption and symptoms of alcohol dependency and nicotine dependence. For this realized a transversal exploratory survey, the studied population 129 workers, nurses (24%) and practical nurse (51.2%) and nurses (24.8%) the institution involves the teaching hospital and the university campus. We consider eligible: the effective university research scenario, in exercise of the function. Ineligible: absent workers by reason of sick leave or qualification / training and shift to another institution. Data analysis was carried out by descriptive statistics and inferential of socioeconomic and demographic variables, dependency levels to nicotine standard of alcohol use. AUDIT analysis of the level of alcohol consumption compared to nursing professionals. ranked the classes of nursing: nurses, nursing technician and nursing assistant in order to view the possible levels of formations that make up the nursing differences. Proceeding in the same with the results of the Fagerstrom Test. The study population consisted mostly of women (74.4%) with mean age of 48 years (with a minimum 24 and maximum 64), married or in a stable relationship (69.8%) have children (73,4%). Household income 4 to 10 minimum wages (73.2%) and postgraduate (58.3%). Reports only employment (72.1%), working in diarist or duty physician regimen (51.2%), workload less than 40 hours per week (71.3%), working on day shift (53.1%) causes shifts extras (75.2%). Alcohol use was reported by 58.6% of nursing staff, the AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) test used to categorize patterns of alcohol use, has identified the standard of low-risk drinking prevailed (86.2%). Tobacco use was reported by 8.8% of workers and the implementation of the Fagerstrom test revealed the low nicotine dependence level (50% of smokers). The association between standard alcohol consumption and smoking was statistically significant ( $p = 0.042$ ) evidencing that who have revealed most harmful consumption patterns also did or made use of tobacco. It also found statistical significance between pattern of drinking and sex ( $p = 0.004$ ) indicating that men have a higher risk of consumption when compared to women. The contributions of the study for nursing within the workers' health was possible to know the socioeconomic and demographic profile of nursing workers of the institution. And to identify the patterns of consumption of alcoholic beverages and tobacco. Collaborate to promote the literature regarding the nursing workers. Enable these workers to know the health status and with that become autonomous to seek healthier living standards and also equip the worker's health action team in order to offer subsidies for a more effective and targeted approach to its population.

**Keywords:** Occupational Health. Work. Alcoholic Beverages. Alcoholism. Nicotine. Tobacco Use Disorder

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> Representação da população do estudo.....	32
<b>Gráfico 1</b> Distribuição dos TAES trabalhadores de enfermagem segundo categorias profissionais, Juiz de Fora, MG, 2015.....	32
<b>Figura 2</b> Representação esquemática das variáveis sociodemográficas e ocupacionais.....	36
<b>Quadro 1</b> Questões do AUDIT e seus domínios.....	37
<b>Quadro 2</b> Zonas de classificação do AUDIT.....	37
<b>Quadro 3</b> As questões do teste de <i>Fagerstrom</i> e suas pontuações equivalentes.....	38
<b>Quadro 4</b> Grau de dependência à nicotina segundo Teste de <i>Fagerstrom</i> .....	38
<b>Gráfico 2</b> Frequência do consumo de bebida alcoólica entre os TAES - equipe de enfermagem, Juiz de fora, MG, 2015.....	44
<b>Gráfico 3</b> Teste de <i>Fagerstrom</i> e a enfermagem, Juiz de Fora, MG, 2015.....	46



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Tabela 1</b> Características sociodemográficas e econômicas dos TAES – equipe de enfermagem, Juiz de Fora, MG, 2015.....	40
<b>Tabela 2</b> Características sociodemográficas e econômicas dos TAES – equipe de enfermagem por categorias, Juiz de Fora, MG, 2015.....	41
<b>Tabela 3</b> Características profissionais dos TAES – equipe de enfermagem, Juiz de Fora, MG, 2015.....	43
<b>Tabela 4</b> Características profissionais dos TAES – equipe de enfermagem por categorias, Juiz de Fora, MG, 2015.....	43
<b>Tabela 5</b> O AUDIT e as categorias de enfermagem, Juiz de Fora, MG, 2015.....	45
<b>Tabela 6</b> O tabagismo entre os TAES trabalhadores de enfermagem, Juiz de Fora, MG, 2015.....	46
<b>Tabela 7</b> O Teste de <i>Fagerstrom</i> e os TAES equipe de enfermagem, Juiz de Fora, MG, 2015.....	46
<b>Tabela 8</b> Análise das faixas de classificação do AUDIT em relação as variáveis sociodemográficas e econômicas TAES – equipe de enfermagem, Juiz de Fora, MG,2015.....	48
<b>Tabela 9</b> Análise das faixas de classificação do AUDIT em relação as variáveis de característica do trabalho TAES – equipe de enfermagem, Juiz de Fora, MG,2015.....	49
<b>Tabela 10</b> Questões do AUDIT e a frequência do uso regular ou ocasional, Juiz de Fora, MG, 2015.....	50
<b>Tabela 11</b> Questões do AUDIT e sintomas sugestivos de dependência, Juiz de Fora, MG, 2015.....	51
<b>Tabela 12</b> Questões do AUDIT e prejuízos vivenciados devido ao uso de substâncias, Juiz de Fora, MG, 2015.....	52
<b>Tabela 13</b> Relação entre o AUDIT e o tabagismo, Juiz de Fora, MG, 2015.....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS

AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CID	Classificação Internacional de doenças
EPEE	Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OAS	<i>Organization of American States</i>
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Técnico Administrativo em Educação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
VIGITEL	Vigilância de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	16
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
3.1 PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM.....	17
3.2 ADOECIMENTO MENTAL NO TRABALHO.....	21
3.3 <i>ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST</i> AUDIT E TESTE DE <i>FARGESTRÖM</i> .....	28
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	30
4.1 DELINEAMENTO .....	30
4.2 POPULAÇÃO ALVO.....	31
4.3 CENÁRIO .....	32
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	34
4.5 PROCESSO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....	35
4.6 TRATAMENTO DOS DADOS .....	36
4.6.1 Variáveis independentes .....	36
4.6.2 Variáveis dependentes .....	36
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	38
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
<b>5 RESULTADOS</b> .....	40
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E RELACIONADAS AO TRABALHO .....	40
5.2 RESULTADOS DOS TESTES AUDIT E TESTE DE <i>FAGERSTROMS</i> .....	44
5.2.1 Os trabalhadores de enfermagem e o consumo de bebidas alcoólicas.....	44
5.2.2 Os trabalhadores de enfermagem e o uso do tabaco .....	45
5.3 AS ASSOCIAÇÕES ENTRE OS TESTES E AS VARIÁVEIS.....	47
5.3.1 O AUDIT associado às variáveis sociodemográficas e econômicas .....	47
5.3.2 O AUDIT e as associações em relação as característica do trabalho.....	48
5.3.3 As questões do AUDIT e o tabagismo .....	50
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	54
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	62
<b>REFERENCIAS</b> .....	65
<b>ANEXOS</b> .....	74

## 1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa é a prevalência do consumo de bebida alcoólica e tabaco entre os trabalhadores de enfermagem de uma universidade pública.

A utilização de substâncias psicoativas sempre esteve presente na história da humanidade, desde a busca pelo prazer e até mesmo relacionada ao desencadeamento de êxtases místicos e religiosos (MACRAE, s/data). A análise e discussão do que leva os indivíduos ao consumo destas substâncias tem relação com o momento cultural e social de cada época (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007). Na atualidade seu consumo está relacionado à busca pelo prazer, redução do sofrimento além do consumo social, em festas e ocasiões comemorativas quando é considerado lícito e até estimulado (OMS, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o uso nocivo de álcool e outras substâncias psicoativas são considerados um problema de saúde pública por estar relacionado a diversas doenças, além da própria dependência química (WHO, 2001; *Organization of American States - OAS*, 2013). Já em relação ao tabaco, este é considerado uma pandemia e a principal causa de morte evitável no mundo segundo a OMS. Além disso, o abuso dessas substâncias está associado a diversos agravos sociais como ocorrência de acidentes de trânsito, problemas familiares e de relacionamentos, aumento dos índices de violência, morte precoce, afastamento e/ou aposentadoria precoce de trabalhadores e perda da vida útil (WHO, 2001; OMS, 2004; BRASIL, 2009).

Vale ressaltar que os problemas gerados pelo consumo prejudicial de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, afeta diversas áreas de um país além do setor da saúde, gerando um impacto social, político, produtivo e ambiental. Em relação à saúde o uso crônico do etanol causa doenças no aparelho digestivo (cirrose hepática e/ou pancreatites), sistema cardiovascular (hipertensão arterial, acidente vascular cerebral), câncer em diversos órgãos, desnutrição e deficiências vitamínicas, além dos quadros agudos de intoxicação e abstinência (BRASIL, 2011). Em relação ao tabagismo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) associa mais de 50 doenças diferentes, sendo as principais as cardiovasculares e o câncer (BRASIL, 2007). O Código Internacional de Doenças (CID – 10) insere o tabagismo no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2007 e 2009; OAS, 2013).

Entre as substâncias psicoativas o álcool e o tabaco são as que estão mais presentes no mundo até mesmo por serem lícitas e com boa aceitação social. O baixo custo e suas propagandas têm como objetivo estimular o consumo do álcool pelos jovens (OMS, 2004; OLIVEIRA e LUCHESI 2010). Conforme levantamento realizado em 2011 pela OMS cerca de 2,5 milhões de mortes em todo mundo estão relacionadas ao consumo de álcool. Ao tabagismo são relacionados aproximadamente 6 milhões de óbitos em todo mundo por doenças relacionadas ao tabaco, sendo que dessas, cinco milhões são tabagistas e mais de 600.000 são tabagistas passivos (WHO, 2011).

O Brasil tem atuado na prevenção e controle do uso destas substâncias, monitorando e criando alternativas legais para controle e proteção. Como exemplo, pode ser citado o Relatório sobre Drogas no Brasil. Este relatório reuniu informações de diversos estudos sobre o tema como o I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras e I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, todos eles realizados pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), trazendo um mapeamento com informações tanto sobre a prevalência quanto os efeitos do uso de substâncias para toda a rede social, econômica e da saúde nacional. E pode ser utilizado como instrumento para adequações nas políticas e investimentos na assistência e proteção aos indivíduos dependentes químicos (BRASIL, 2007 e 2009).

O relatório aponta que no Brasil 4,3 óbitos por 100.000 habitantes estão relacionados ao uso de substâncias, sendo que o álcool associa-se a 90% das causas de morte dentre as taxas de mortalidade. Sendo assim o consumo de álcool é relacionado a 3,9 mortes por 100.000 habitantes no Brasil. Já o consumo de tabaco encontrou um viés neste estudo pois relaciona-se há 6,3% das mortes o que não vai de acordo com o fato de que o álcool e o tabaco são as drogas que causam maior dependência no país, 12% e 10% respectivamente na população com mais de 12 anos de idade (BRASIL, 2009).

O VIGITEL – Vigilância de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, levantamento realizado no Brasil desde 2006 com o objetivo de monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis apontou a frequência do uso de tabaco e álcool para o ano de 2012. Tal estudo evidenciou uma frequência de fumantes na população adulta de 12,1 %, sendo no sexo masculino 15,5% e 9,2% no sexo feminino. Já em relação ao consumo de bebida alcoólica a avaliação foi pela ingestão de quatro doses ou mais no caso das mulheres e cinco ou mais para

os homens, nos últimos trinta dias. A frequência deste consumo foi 18,4%, entre os homens 27,9% e 10,3% nas mulheres. O uso abusivo de bebida alcoólica foi apontado na população mais jovem, 21,8% entre 18 a 24 anos e 24,7% entre 25 e 34 anos. (BRASIL, 2013).

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira indica outra questão importante que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes. Apesar de o consumo ser legalizado apenas para maiores de 18 anos, 13,9% dos adolescentes entrevistados afirmaram que iniciaram o consumo desta substância entre 14 e 17 anos. E 14,6% disseram ter começado a consumir regularmente nesta idade (BRASIL, 2007). O efeito do consumo do álcool nessa idade é o comprometimento cognitivo, gerando dificuldade de aprendizagem, além do aumento da probabilidade de desenvolver a dependência química e dos efeitos nocivos à saúde (WHO 2011 e 2013).

Portanto, conforme evidenciam os resultados dos estudos e levantamentos já mencionados, o consumo de álcool e tabaco é realizado principalmente por pessoas em idade produtiva. De acordo com a pesquisa citada anteriormente aproximadamente 30% dos brasileiros com idade de 18 a 44 anos afirmaram ingerir bebida alcoólica entre muito frequentemente (bebe todos os dias) a frequentemente (bebe de 1 a 4 vezes na semana) Tal situação pode afetar os níveis de produtividade destes profissionais e causar riscos à integridade física desses e de terceiros (BRASIL, 2007).

Interessados nas questões que tangem a saúde do trabalhador buscamos pesquisar as relações e efeitos do uso de substâncias psicoativas, álcool e tabaco em trabalhadores. Dentre os setores produtivos, destacamos o trabalho em saúde, em especial o trabalhador de enfermagem por representar o maior contingente de trabalhadores nas instituições de saúde. As características próprias da profissão o expõe diariamente há um trabalho com altas demandas, hierarquizado, relacionando-se com pacientes e familiares, muitas vezes em sofrimento favorecendo um desgaste, o que pode levar a comportamentos compensatórios como a ingestão de bebidas alcoólicas e tabaco (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011; PROCHNOW ET AL., 2013; URBANETTO ET AL., 2013).

Um levantamento feito na Austrália apontou que 44% das enfermeiras que trabalhavam em um hospital ingeriam bebidas alcoólicas frequentemente como um comportamento compensatório ou recurso de enfrentamento (DORRIAN et al., 2011). Outro estudo realizado entre estudantes de enfermagem na Colômbia 88% dos entrevistados afirmaram o consumo de álcool (LOPEZ-MALDONADO, LUIS e GHERARDI-DONATO, 2011). Já no Brasil uma pesquisa em uma universidade em Minas Gerais apontou que 81,7%

havia bebido em algum momento no ano da coleta de dados e desses 30,4% apresentaram níveis elevados de consumo (PILLON et al., 2011).

Um estudo realizado em um hospital público no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, entre enfermeiros indicou que 6,7% são tabagistas e que 48,6% consomem bebida alcoólica (FERRAZ E ROCHA, 2010). Outra pesquisa realizada com amostra semelhante à população do presente estudo, em um Hospital Universitário da Zona da Mata Mineira, revelou que o consumo de bebida alcoólica entre a equipe de enfermagem era de 48% e 10,3% da amostra declarou-se fumante (PASCHOALIN, 2012).

Sabendo que a enfermagem brasileira atualmente compreende 314127 enfermeiros, 698697 técnicos de enfermagem, 508182 auxiliares de enfermagem, 14275 atendentes de enfermagem e 2 parteiras (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013). E considerando que tais profissionais enfrentam longas jornadas de trabalho e diversos fatores estressores a preocupação com a saúde e o bem-estar desse profissional faz-se presente (DORRIAN et al., 2011).

Por compreender que os agravos à saúde do trabalhador extrapolam o ambiente laboral, afetando o cotidiano desses indivíduos bem como o de suas famílias (PRAZERES E NAVARRO, 2011), destaca-se a necessidade e a importância de compreender e buscar conhecimentos e ferramentas para subsidiar estudos para esta população. A fim de viabilizar instrumentos de monitorização bem como tomadas de ações de intervenção, prevenção e promoção da saúde, principalmente no que se refere o consumo de álcool e tabaco.

## 2 OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

- Analisar o consumo de bebida alcoólica e tabaco entre trabalhadores da equipe de enfermagem de uma Universidade Pública da Zona da Mata Mineira e suas consequências para saúde.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos trabalhadores da equipe de enfermagem;
- Identificar o consumo e sintomas de dependência de álcool entre os trabalhadores da equipe de enfermagem;
- Verificar o consumo de tabaco e avaliar o nível de dependência à nicotina.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para que possamos analisar o consumo de álcool e tabaco entre trabalhadores de enfermagem faremos uma reflexão sobre o processo de trabalho da enfermagem, o adoecimento mental no trabalho, a utilização de drogas lícitas e instrumentos que subsidiarão o presente estudo.

#### 3.1 PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

O cuidar sempre esteve presente na história da humanidade, por ser essencial para a sobrevivência do ser humano, influenciando no modo de viver e nas formas de se relacionar. Nas civilizações antigas este se baseava nas práticas espirituais, religiosas, naturais e empíricas. Após o Cristianismo e durante a Idade Média o cuidado era prestado através de atividades de conforto, limpeza de feridas e administração de poções. As pessoas responsáveis por esse cuidado deveriam ter um comportamento que demonstrasse humildade, paciência, docilidade e obediência (WALDOW, 1999; BRAGA e SILVA, 2011).

No período da Idade Média durante as Cruzadas foram criadas ordens religiosas, militares e de enfermagem. Surgiram também os hospitais dirigidos pela Igreja nos quais o cuidado era direcionado a guerreiros e viajantes. No século XVI, foi fundada em Paris uma escola para parteiras, sendo que cabia as mulheres a realização dos partos (GONÇALVES; SENA, 1998; WALDOW, 1999).

Depois da reforma protestante e a expulsão dos religiosos dos hospitais, foram recrutadas pessoas de índole duvidosa que viviam as margens da sociedade para realizarem os cuidados. Esta época ficou conhecida como período negro da enfermagem (1550 a 1850) período este que coincidiu com a transição do feudalismo para o capitalismo. Assim percebemos o contexto sócio político e econômico influenciando a enfermagem (GONÇALVES; SENA, 1998; WALDOW, 1999).

A superação do período negro da enfermagem inicia-se no século XIX na Alemanha, no Instituto de Kaiserswerth, onde as diaconisas recebiam formação para a prática e ensino da enfermagem, ainda como atividade relacionada a caridade. Tal momento histórico viria mais tarde sustentar a evolução da enfermagem, pois Florence Nightingale, que posteriormente

iniciou o processo da enfermagem moderna, se inspirou nesse instituto onde estagiou por um período (GONÇALVES; SENA, 1998; WALDOW, 1999; TEIXEIRA, 2012).

No cenário econômico e político, esta época passava mudanças importantes, a ascensão do capitalismo, a revolução industrial e o surgimento do proletariado. A necessidade de acúmulo do capital e o surgimento das máquinas geraram a intensificação da produção e a exploração da mão de obra trabalhadora, expondo-os a jornadas longas de trabalho e condições insalubres. Tal situação favoreceu a proliferação de doenças, levando a necessidade de criação de serviços e a formação de profissionais para cuidarem da saúde dos trabalhadores (GONÇALVES; SENA, 1998; WALDOW, 1999; TEIXEIRA, 2012).

Dentro deste contexto histórico e econômico teve início a Enfermagem enquanto prática profissional em 1860, na Inglaterra, quando Florence Nightingale fundou a primeira escola de enfermagem no Hospital São Thomas. A escola caracterizava-se por sua rigidez e disciplina e também pela avaliação do caráter moral e o espírito religioso das alunas. Proveniente desse período ressalta-se a segmentação de funções e divisão hierárquica, reproduzindo o modelo da sociedade da época. As alunas de classe superior eram chamadas de *lady nurses* e formadas para exercerem a supervisão, direção e organização do trabalho; já as alunas de classe menos favorecidas, as *nurses*, deveriam ser preparadas para realização de atividades práticas e cuidados menos complexos, valorizando a submissão e obediência (PADILHA e MANCIA, 2005; BRAGA e SILVA, 2010; ARAÚJO e SANNA, 2011; SANTOS *et al.*, 2011).

Florence foi responsável pelo início das investigações na enfermagem com a publicação do seu livro *Notas sobre a Enfermagem* (“*Notes of Nursing*”) em 1859. Os seus trabalhos estabeleceram o reconhecimento social da enfermagem enquanto profissão que requer um campo de conhecimentos para fundamentar seu exercício. Aos poucos o sistema de ensino *nightingaleano* foi difundido em outros países como Alemanha, Suécia, Estados Unidos, Canadá e Brasil (BRAGA e SILVA, 2011).

No Brasil, este período foi caracterizado por transformações econômicas, sociais, políticas e sanitárias que influenciaram o início da formação da enfermagem no país. Na segunda metade do século XIX além da agricultura cafeeira, o país crescia nas atividades comerciais, nos transportes e na comunicação o que favoreceu o desenvolvimento do mercado, bem como o início do processo de industrialização (SANTOS *et. al*, 2011). A abolição da escravidão, em maio 1888, foi um marco importante no Brasil e mudou à estrutura social e econômica daquela época, pois os escravos representavam grande parte da mão de obra nas lavouras. A necessidade de substituição desses trabalhadores, fez com que

houvesse um estímulo à imigração. Os imigrantes eram trazidos ao país em navios superlotados e em precárias condições de higiene, favorecendo grandes surtos epidêmicos na época (FAUSTO, 2006).

O processo de urbanização acelerado motivou a necessidade de reformas no âmbito sanitário devido as condições precárias de higiene e falta de saneamento básico. A Inspeção Geral de Higiene foi criada em 1886 no Distrito Federal, no Rio de Janeiro que na época era o município sede do governo, e representou uma das primeiras tentativas de estruturação de serviço de saúde, sendo responsável por medidas sanitárias em todos os estados em caso de epidemias e pelo serviço de vacinação. Surtos epidêmicos de varíola e febre amarela acometiam a população e medidas como inspeções nas casas, drenagem de solos, calçamento das ruas, abastecimento de água, lavagem de canos de esgotos e extinção de cortiços e estalagens foram algumas providências a fim de minimizar os prejuízos a saúde (FERNANDES, 1999; PORTO E AMORIM, 2010).

Após uma grande epidemia de varíola no Rio de Janeiro, a Inspeção determinou a criação de quinze postos ambulatoriais para atender na cidade, sendo a internação indicada somente no início do surto (FERNANDES, 1999). Nessa época começa a surgir a necessidade de pessoas capacitadas para cuidar dos enfermos, não existia nenhum tipo de escola para formação de enfermeiros. O cuidado em sua maioria era realizado em casa e haviam as Santas Casas de Misericórdia, nas quais a maior parte do público era de pessoas carentes e o cuidado era prestado pelas irmãs de caridade, e pessoas voluntárias. As pessoas com maior poder aquisitivo eram atendidas em casa (PIRES, 1989; PORTO E AMORIM, 2010).

A Proclamação da República em 1889 e os pensamentos positivistas e cientificistas em favor da educação motivaram a criação de cursos de formação que buscavam atender as demandas econômicas do mercado de trabalho e concomitantemente tem início a inserção da mulher no meio laboral através de profissões como a enfermagem e o magistério (GATTI JR. e INACIO FILHO, 2005; PORTO E AMORIM, 2010).

A criação da primeira escola de enfermagem brasileira ocorreu em 1890, pelo decreto nº 791, e recebeu o nome de Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), mais tarde Escola Alfredo Pinto, vale ressaltar que está estava vinculada ao Hospício Nacional de Alienados, e tinha o principal objetivo de fornecer trabalhadores qualificados para hospitais civis e militares e hospícios. O seu currículo estava centrado nas técnicas pautadas no modelo biomédico e no modelo de enfermagem francesa e as aulas eram administradas por médicos. Dentre as disciplinas haviam: noções práticas e propedêuticas

clínicas, noções gerais de anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativo, pequenas cirurgias e administração interna (MOREIRA, 2005; PORTO e AMORIM, 2010).

A aproximação da enfermagem ao modelo de ensino *nightingaleano* no Brasil ocorreu em 1923 na Escola de Enfermagem Anna Nery, criada pelo Decreto número 16300 de 31 de dezembro, no Rio de Janeiro. A instituição foi criada a partir do incentivo do sanitarista Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública e a fundação Rockefeller, com importante participação das enfermeiras norte-americanas Ethel Parsons e Clara Louise Kienninger. A aproximação com o ensino norte-americano possibilitou a associação entre ensino e a prática. (PIRES,1989; MOREIRA, 1999)

A criação dessa escola teve como um dos seus objetivos a reorganização da saúde pública e do serviço hospitalar através de ações educativas, preventivas e de cuidados pela enfermagem, bem como o saneamento e a estruturação dos serviços de atenção à saúde, por meio de profissionais devidamente capacitados. Representando uma estratégia, médica e governamental, de formalizar o ensino da enfermagem. A hierarquização seguiu os moldes *nightingaleano*, com as nurses e ladies nurses e o ensino privilegiava a prática (PIRES,1989; MOREIRA, 1999; ARAÚJO e SANNA, 2011).

A enfermagem na sociedade brasileira sofreu e sofre até os dias de hoje a influência dos momentos políticos, econômicos e ideológicos e como prática social é condicionada por este contexto (BARREIRA, 1999).

O ensino da enfermagem em 1940 ainda estava centrado nas questões práticas e na técnica em detrimento da construção intelectual. Na busca por fomentar o seu trabalho a enfermagem passa a buscar, em 1950, em outras áreas, conhecimento científico e saberes para agregar às suas atividades e concretizar a dimensão intelectual do seu trabalho. Nesse período há importante contribuição do modelo biomédico, além de outras áreas de conhecimento como a educação, psicologia, sociologia, antropologia e administração (SOUZA ET AL., 2006; OLIVEIRA, ROMANO, FREITAS, 2007; BRAGA, SILVA, 2011).

A necessidade de um conhecimento próprio da enfermagem inspirou a criação das teorias de enfermagem, principalmente no período de 1960 a 1970. Essas teorias buscam embasar o conhecimento e de forma sistemática descrever, explicar, predizer como os pacientes respondem a determinados estímulos, além de estarem voltadas também para controlar o ambiente no qual a enfermagem atua (SOUZA ET AL., 2006; OLIVEIRA, ROMANO, FREITAS, 2007; BRAGA, SILVA, 2011).

Desde então a profissão tem passado por transformações importantes, porém os fatores históricos, socioeconômicos e culturais ainda se fazem importantes no seu desenvolver

contribuindo para desvalorização, falta de reconhecimento e desmotivação deste profissional (AVILA *ET AL.*, 2013).

Como consequência tem-se a fragmentação do trabalho, seguindo o modelo taylorista de organização do trabalho, o lidar cotidiano com o ser adoecido, expõe a enfermagem diariamente a fatores estressantes e conseqüentemente ao adoecimento (MARTINS, ROBAZZI E BOBROFF, 2010; MININEL, BAPTISTA E FELLI, 2011; PROCHNOW *ET AL.*, 2013).

O trabalho da enfermagem baseia-se no cuidar, elemento este que possui como uma de suas dimensões a subjetividade. O trabalhar é uma forma de desenvolver a subjetividade segundo Dejours e conseqüentemente contribuir para a realização (SANTOS e CAMPONOGARA, 2014). Compreendendo que além de cuidar, o trabalho da enfermagem envolve o educar, pesquisar, gerenciar, processos que demandam relações interpessoais, por vezes intensas, em um ambiente de trabalho dinâmico, e como tal expõe esses trabalhadores a diversos estressores (LORENZ, BENATTI E SABINO, 2010).

Os elementos do processo de trabalho da enfermagem são o assistir, administrar, ensinar e pesquisar. O assistir ou cuidar compreende o processo de relação entre paciente e profissional que visa atender às suas demandas físicas, psíquicas, sociais e espirituais baseado em sua formação. O assistir só existe devido a uma coordenação no seu processo, norteado pelo administrar em enfermagem. Este último envolve também o planejamento, tomada de decisão e supervisão. O ensinar compreende a instrução/ ensino formal, onde há formação de novos enfermeiros ou técnicos de enfermagem. A pesquisa tem como o seu objeto de trabalho saber/conhecimento e é voltada para desenvolver e aprimorar os métodos e tecnologias que envolvem o cuidado humano. Todos esses processos e a participação política se inter-relacionam compondo a enfermagem atual (SANNA, 2007)

Atualmente a enfermagem é regulamentada pela Lei do exercício profissional 7498/1986 e representa 60% do quantitativo de profissionais dentre os trabalhadores da área de saúde, segundo o conselho nacional de saúde (PIRES, 2009). Evidenciando em níveis quantitativos e também qualitativos a importância de conhecer as condições de vida e saúde deste trabalhador, bem como atuar na preservação da saúde dos mesmos.

### 3.2 ADOECIMENTO MENTAL NO TRABALHO

As transformações nas relações de trabalho foram notáveis nas últimas décadas, devido principalmente as evoluções tecnológica e a globalização (OIT, 2010; URBANETTO *ET AL.*, 2013). Mudanças como jornadas de trabalho longas, precarização das relações de trabalho, novas organizações produtivas, terceirização, subcontratação, adoção de tecnologias alteraram a relação do homem com o seu trabalho, tornando-as mais complexas e profundas, além de contribuir para o adoecimento e acidentes laborais (PRAZERES E NAVARRO, 2011; RIBEIRO *ET AL.*, 2012).

O trabalho é uma forma de inserir o indivíduo no meio laboral e na sociedade, sendo importante na satisfação pessoal e realização profissional. Porém é necessário que tanto fatores físicos quanto psicossociais preservem e atendam as demandas físicas e mentais do trabalhador (MARTINS, ROBAZZI E BOBROFF, 2010; REIS, FERNANDES E GOMES, 2010; URBANETTO *ET AL.*, 2013).

Considera-se o trabalho como gerador de saúde quando o mesmo proporciona ao trabalhador prazer, as condições e os ambientes são adequados e este sente-se valorizado. Em oposição quando no labor há sofrimento, produzidos por conflitos, relações verticalizadas e organização desfavorável, o adoecimento pode se fazer presente (HILLESHEIN *ET AL.*, 2011).

A sobrecarga de trabalho e as cobranças excessivas, denominados como fatores psicossociais, a precariedade das condições laborais além dos riscos físicos, químicos e ambientais são causadores de adoecimento. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) esses fatores são reconhecidos mundialmente e afetam as diversas profissões (OIT, 2010; PRAZERES e NAVARRO, 2011). Somados a esses fatores pode-se dizer que o trabalho em saúde agrega também questões como conviver com o sofrimento de seres humanos, demandas de cuidado, vida e morte, atendimentos de urgências, trabalhos em turnos e noturnos e longas jornadas (LARA, 2011; MININEL, BAPTISTA e FELLI, 2011; URBANETTO *ET AL.*, 2013).

A associação entre os fatores psicossociais, psicossomáticos e sua influência no trabalho vem sendo estudada e discutida sendo que modelos teóricos buscam subsidiar e direcionar para uma melhor compreensão no que diz respeito à saúde mental dos trabalhadores. Alguns modelos são apontados como: a abordagem do desgaste, das condições gerais de vida e trabalho, do estresse, da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho (FERNANDES *ET AL.*, 2006; SILVA, 2011).

No modelo de desgaste o processo de trabalho associa-se a degradação da energia do trabalhador refletindo no processo saúde doença. O desgaste é compreendido como o

desequilíbrio da capacidade física e mental em relação à reposição e estímulo as potencialidades do trabalhador. O uso desse modelo em estudos encontra dificuldades devido à inespecificidade da sintomatologia do desgaste, além da relação com os diversos fatores ocorridos ao longo da vida do trabalhador. Os quadros clínicos ou síndromes identificadas por essa abordagem são as síndromes de esgotamento (estafa ou *burn out*), síndrome da fadiga crônica (fadiga patológica); síndromes pós-traumáticas, depressivas ou paranoides (LAURELL, 1989; FERNANDES *ET AL.*, 2006; SILVA, 2011).

O modelo de condições gerais de vida fundamenta-se na ocupação do trabalhador (espaço urbano ou rural, alimentação, moradia, saneamento, condições ambientais) relacionada ao estilo de vida (tabagismo, etilismo, lazer, atividades físicas, alimentação) do indivíduo como um fator de adoecimento do trabalhador (POSSAS, 1989).

A abordagem do estresse é outro modelo que busca relacionar o adoecimento à atividade laboral. Este considera que o desequilíbrio entre as demandas de trabalho e a capacidade de resposta dos indivíduos gera o estresse. Alguns fatores foram descritos como estressores relacionados ao trabalho como: sobrecarga/subcarga quantitativa e/ou qualitativa, organização e gerenciamento, papéis desempenhados, impossibilidade ou dúvidas em relação ao crescimento na carreira, trabalho em turnos, limitação da interação interpessoal, falta de estabilidade do emprego, riscos físicos e químicos, problemas relacionados lar/trabalho. A análise desses estressores em conjunto com a correlação entre fatores fisiológicos, comportamentais, psicológicos e clínicos viabilizam uma mensuração em relação aos seus efeitos à saúde (KARASEK *ET AL.*, 1981).

O modelo demanda controle (*job-demand control* ou *job strain* model) emergiu dessas concepções e considera que estresse (*strain*) advém das interações da demanda no trabalho e o controle do indivíduo sobre suas tarefas. Conforme o modelo, exigências do trabalho, níveis de apoio social ao executante das tarefas, níveis de controle do trabalhador sobre seu próprio desempenho, são eixos importantes para análise do processo saúde doença no trabalho. (KARASEK *et al.*, 1981)

O modelo de abordagem ergonômica envolve diversas ciências e direciona-se através da análise dos fatores psicossociais enquanto determinantes do processo saúde doença no ambiente de trabalho. Tais fatores compreendidos como físico, psíquico e cognitivo interagem podendo determinar a sobrecarga ou adoecimento do trabalhador. Neste modelo o homem passa a ser considerado elemento-chave do processo produtivo e a necessidade de adaptação das tecnologias e estruturas de trabalho emergem das demandas do indivíduo. Ressalta-se a relevância deste modelo nos estudos sobre a influência do ambiente laboral na

saúde mental do trabalhador (FERNANDES et al., 2006; RAMMINGER, ATHAYDE e BRITO, 2013).

Para a psicodinâmica do trabalho o labor é considerado como um mediador entre indivíduo e sociedade, sendo essencial para formação do ser humano e sua concepção de inconsciente e campo social. A psicodinâmica desenvolvida por Dejours investiga as defesas individuais e coletivas que o trabalhador desenvolve frente ao sofrimento gerado pelas adversidades do trabalho (DEJOURS, 2004; MARTINS, ROBAZZI e BOBROFF, 2010; HILLESHEIN *et al.*, 2011; RAMMINGER, ATHAYDE e BRITO, 2013).

Para Dejours quando existe um desequilíbrio entre as demandas do trabalho e a implicação pessoal, fazendo com que este indivíduo não dê conta de supri-las, há então, o sofrimento. E o contrário, quando o trabalhador consegue inventar soluções para as demandas que surgem e ainda ser reconhecido, existe o prazer. Ainda para este autor o prazer e o sofrimento são indissociáveis ao trabalho (DEJOURS, 2012). O autor também aponta que o trabalho não termina ao fim do expediente, este acompanha o indivíduo interferindo diretamente em sua vida pessoal e familiar. (DEJOURS, 2004; MARTINS, ROBAZZI E BOBROFF, 2010).

A utilização de cada modelo apresenta limitações, bem como aspectos facilitadores, cabe ao estudioso selecionar aquele que atende aos seus objetivos. Sendo importante ressaltar que compreensão e transformação do mundo do trabalho exige análise conjunta de trabalhadores – individualmente e coletivamente – na identificação de situações geradoras de sofrimento e adoecimento, bem como as formas de enfrentamento (FERNANDES et al., 2006; RAMMINGER, ATHAYDE e BRITO, 2013).

No presente estudo utilizou-se o modelo de condições gerais de vida que fundamenta-se na ocupação do trabalhador (espaço urbano ou rural, alimentação, moradia, saneamento, condições ambientais) relacionada ao estilo de vida (tabagismo, etilismo, lazer, atividades físicas, alimentação) do indivíduo como um fator de adoecimento do trabalhador (POSSAS, 1989).

Os estudos em saúde do trabalhador buscam conhecer, relacionar e discutir as relações existentes entre as atividades laborais e o adoecimento. Para tal é preciso considerar o ambiente laboral juntamente ao estilo de vida do trabalhador (HILLESHEIN *et al.*, 2011).

A análise de alguns estudos apontaram prejuízos à saúde associado ao trabalho da enfermagem sendo essas: lesões musculoesqueléticas, associadas principalmente as posturas, sobrecargas e levantamento de peso nas atividades diárias; acidentes com materiais biológicos, podendo levar a contaminação por doenças como hepatites; e problemas



relacionados a saúde mental tais como depressão e *burnout* (LORENZ, BENATTI e SABINO, 2010; LELIS *ET AL.*, 2012; RIBEIRO *ET AL.*, 2012).

Os trabalhadores de enfermagem representam o maior contingente de trabalhadores entre as categorias profissionais nas instituições de saúde (MININEL, BAPTISTA e FELLI, 2011). Porém estudos apontam que questões organizacionais, longas jornadas de trabalho, falta de autonomia, número insuficiente de funcionários em relação ao número de pacientes e usuário a serem atendidos e ritmo acelerado de trabalho, são fatores que contribuem para o desgaste físico e mental destes trabalhadores (MARTINS, ROBAZZI e BOBROFF, 2010; MININEL, BAPTISTA e FELLI, 2011; AVILA *ET AL.*, 2013; MONTEIRO *ET AL.*, 2013; URBANETTO *et al.*, 2013).

As diversas cargas de trabalho psíquicas, mecânicas, biológicas, físicas, químicas e fisiológicas estão presentes no exercício da enfermagem. Sabe-se que no ambiente hospitalar essas cargas interagem e atuam simultaneamente nesse trabalhador gerando adaptações refletidas em desgastes corporal e mental, comprometendo a qualidade de trabalho e de vida (MININEL, BAPTISTA e FELLI, 2011; SILVA *et al.*, 2013).

O impacto na saúde dos agentes psíquicos, nas suas diversas formas, em longo prazo pode interferir na saúde do trabalhador ao passo que prejudica sua racionalidade e bem-estar e também a saúde física por meio da somatização (MININEL, BAPTISTA e FELLI, 2011). A Organização Internacional do Trabalho (OIT) relaciona ao estresse gerado no trabalho, em longo prazo, doenças cardiovasculares, digestivas, lesões musculoesqueléticas e doenças mentais como a depressão, comprometendo a capacidade para a realização da atividade laboral (PROCHNOW *ET AL.*, 2013). Comportamentos individuais fora do ambiente de trabalho como abuso de substâncias (tabaco, álcool e outras drogas), problemas familiares e relacionados à violência também estão associados ao stress laboral (OIT, 2010).

A ampla aceitação social, bem como seu caráter lícito, atribui ao consumo de álcool e tabaco a característica de lazer e o distanciamento do fato de o uso destas substâncias causarem adoecimento e problemas sociais, como a violência (OLIVEIRA e LUCHESI, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde o abuso do álcool é o terceiro fator de risco debilitante para saúde mundial (WHO, 2001).

Faz-se necessário a distinção entre algumas terminologias no que se refere a uso, abuso e dependência. Quando se utiliza o termo “uso” há referência a todo tipo de consumo de bebidas alcoólicas. O consumo de baixo risco de álcool refere-se a um padrão de consumo que é considerado clinicamente e legalmente com baixa possibilidade de gerar danos à saúde do indivíduo. Já o emprego da expressão “abuso de álcool” qualifica o uso dessa substância

de forma prejudicial, sendo considerado desde o consumo de risco até a dependência química. (WHO, 2001)

A dependência do álcool é definida pelo conjunto de alterações de ordem comportamentais, cognitivas e fisiológicas. De acordo com o *International Classification of Diseases* (Classificação Internacional de Doenças – CID – 10) essas alterações decorrem após uso repetitivo, associado a um desejo intenso de consumir a substância e a falta de controle em cessar o uso, mesmo diante das consequências negativas na sua saúde e no ambiente social e laboral (OMS).

A fim de definir melhor o abuso de álcool, que mesmo provocando prejuízos a saúde pode não levar à dependência química, a CID-10 introduziu o termo “consumo nocivo”. Este define o consumo de álcool que já produz alterações, podendo ser de ordem física (alterações hepáticas associada ao consumo crônico), mentais (episódios depressivos após o consumo) ou até mesmo social por afetar também a terceiros gerando diversos tipos de desentendimentos e violências. A organização mundial de saúde ainda acrescenta outra denominação “consumo de risco” que descreve um padrão de consumo associado ao risco de danos à saúde (física, mental e social) deste indivíduo (OMS, WHO, 2001).

Em relação a tabagismo evidências de estudos de vários países sugerem que aproximadamente a metade de todos os fumantes morrerá devido ao tabagismo, desses, a maioria prematuramente, cerca de vinte a trinta anos antes do esperado (IGLESIAS *et al*, 2007). No mundo, aproximadamente 80% dos óbitos que ocorrem, entre 2,7 bilhões de adultos com mais de trinta anos de idade, relacionam-se às doenças vasculares, respiratórias e ao câncer e o fumo aparece associado com o aumento da frequência de muitas dessas enfermidades, mesmo considerando as diferenças biológicas e sociais de cada população (WHO, 2011).

O cigarro é composto por diversas substâncias que contribuem para os malefícios a saúde do fumante e a sua dependência. Segundo INCA (2007) são mais de 4700 substâncias tóxicas diferentes distribuídas em duas fases: a fase gasosa e a particulada. Sendo a nicotina responsável por causar dependência química.

Na fase gasosa encontram-se substâncias como: benzeno, amônia, tolueno, acetaldeído, acroleína, monóxido de carbono, formaldeído e outras. A fase particulada é composta por alcatrão, nicotina, colesterol, chumbo, cádmio, zinco, níquel, substâncias radioativas, fenol, ácido fórmico, ácido acético (PAGANI JUNIOR *ET AL*, 2007). Entre as substâncias citadas algumas devem ser destacadas tais como o alcatrão, monóxido de carbono e nicotina.

O alcatrão é formado a partir da combustão dos derivados do tabaco. São mais de quarenta substâncias comprovadamente cancerígenas, tais como: arsênio, cádmio, substâncias radioativas, por exemplo, o Polônio 210 dentre outras. O monóxido de carbono (CO) por possuir uma afinidade fisiológica pela hemoglobina une-se a esta formando um novo composto a carboxiemoglobina que disputa o oxigênio (O<sub>2</sub>) com os glóbulos sanguíneos, impedindo assim uma oxigenação adequada nos tecidos e órgãos do corpo, contribuindo para doenças como aterosclerose (BRASIL, 2007).

Segundo a OMS a nicotina é considerada uma droga psicoativa e que causa dependência. Substâncias psicoativas agem no sistema nervoso central e afetam processos cerebrais normais do senso percepção, do comportamento, das emoções e da motivação. Os efeitos da nicotina no sistema nervoso central são elevação leve do humor e diminuição do apetite. A sensação de bem-estar dar-se-á um relaxamento causado pela leve diminuição do tônus muscular. No organismo é relevante ressaltar alterações como: aumento da frequência e força das contrações cardíacas, aumento da pressão arterial, da adesividade plaquetária e do depósito de colesterol, há também a vasoconstrição (OMS, 2004; BRASIL, 2007).

O Código Internacional de Doenças (CID – 10) insere o tabagismo no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas. O principal componente psicoativo do tabaco, a nicotina, como responsável pelo maior número de dependentes em relação a outras drogas, lícitas ou ilícitas (OMS, 2004)

A dependência ao tabaco deve ser bem compreendida para melhor avaliação do nível em cada fumante possibilitando a adoção de estratégias específicas e direcionadas com maiores possibilidades de sucesso. Ressalta-se que o comportamento relacionado ao fumo é também resultado do meio no qual o sujeito está inserido, bem como facilidade de acesso.

A importância da padronização de instrumentos para avaliação da saúde faz-se no sentido de monitorar sintomas e fatores de risco para prevenir o adoecimento, bem como acompanhar a evolução dos casos de determinada doença ou comportamento de risco. Além da utilização nas práticas de saúde, tais como a prevenção, promoção e intervenção, essa padronização auxilia na tomada de decisão e na revisão das políticas e investimentos públicos. No presente estudo foram selecionados dois testes já validados para avaliar a dependência ao álcool (*Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT*) e o Teste de Fargeström, que avalia a dependência à nicotina.

### 3.3 ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST AUDIT E TESTE DE FARGESTRÖM

A elaboração do AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) teve início em 1982, pela organização mundial de saúde (OMS) que ao longo de vinte anos buscou um instrumento que superasse as barreiras culturais, as diferenças socioeconômicas, ou seja, que fosse possível aplicar mundialmente. O AUDIT contempla não apenas o rastreamento de possíveis dependentes químicos, mas também o consumo de risco e o uso nocivo à saúde, sendo este seu principal diferencial. Assim, este é um instrumento importante na atenção primária uma vez que identificando consumo de risco pode-se intervir preventivamente (WHO, 2001).

O AUDIT foi idealizado por pesquisadores que o elaboraram a partir de estudos anteriores que objetivavam a detecção precoce de sintomas do alcoolismo. Para tal reuniram-se em um estudo de campo comparativo em seis países: México, Quênia, Austrália, Noruega, Bulgária e Estados Unidos. Diversos aspectos foram considerados tais como a variabilidade da amostra buscando participantes para o estudo em vários serviços de atenção à saúde. Questões específicas para o alcoolismo e aplicação de exame físico e análise sociodemográfica em conjunto com avaliações estatísticas para definições de escores que se aproximassem mais de cada tipo de padrão de consumo de álcool foram utilizados para se obter a representatividade (WHO, 2001).

Sendo assim este instrumento fundamentou-se como um método simples para identificação do consumo prejudicial e de rápida aplicação. Sua elaboração foi atrelada a outro manual da OMS o *“Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care*, um manual que orienta as abordagens breves a partir dos resultados do AUDIT. Utilizado preferencialmente na atenção básica, por ser instrumentos para triagem e abordagem. Porém também pode ser aplicado em outros ambientes de atenção à saúde conforme orientado pela organização (WHO, 2001).

Outro instrumento bastante utilizado para pesquisa sobre consumo de álcool é o CAGE (acrônimo referente às suas quatro perguntas – *“Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye opener*) validado no Brasil em 1983 por Masur e Monteiro (MASUR, MONTEIRO, 1983). Esse questionário compõem-se de quatro perguntas as quais devem ser respondidas com afirmativas ou negativas. São considerados resultados positivos, ou seja, uma indicação de dependência do álcool, aqueles que responderem afirmativamente a duas ou mais questões. Portanto trata-se de um instrumento pouco sensível na detecção de padrões de

consumo que ainda não é classificado como dependência, mas que já é de risco e gera prejuízos à saúde. Além disso este instrumento não diferencia a situação temporal do consumo de álcool, ou seja se o consumo de álcool foi no passado ou trata-se da história recente do indivíduo (LIMA et al., 2005).

O AUDIT pode ser aplicado tanto como entrevista quanto como questionário auto preenchível e suas perguntas se referem ao uso de álcool no último ano. Este é composto por dez questões divididas em três domínios teóricos. As três primeiras questões abordam a frequência do uso regular ou ocasional de bebida alcoólica, as três seguintes pesquisam sintomas que sugerem dependência e as quatro últimas contemplam questões acerca dos prejuízos vivenciados devido ao uso da substância. Em cada questão há de três a seis alternativas, nas quais cada uma equivale a uma pontuação (de 0 a 5 pontos). Ao final são somados os escores e avaliados conforme orientado pela organização: a pontuação total entre 0 e 7 representa os abstêmios e consumo de baixo risco; entre 8 e 15 pontos revela consumo de risco; entre 16 e 19 caracteriza consumo nocivo ou de alto risco e a pontuação maior que 20 sugere dependência à substância. (WHO, 2001).

No presente estudo o AUDIT foi o teste aplicado pois trata-se de um instrumento que permite a identificação de padrões de consumo de álcool que são prejudiciais à saúde. Diferentemente das possibilidades do CAGE que apontam apenas um diagnóstico de dependência ou não. O AUDIT é um importante instrumento na elaboração de medidas preventivas, ao passo que a partir da identificação das zonas de risco, torna-se possível ao profissional oferecer orientações personalizadas, focadas no padrão de consumo individualizado.

O teste de *Fargeström* é o instrumento indicado para mensurar o nível de dependência à nicotina do tabagista. O entendimento do grau de dependência pode apontar o melhor tratamento. Acrescentado à terapia cognitiva comportamental, os fumantes com taxas de dependência elevadas, terão necessidade de um acompanhamento mais intenso, podendo utilizar das terapias farmacológicas para auxiliar no processo de abandono do tabagismo (BRASIL, 2001).

O teste é composto por seis questões sobre o hábito tabágico dos fumantes. As questões possuem valores atribuídos em cada alternativa e de acordo com a resposta do entrevistado é extraída uma pontuação e classificada de acordo. A dependência da nicotina é avaliada conforme as seguintes pontuações: 0 – 2 pontos = dependência muito baixa; 3 – 4 pontos = dependência baixa; 5 pontos = dependência média; 6 – 7 pontos dependência elevada e 8 – 10 pontos = dependência muito elevada (BRASIL, 2001 e 2007).

## 4 METÓDO

Esta temática se enquadra na linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* da Faculdade de Enfermagem da UFJF.

O presente estudo faz parte de uma pesquisa exploratória transversal denominada *Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida* realizada em uma universidade pública, com o objetivo de estudar as questões relacionadas às condições de trabalho e de vida desses trabalhadores. Tal pesquisa é composta de duas etapas a primeira o I Inquérito sobre Condições de Trabalho e de Vida dos Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação estudo exploratório transversal do qual faz parte esta pesquisa, e a segunda o acompanhamento do processo saúde doença destes trabalhadores através de um estudo prospectivo de coorte.

O envolvimento com a pesquisa advém a graduação quando para construir o trabalho de conclusão de curso participei da pesquisa piloto do instrumento colhendo dados com os trabalhadores terceirizados dessa Universidade. O desejo de pesquisar a equipe de enfermagem partiu de uma inquietação sobre as condições e hábitos de vida desses trabalhadores, que frequentemente apresentam-se nas instituições de saúde em um número elevado, possui relevância vital para o funcionamento e qualidade dos hospitais, porém matem-se na invisibilidade.

### 4.1 DELINEAMENTO

O método de estudo representa a escolha de procedimentos científicos para analisar uma realidade, descrever e explicar fenômenos (RICHARDSON e JARRY, 2012). O presente estudo utilizou o método quantitativo. Tal método baseia-se na quantificação dos dados, análises estatísticas e descritivas, sendo utilizados termos como média, moda, desvio padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão entre outras. Por ser um método cuja análise e efeito baseada nos dados e não na subjetividade, obtém-se resultados mais precisos e possibilita inferências mais seguras (MARCONI e LAKATOS, 2011).

O tipo de estudo desenvolvido é o exploratório transversal. Neste tipo de estudo o pesquisador elege uma hipótese sobre determinado assunto e investiga dentro de uma realidade específica. Há um aprofundamento na questão pesquisada para possivelmente em um próximo momento se fazer uma pesquisa descritiva ou experimental (TRIVIÑOS, 2010).

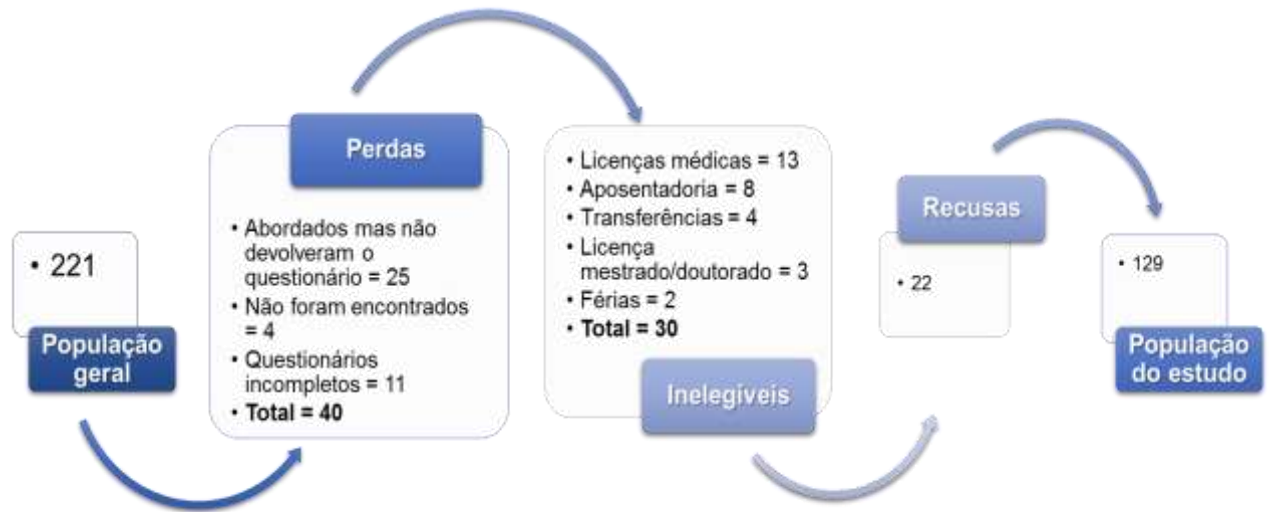
## 4.2 POPULAÇÃO ALVO

O estudo foi realizado com trabalhadores de enfermagem de uma universidade federal da Zona da Mata Mineira que além do campus universitário abrange duas unidades hospitalares. Para compor a população do estudo foram convidados todos os trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) efetivos, distribuídos em todos os turnos, em todas as unidades que representam a instituição, Hospital Universitário, as duas unidades e o Campus Universitário.

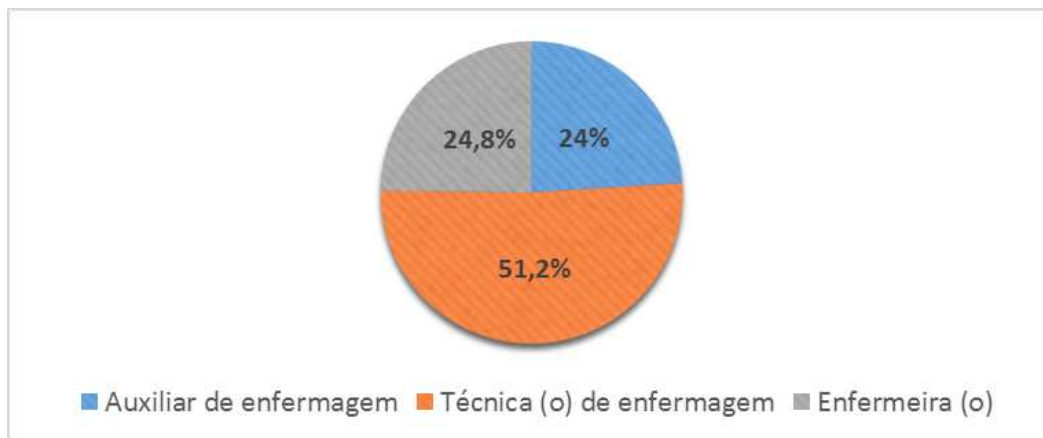
A população abordada foi composta por 48 enfermeiros, 111 técnicos de enfermagem e 62 auxiliares de enfermagem. Todos foram abordados, exceto aqueles que são terceirizados e ou estavam de licença/férias no período de busca na coleta de dados.

Os trabalhadores foram convidados a participarem como sujeitos voluntários desta pesquisa, sendo que a abordagem inicial realizou-se em horário favorável para estes, ou em um momento que não prejudique suas funções de rotina dentro da instituição. Aos que não podiam interromper suas atividades foi dada a possibilidade de levar o questionário e devolver em datas e horários combinados. Na abordagem foi enfatizada a importância e os benefícios desta investigação.

Foram considerados perdas aquelas que não devolveram os questionários, os funcionários não encontrados após três tentativas e aqueles que se recusaram; inelegíveis os trabalhadores que estavam de licença médica ou de licença para mestrado e doutorado, aposentados e que encontravam-se de férias nos dias. Segue representação esquemática da população do estudo, esclarecendo as perdas, os inelegíveis, recusas e a população do estudo.

**Figura 1** Representação da população do estudo

Sendo assim participaram do presente estudo 129 profissionais de enfermagem que são representados por 32 enfermeiras(os), 66 técnicas(os) de enfermagem e 31 auxiliares de enfermagem. O gráfico 1 que ilustra a distribuição dos trabalhadores por categorias de enfermagem que participaram do estudo (n 129).

**Gráfico 1** Distribuição dos TAES trabalhadores de enfermagem segundo categorias profissionais, Juiz de Fora, MG, 2015

#### 4.3 CENÁRIO

A investigação foi realizada em uma universidade situada na Zona da Mata Mineira, contemplando os trabalhadores dos hospitais de ensino e aqueles locados no campus universitário.



A universidade cenário desta pesquisa foi criada através da lei número 3.858, de 23 de dezembro de 1960, pelo então presidente Juscelino Kubitschek. Segundo estatuto regente a universidade tem como finalidade produzir, sistematizar o saber filosófico, científico, artístico e tecnológico contribuindo para a formação do ser humano crítico e reflexivo enquanto ser transformador de sua realidade contribuindo para a construção de uma sociedade justa e democrática na qual a qualidade de vida é um objetivo comum (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2015).

A estrutura funcional da instituição é composta por órgãos colegiados superiores, reitoria, pró-reitorias, unidades acadêmicas e órgãos suplementares. São atualmente 19 unidades acadêmicas: Instituto de Artes e Design, Instituto de Ciências Biológicas, Instituto de Ciências Exatas, Instituto de Ciências Humanas; Faculdades de Administração e Ciências contábeis, Arquitetura e Urbanismo, Comunicação Social, Direito, Economia, Educação, Educação Física, Enfermagem, Engenharia, Farmácia, Fisioterapia, Letras, Medicina, Odontologia e Serviço Social. Tais unidades acadêmicas oferecem segundo dados da universidade 35 cursos de graduação, 55 especialização, MBA e residência, 23 cursos de mestrado, 9 cursos de doutorado (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2015).

Dentre os setores e institutos dessa universidade temos: Reitoria; Pro – Reitorias (recursos humanos, pesquisa, infra-estrutura, graduação, cultura, extensão, pós-graduação, planejamento e gestão, assuntos acadêmicos, orçamentos e finanças); Arquivo Histórico; Centro de Biologia e Reprodução; Diretoria de Comunicação; Centro de Educação à Distância; Hospital Universitário (2 unidades); Secretaria de Desenvolvimento Institucional; Centro de Difusão do Conhecimento; Colégio de Aplicação João XXIII, Instituto de Ciências Biológicas; Instituto de Ciências Exatas; Instituto de Ciências Humanas; Centro de Gestão do Conhecimento Organizacional; Museu de Arte Moderna Murilo Mendes; Comissão Permanente de Seleção; Coordenação de Relações Internacionais; Coordenação de Assuntos Estudantis e Casa de Cultura (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2015).

O corpo técnico-administrativo congrega profissionais para o desempenho de cargos e funções próprias das áreas administrativa, técnica, de pesquisa e de serviços, sendo assegurado a estes a participação em todos os órgãos colegiados da universidade ou em conselhos instituídos nos termos do Estatuto e do Regimento Geral da universidade, com direito a voz e voto (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2015).

O Hospital Universitário do estado de Minas Gerais vinculado a instituição é aqui caracterizado devido a população do estudo apresentar-se, em sua maioria, locada em tal unidade. Tal hospital é composto por duas unidades de atendimento sendo uma unidade para internação e cirurgia e a outra ambulatorial, sendo que para esta pesquisa foram abordados

trabalhadores de ambas unidades. Sua missão é a formação de recursos humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência de qualidade na área de saúde à comunidade e região.

O atendimento abrange mais de noventa municípios da região. O trabalho direcionado às atividades de ensino, pesquisa e extensão tal hospital funciona há quarenta anos e é campo de ensino para diversos cursos como enfermagem, farmácia e bioquímica, educação física, ciências biológicas, fisioterapia, medicina, psicologia e serviço social.

O hospital conta com cento e quarenta (140) leitos, sendo dezesseis (16) de hospital dia, salas e ambulatório para as diversas especialidades, boxes de acolhimento integrado, consultório odontológico hospitalar, oito (8) salas de cirurgia (sendo 4 para atender as cirurgias de grande porte e os outros 4 às de médio e pequeno porte). Ao longo do mês são realizadas sete mil e quinhentas (75000) e duzentos e noventa e quatro internações (294) (SITE: hu-ujjf).

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como já dissemos a pesquisa é parte de um estudo maior, assim sendo que o instrumento de coleta de dados dessa pesquisa está inserido em um instrumento amplo composto pelos seguintes blocos. São eles: percepção da saúde, depressão, saúde bucal, hábitos alimentares, atividade física, consumo de álcool e tabaco, comportamento em relação à família, aos amigos e nas atividades em grupo, questões relacionadas ao trabalho e ao ambiente laboral, capacidade para o trabalho e condições de trabalho, perfil socioeconômico e prevenção de câncer.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram selecionados os seguintes blocos:

**Perfil socioeconômico com as variáveis:** idade; naturalidade; nacionalidade; cor ou raça; estado civil; gênero; escolaridade; formação; religião; nº de filhos; características do domicílio e da família; renda familiar.

**Consumo de álcool e tabaco:** o consumo de bebida alcoólica foi avaliado pelo AUDIT (Anexo D) um dos instrumentos mais utilizados para detecção do consumo de álcool e seus padrões. O questionário é dividido em três domínios (Consumo de risco de álcool; Sintomas de dependência e consumo nocivo/prejudicial) cada composto por 3 ou 4 questões fechadas e em cada alternativa de resposta há uma pontuação. Ao final a pontuação é somada e avaliada com a leitura de cada questão. A avaliação pontual sugerida no AUDIT indica que: 8 a 15 pontos representaria um consumo de risco; de 16 a 19 – consumo nocivo e 20 acima – sugere uma dependência à substância (WHO, 2001).

Para a avaliação do consumo de tabaco utilizou-se o teste de *Fargestrom* instrumento indicado para mensurar o nível de dependência à nicotina do tabagista. Essa avaliação é realizada através da contagem de pontos equivalentes a cada alternativa de resposta das seis questões fechadas sobre os hábitos dos tabagistas. A classificação é apresentada da seguinte forma: 0 – 2 pontos = dependência muito baixa; 3 – 4 pontos = dependência baixa; 5 pontos = dependência média; 6 – 7 pontos dependência elevada e 8 – 10 pontos = dependência muito elevada (BRASIL, 2001).

#### 4.5 PROCESSO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 2012 a 2013 na instituição na qual os entrevistados trabalhavam. Sendo realizada busca ativa desses trabalhadores e reforçada a relevância da participação e as contribuições do estudo.

Para a aplicação do questionário de forma adequada formamos uma equipe devidamente treinada para elucidar as prováveis dúvidas levantadas pelos participantes da pesquisa. A equipe de coleta de dados foi constituída por mestrandos do Programa de Pós Graduação *Strictu Sensu* Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFJF e mestrandos do Programa de Pós Graduação *Strictu Sensu* Mestrado em Saúde Coletiva da mesma universidade, que estavam desenvolvendo suas dissertações baseadas no I Inquérito sobre condições de trabalho e de vida dos TAE da UFJF. Além destes, contamos com alunos de graduação que estavam desenvolvendo seus Trabalhos de Conclusão de Curso na mesma pesquisa e alunos bolsistas e voluntários de Treinamento Profissional.

A abordagem desses profissionais ocorreu no ambiente de trabalho. Devido as especificidades do trabalho em saúde em alguns momentos não foi possível para o participante responder no momento da abordagem. Nestes casos foram explicadas as questões do questionário e combinado data para a devolução do mesmo.

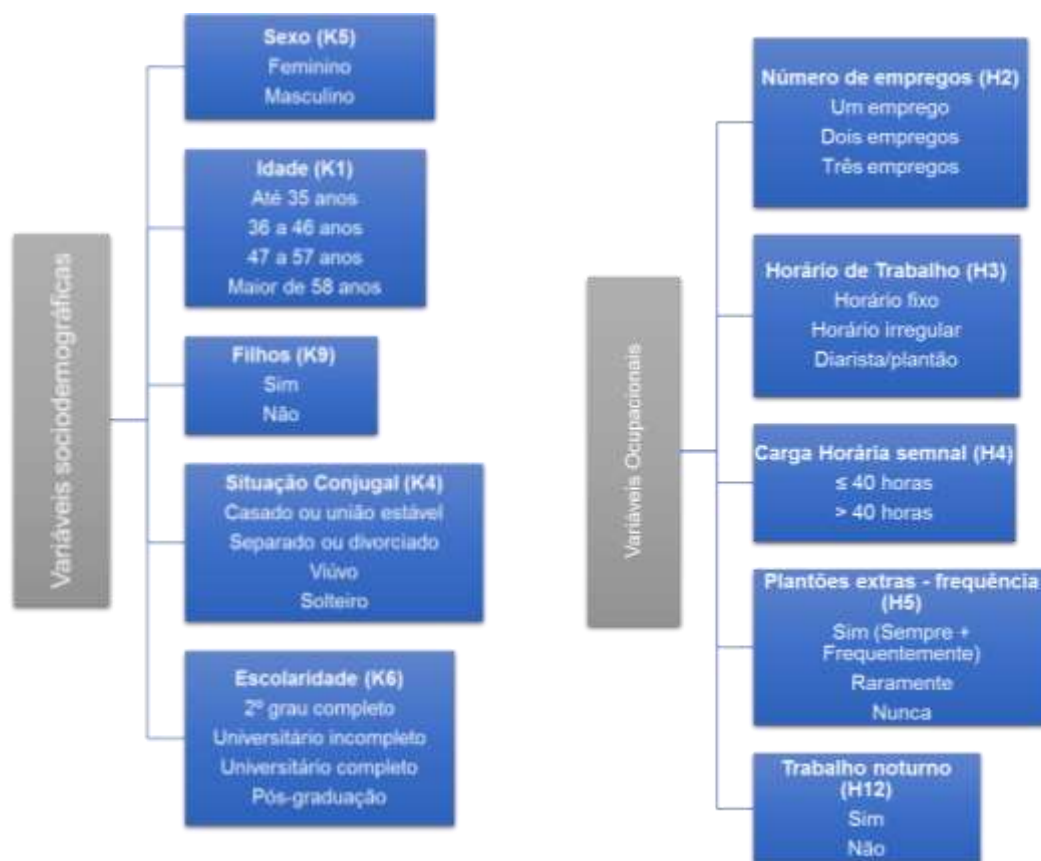
O questionário foi auto preenchido pelos participantes, durante o processo o pesquisador colocou-se disponível para esclarecimento de dúvidas quanto ao conteúdo ou formato do impresso a ser aplicado. Vale ressaltar que o anonimato foi garantido aos participantes.

## 4.6 TRATAMENTO DOS DADOS

### 4.6.1 Variáveis independentes

As variáveis independentes utilizadas do estudos foram as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, número de filhos, situação conjugal, escolaridade e renda familiar. Variáveis associadas ao trabalho: número de empregos, horário de trabalho, carga horária semanal, plantões extras, turno de trabalho.

**Figura 2** Representação esquemática das variáveis sociodemográficas e ocupacionais



### 4.6.2 Variáveis dependentes

As variáveis dependentes escolhidas para alcançar os objetivos de estudo foram o Teste AUDIT e o Teste de *Fagerstrom*. Ambos testes são reconhecidos e utilizados mundialmente e já validados para o uso em português.

Através da aplicação do AUDIT obtivemos níveis de dependência ao álcool e também as questões em separado sobre o consumo da substância

**Quadro 1** Questões do AUDIT e seus domínios

Domínios	Questões do AUDIT
Frequência do uso de álcool regular ou ocasional	F1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas? F2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo? F3. Qual a frequência que você consome 6 (seis) ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?
Sintomas que sugerem uma dependência ao álcool	F4. Com que frequência, durante os últimos 12 (doze) meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado? F5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 (doze) meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool? F6. Quantas vezes durante os últimos 12 (doze) meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido bastante no dia anterior?
Prejuízos vivenciados devido ao uso do álcool	F7. Quantas vezes durante os últimos 12 (doze) meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido? F8. Quantas vezes durante os últimos 12 (doze) meses você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo? F9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? F10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

**Quadro 2** Zonas de classificação do AUDIT

Zonas de classificação	Níveis de consumo de álcool	Pontuação
Zona I	Consumo de baixo risco ou abstinência	0 a 7
Zona II	Consumo de risco	8 a 15
Zona III	Consumo nocivo	16 a 19
Zona IV	Provável dependência	20 a 40

**Quadro 3** As questões do teste de *Fagerstrom* e suas pontuações equivalentes

Questões	Alternativas de respostas	Pontuação do Teste de <i>Fagerstrom</i>
F25. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?	1 Dentro de 5 minutos 2 Entre 6 e 30 minutos 3 Entre 31 e 60 minutos 4 Após 60 minutos	3 2 1 0
F26. Você acha difícil não fumar em lugares públicos como igrejas, bibliotecas, etc?	1 Sim 2 Não	1 0
F27. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?	1 O primeiro da manhã 2 Outros	1 0
F28. Quantos cigarros você fuma por dia?	1 Menos de 10 2 De 11 a 20 3 De 21 a 30 4 Mais de 30	0 1 2 3
F29. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	1 Sim 2 Não	1 0
F30. Você fuma mesmo doente, quando precisa de ficar de cama a maior parte do tempo?	1 Sim 2 Não	1 0

**Quadro 4** Grau de dependência à nicotina segundo Teste de *Fagerstrom*

Grau de dependência à nicotina	Pontuação Teste <i>Fagerstrom</i>
Muito baixo	0 a 2 pontos
Baixo	3 a 4 pontos
Médio	5 pontos
Elevado	6 a 7 pontos
Muito elevado	8 a 10 pontos

#### 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram consolidados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Primeiramente foram realizadas as análises univariadas, na qual as variáveis sociodemográficas e ocupacionais foram exploradas e descritas, por meio de frequência absolutas, porcentagens, média, moda para a construção do perfil do trabalhador. Tal análise nos permite explorar cada variável e descrever a população do presente estudo examinando cada uma das variáveis.

Em seguida realizamos as análises bivariadas buscando então as correlações entre os níveis de dependência à nicotina, os padrões de consumo de álcool e as possíveis relações

com as variáveis independentes. Para tal verificação foi utilizado o Teste qui-quadrado, adotando-se o nível de significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ).

A análise do resultado do AUDIT foi construída de duas formas, primeiramente a construção das faixas do nível de consumo de álcool em relação aos trabalhadores de enfermagem. Posteriormente separou-se as categorias da enfermagem em: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, a fim de visualizar as possíveis diferenças níveis de formações que compõem a enfermagem. Assim também foi realizada a apresentação dos resultados do teste de *Fagerstrom*.

O AUDIT é um instrumento que nos permite analisar de duas formas além da pontuação e estratificação em níveis de dependência é possível também analisar cada resposta e identificar o comportamento frente a bebida alcoólica. Sendo assim apresentamos em 3 tabelas as respostas de cada questão relacionando-as com os níveis de consumo de álcool.

As análises dos dados foram feitas através estatística descritiva, a princípio, para realizar a caracterização da população, descrevendo e resumindo os dados, traçando perfil socioeconômico e de consumo. Em seguida foram produzidos gráficos e tabelas a fim de permitir análises de acordo com a forma da distribuição (simetria e assimetria), medidas de tendência central (média, mediana) e variabilidade (desvio padrão, amplitude total). As variáveis dependentes serão o nível de consumo de tabaco e álcool e as independentes as características sócio demográficas dos trabalhadores.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Foram atendidas as Resoluções 466/2012 e suas complementares por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos. A presente pesquisa apresentou risco mínimo que se compara a atividades como conversar, tomar banho, sendo previsto ressarcimento em caso de comprovação de malefício em decorrência da abordagem prevista na presente investigação. Os participantes foram informados e convidados a participarem como voluntários não remunerados, externando sua aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II). O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer de número 224/2010 e protocolo nº 2141. 201. 2010 e a coleta de dados piloto já foi realizada com amostra similar.

## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em 3 sub itens que seguem. O primeiro irá descrever as características sociodemográficas e as relacionadas ao trabalho de enfermagem. O segundo diz respeito aos resultados dos testes AUDIT e Teste de *Fagerstroms*. O terceiro apresentará as associações entre os testes e as variáveis.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E RELACIONADAS AO TRABALHO

Os resultados apresentados na **tabela 1** demonstram que a população deste estudo foi composta em sua maioria por mulheres (74,4%), sendo a média de idade dos trabalhadores 48 anos, com idade mínima de 26 anos e máxima de 64 anos. Em Relação a estrutura familiar 73,4% afirmaram possuir filhos e 64,8% revelam ser casados ou viverem em união estável. Quanto ao grau de escolaridade, a maioria possuía pós-graduação 58,3. Em relação à classificação econômica, 73,2 % dos trabalhadores referiram receber entre quatro a dez salários mínimos, considerando o salário mínimo na época (2012 e 2013) estava entre 622 e 678 reais

**Tabela 1** Características sociodemográficas e econômicas dos TAES trabalhadores de enfermagem, Juiz de Fora, MG, 2015

Variáveis		Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
<b>Sexo</b>	Masculino	33	25,6
	Feminino	96	74,4
<b>Idade</b>	Até 35 anos	11	8,7
	36 a 46 anos	44	34,9
	47 a 57 anos	47	37,3
	Maior de 58 anos	24	19
<b>Filhos</b>	Sim	94	73,4
	Não	34	26,6
<b>Situação conjugal</b>	Casado ou união estável	90	69,8
	Separado ou divorciado	15	11,6
	Viúvo	4	3,1
	Solteiro	20	15,5
<b>Escolaridade</b>	2º grau completo	25	19,7
	Universitário incompleto	21	16,5
	Universitário completo	7	5,5



	Pós-graduação	74	58,3
<b>Renda familiar (salário mínimo)</b>	≤ a 3 salários	8	6,3
	4 a 10 salários	93	73,2
	≥ 11 salários	26	20,5

Em relação a divisão técnica do trabalho observa-se que a maioria dos trabalhadores são técnicos de enfermagem (51,2%). O sexo feminino é predominante em todas as categorias, assim como o estado civil casado ou em união estável e possuir filho. Conforme demonstra a **tabela 2**.

Em relação a idade observamos que entre os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem a maior concentração de pessoas encontra-se na faixa etária de 47 a 57 anos. E entre os técnicos de enfermagem 36 a 46 anos.

A escolaridade é mais elevada entre os enfermeiros onde 96,8% possuem especialização, mas entre os técnicos e auxiliares a pós-graduação também se faz presente em 50,8% e 35,5% respectivamente. Tendo em consideração a situação econômica observa-se que tanto os técnicos de enfermagem quanto os auxiliares possuem renda familiar em torno de 4 a 10 salários mínimos enquanto os enfermeiros a renda é maior que 11 salários mínimos.

**Tabela 2** Características sociodemográficas e econômicas dos TAES – trabalhadores de enfermagem por categorias, Juiz de Fora, MG, 2015

#### Categorias de enfermagem

Variáveis		Enfermeiro n (%)	Técnico de enfermagem n (%)	Auxiliar de enfermagem n (%)
<b>Sexo</b>	Masculino	6 (18,8%)	20 (30,3%)	7 (22,6%)
	Feminino	26 (81,3%)	46 (69,7%)	24 (77,4%)
<b>Idade</b>	Até 35 anos	5(15,6%)	5(7,8%)	1(3,3%)
	36 a 46 anos	6(18,8%)	28(43,8%)	10(33,3%)
	47 a 57 anos	11(34,4%)	23(35,9%)	13(43,3%)
	Maior de 58 anos	10(31,2%)	8(12,5%)	6(20%)
<b>Filhos</b>	Sim	20(62,5%)	51(77,3%)	23(76,7%)
	Não	12(37,5%)	15(22,7%)	7(23,3%)
<b>Situação conjugal</b>	Casado ou união estável	21(65,6%)	46(69,7%)	23(74,2%)
	Separado ou divorciado	4(12,5%)	10(15,2%)	1(3,2%)
	Viúvo	1(3,1%)	2(3,2%)	1(3,2%)

	Solteiro	6(18,8%)	8(12,1%)	6(19,4%)
<b>Escolaridade</b>	2º grau completo	0	16(24,6%)	9(29%)
	Universitário incompleto	0	13(20%)	8(25,8%)
	Universitário completo	1(3,2%)	3(4,6%)	3(9,7%)
	Pós-graduação	31(96,8%)	33(50,8%)	11(35,5%)
<b>Renda familiar (salário mínimo)</b>	≤ a 3 salários	1(3,1%)	5(7,6%)	2(6,9%)
	4 a 10 salários	13(40,6%)	54(81,8%)	26(89,7%)
	≥ 11 salários	18(56,3%)	7(10,6%)	1(3,4%)

Em relação as características profissionais percebemos que no presente estudo 72,1% dos profissionais relatam possuir apenas um vínculo empregatício, sendo que a maioria (51,2%) trabalha em regime de plantão/diarista e no turno diurno (53,1%). A maioria (71,3%) afirma cumprir no máximo ou igual 40 horas semanais e 40,6% realiza plantões extras com alguma frequência, conforme **tabela 3**.

**Tabela 3** Características profissionais dos TAES – trabalhadores de enfermagem, Juiz de Fora, MG, 2015

Variáveis		Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
<b>Número de empregos</b>	Um emprego	93	72,1
	Dois empregos	35	27,1
	Três empregos	1	0,8
<b>Horário de trabalho</b>	Horário fixo	59	46,5
	Horário irregular	3	2,4
	Diarista/plantão	65	51,2
<b>Carga horária semanal</b>	≤ 40 horas	92	71,3
	> 40 horas	37	28,7
<b>Plantões extras</b>	Sim	52	40,6
	Raramente	45	35,2
	Nunca	30	23,4
<b>Turnos</b>	Noturno	60	46,9
	Diurno	68	53,1

As características relacionadas ao trabalho foram também categorizadas entre as diferentes áreas de atuação da profissão compreendendo que tais variáveis são importantes para que se possa conhecer o perfil profissional do participante do estudo, conforme **tabela 4**.

A observação das características profissionais dos trabalhadores de enfermagem revelou que a maioria dos profissionais nas três categorias possui apenas um emprego. Em relação ao horário de trabalho grande parte dos enfermeiros apontaram trabalhar em horário fixo (54,8%) enquanto os técnicos e auxiliares de enfermagem a maioria trabalha em regime de diarista ou plantão (50,8% e 64,5% respectivamente). No que diz respeito a carga horária semanal há predomínio de menor ou igual a 40 horas entre todas as categorias. A realização de plantões extras foi apontada em maior número entre os enfermeiros e auxiliares de enfermagem (46,8% e 40% respectivamente). O turno de trabalho entre os entrevistados apenas os auxiliares de enfermagem em sua maior parte realiza plantão noturno (58,1%) entre os técnicos e enfermeiros predomina o diurno (53% e 64,5% respectivamente).

**Tabela 4** Características profissionais dos TAES – trabalhadores de enfermagem por categorias, Juiz de Fora, MG, 2015

Variáveis		Categorias de enfermagem		
		Enfermeiro n(%)	Técnico de enfermagem n(%)	Auxiliar de enfermagem n(%)
Número de empregos	Um emprego	20 (62,5%)	49 (74,2%)	24 (77,4%)
	Dois empregos	12 (37,5%)	17 (25,8%)	6 (19,4%)
	Três empregos	0	0	1 (3,2%)
Horário de trabalho	Horário fixo	17 (54,8%)	31 (47,7%)	11 (35,5%)
	Horário irregular	2 (6,5%)	1 (1,5%)	0
	Diarista/plantão	12 (38,7%)	33 (50,8%)	20 (64,5%)
Carga horária semanal	≤ 40 horas	19 (59,4%)	50 (75,8%)	23 (74,4%)
	> 40 horas	13 (40,6%)	16 (24,2%)	8 (25,8%)
Plantões extras	Sim	15 (46,8%)	25 (37,9%)	12 (40%)
	Raramente	8 (25%)	27 (40,9%)	10 (33,3%)
	Nunca	9 (28,1%)	14 (21,2%)	7 (23,3%)
Turnos	Noturno	11 (35,5%)	31 (47%)	18 (58,1%)
	Diurno	20 (64,5%)	35 (53%)	13 (41,9%)

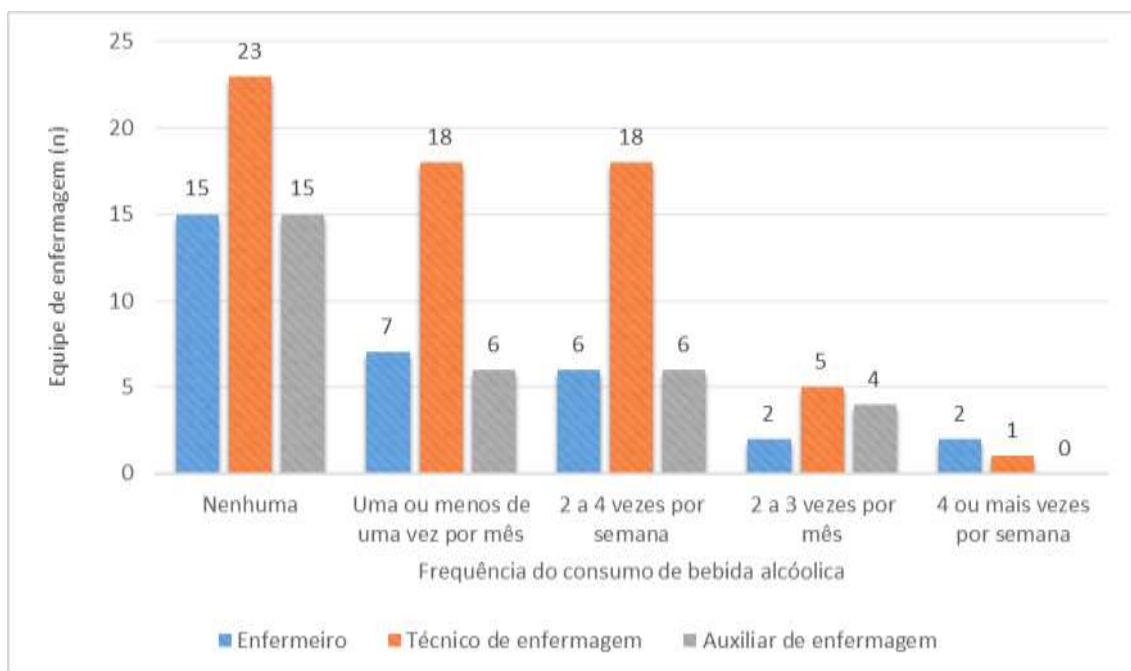
## 5.2 RESULTADOS DOS TESTES AUDIT E TESTE DE *FAGERSTROMS*

### 5.2.1 Os trabalhadores de enfermagem e o consumo de bebidas alcoólicas

A seguir apresentamos os dados referentes ao uso de bebidas alcoólicas em relação a frequência do uso da substância seguido pelos níveis de consumo: baixo risco, consumo de risco, consumo nocivo e provável dependência

O **gráfico 2** traz a frequência do consumo de bebidas alcoólicas em valores absolutos segundo as categorias que compõe a enfermagem, observa-se que grande parte dos trabalhadores das 3 categorias relatam ser abstêmio. Analisando as porcentagens e fragmentando a análise em dois grupos os que consomem e os que não ingerem bebida alcoólica tem-se que 53,1% dos enfermeiros, 64,6% dos técnicos de enfermagem e 51,6% dos auxiliares fazem uso desta substância pelo menos uma ou menos vezes por mês.

**Gráfico 2** Frequência do consumo de bebida alcoólica entre os TAEs - trabalhadores de enfermagem, Juiz de fora, MG, 2015



Considerando a população total do presente estudo temos que os níveis de consumo de bebida alcoólica segundo aplicação do teste AUDIT revela 86,2% apresenta consumo de baixo risco, 12,9% consumo de risco e 0,9% consumo nocivo à saúde. Essas representações segundo as categorias de enfermagem segue na tabela 5.

Conforme observado na **tabela 5** o consumo de baixo risco é maioria em todas as categorias. Os auxiliares e técnicos de enfermagem revelaram uma porcentagem de consumo de risco superior aos dos enfermeiros, sendo 11,1% e 16,4% respectivamente. Destaca-se que não foi registrado nenhum trabalhador na faixa de provável dependência.

**Tabela 5** O AUDIT e as categorias de enfermagem, Juiz de Fora, MG, 2015

		<b>Enfermeiro n(%)</b>	<b>Técnico de enfermagem n(%)</b>	<b>Auxiliar de enfermagem n(%)</b>
<b>Padrões de consumo AUDIT</b>	Baixo risco	26 (92,9%)	51 (83,6%)	23 (85,2%)
	Consumo de risco	2 (7,1%)	10 (16,4%)	3 (11,1%)
	Consumo nocivo	0	0	1 (3,7%)

### 5.2.2 Os trabalhadores de enfermagem e o uso do tabaco

Os dados que seguem são referentes ao consumo de tabaco. Primeiramente será apresentada a frequência dos trabalhadores de enfermagem que fazem uso de cigarro ou fizeram. Após será apresentado a avaliação de dependência à nicotina através do Teste de *Fagerstrom*. A tabela 6 destaca uma porcentagem inferior em relação ao número de técnicos de enfermagem que cessou o tabagismo. Aplicando-se o teste qui quadrado observa-se valor de  $p = 0,057$ , ou seja, há significância estatística entre a categoria profissional de enfermagem e o hábito tabágico nesta população.

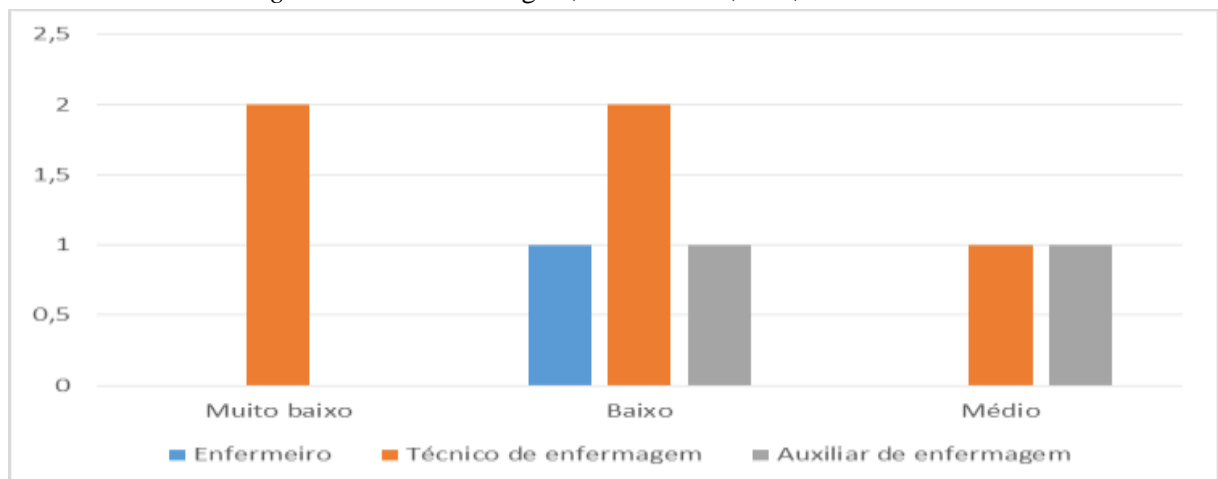
**Tabela 6** O tabagismo entre os TAES trabalhadores de enfermagem, Juiz de Fora, MG, 2015

	Categorias de enfermagem			P VALOR
	Enfermeiro n (%)	Técnico de enfermagem n (%)	Auxiliar de enfermagem n (%)	
<b>Tabagista</b>	1 (3,2)	9 (13,8%)	1 (3,4%)	p = 0,057
<b>Não fumante</b>	19 (61,3%)	46 (70,8%)	18 (62,1%)	
<b>Parou de fumar</b>	11 (35,5%)	10 (15,4%)	10 (34,5%)	

Na **tabela 7** a avaliação da dependência à nicotina através do teste de *fagerstrom* foi feita em apenas 8 participantes (3 perdas) e dentre estes o nível dependência baixo sobressaiu. Ao considerar as categorias profissionais obtivemos que os auxiliares de enfermagem estão presentes no grupo de padrão de dependência a nicotina mais elevado (50% nível médio e 50% baixo). Os técnicos de enfermagem, segundo o presente estudo, possuem nível de dependência inferior (40% muito baixo e 40% baixo). O enfermeiro por sua vez apresenta nível baixo de dependência a nicotina.

**Tabela 7** O Teste de *Fagerstrom* e os TAES trabalhadores de enfermagem, Juiz de Fora, MG, 2015

Teste de <i>Fagerstrom</i>		
	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
<b>Muito baixo</b>	2	25,0
<b>Baixo</b>	4	50,0
<b>Médio</b>	2	25,0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 3** Teste de *Fagerstrom* e a enfermagem, Juiz de Fora, MG, 2015

A observação dos resultados nos leva a concluir que há um reduzido número de tabagistas entre os participantes deste estudo, a maioria dos fumantes estão entre os técnicos de enfermagem (13,8%). Destaca-se os tabagistas que pararam de fumar que entre os enfermeiros e auxiliares de enfermagem representam 35,5% e 34,5% respectivamente.

### 5.3 AS ASSOCIAÇÕES ENTRE OS TESTES E AS VARIÁVEIS

Para viabilizar as análises bivariadas e gerar resultados com melhor visualização foram feitas algumas adaptações nas variáveis. A variável que representa as faixas de classificação da dependência ao álcool AUDIT foi dividida em duas. A primeira o consumo de baixo risco e a segunda que representa o somatório das faixas de consumo de risco e nocivo e provável dependência. A variável situação conjugal foi agrupada em casados e não casados (divorciados, viúvos ou solteiros). A variável situação tabágica também foi adaptada em tabagista e ex-fumantes (compreendendo os fumantes e os que pararam de fumar) e não tabagistas (aqueles que nunca fumaram).

O cruzamento dos dados foi feito apenas com o teste AUDIT, compreendendo que o número reduzido no teste de *Fagerstrom* levaria à análises sem representatividade estatística. Porém o uso de tabaco será relacionado como variável nas análises.

As questões do AUDIT também foram analisadas uma a uma em relação as faixas de padrão de consumo de bebida alcoólica. Para isso foram separadas em três grupos temáticos devidamente identificados.

Nas análises foi utilizado o teste qui-quadrado, sendo considerado valor de p estatisticamente significativo abaixo ou igual a 0,05.

#### 5.3.1 O AUDIT associado às variáveis sociodemográficas e econômicas

A análise dos dados sociodemográficos e econômicos em relação as faixas de classificação do AUDIT mostraram significância estatística para a variável sexo ( $p=0,004$ ) conforme **tabela 8**. O que significa que os homens apresentaram um padrão de consumo de risco superior (56,2%) ao das mulheres (43,8%). As demais variáveis, idade, filhos, situação conjugal e renda familiar, não apresentaram relações de significância estatística.

**Tabela 8** Análise das faixas de classificação do AUDIT em relação as variáveis sociodemográficas e econômicas TAEs – trabalhadores de enfermagem, Juiz de Fora, MG,2015

Variáveis		Baixo risco n (%)	Consumo de risco, nocivo e provável dependência n (%)	P VALOR *
<b>Sexo</b>	Masculino	22 (22%)	9 (56,2%)	<b>0,004*</b>
	Feminino	78 (78%)	7 (43,8%)	
	Perdas= 13(10,1%)			
<b>Idade</b>	Até 35 anos	9 (9,1%)	2 (13,3%)	<b>0,834</b>
	36 a 46 anos	38 (38,4%)	4 (26,7%)	
	47 a 57 anos	35 (35,4%)	6 (40%)	
	Maior de 58 anos	17 (17,2%)	3 (20%)	
	Perdas=15(11,6%)			
<b>Filhos</b>	Sim	72 (72,7%)	11 (68,8%)	<b>0,742</b>
	Não	27 (27,3%)	5 (31,2%)	
	Perdas=14 (10,9%)			
<b>Situação conjugal</b>	Casado(a)	69 (69%)	12 (75%)	<b>0,627</b>
	Divorciado, viúvo ou solteiro	31 (31%)	4 (25%)	
	Perdas=13(10,1%)			
<b>Rendimento familiar (salário mínimo)</b>	≤ a 3 salários	7 (7,1%)	0	<b>0,511</b>
	4 a 10 salários	71 (71,7%)	13 (81,2%)	
	≥ 11 salários	21 (21,2%)	3 (18,8%)	
	Perdas=14(10,9%)			

\*Teste qui-quadrado

### 5.3.2 O AUDIT e as associações em relação as característica do trabalho.

As análises em relação as características do emprego e a associação entre as faixas classificatórias do AUDIT não apresentaram significância estatística em nenhuma variável. Porém observando os dados na **tabela 9**, nota-se uma concentração maior de trabalhadores



plantonistas que apresentam também padrão de consumo de bebidas alcoólicas elevado (73,3%) bem como trabalhadores que exercem suas atividades no turno da noite (56,2%).

**Tabela 9** Análise das faixas de classificação do AUDIT em relação as variáveis de característica do trabalho TAEs –trabalhadores de enfermagem, Juiz de Fora, MG,2015

<b>VARIÁVEIS</b>		<b>Baixo risco n (%)</b>	<b>Consumo de risco, nocivo e provável dependência n (%)</b>	<b>P VALOR *</b>
<b>Número de empregos</b>	Um	73 (73%)	10 (62,5%)	<b>0,387</b>
	Dois	27 (27%)	6 (37,5%)	
	Perdas=13(10,1%)			
<b>Horário de trabalho</b>	Horário fixo	46 (46,5%)	4 (26,7%)	<b>2,607</b>
	Horário irregular	2 (2%)	0	
	Diarista/plantão	51 (51,5%)	11 (73,3%)	
	Perdas=15(11,6%)			
<b>Carga horária semanal</b>	≤ 40 horas semanais	70 (70%)	10 (62,5%)	<b>0,547</b>
	> 40 horas semanais	30 (30%)	6 (37,5%)	
	Perdas=13(10,1%)			
<b>Plantões extras</b>	Sim	44 (44,9%)	3 (18,8%)	<b>0,108</b>
	Raramente	32 (32,7%)	9 (56,2%)	
	Nunca	22 (22,4%)	4 (25%)	
	Perdas=14(10,9%)			
<b>Turno</b>	Noturno	48 48,5%	9 56,2%	<b>0,564</b>
	Diurno	51 51,5%	7 43,8%	
	Perdas=14(10,9%)			

\*Teste qui-quadrado

### 5.3.3 As questões do AUDIT e o tabagismo

As análises das questões do questionário foram separadas de acordo com os blocos temáticos sugeridos pela própria OMS sendo apresentadas neste estudo em três tabelas. Tal procedimento foi realizado a fim de compreender melhor e caracterizar o consumo dos trabalhadores. A aplicação do teste qui quadrado em cada questão identificou significância estatística em todas as correlações evidenciando a confiabilidade do instrumento. A **tabela 10** representa a frequência do uso regular ou ocasional de bebidas alcoólicas, a **tabela 11** demonstra os sintomas que sugerem a dependência à substância e a **tabela 12** os prejuízos vivenciados devido ao uso da substância. Por último será apresentado a relação entre o AUDIT e a situação tabágica.

A **tabela 10** traz as questões relacionadas a frequência e regularidade do uso de bebida alcoólica. Na análise observamos que entre os consumidores que apresentaram maior padrão de ingestão de bebida segundo AUDIT 56,2% fazem uso de 2 a 4 vezes no mês e 25% usam de 2 a 3 vezes na semana. Ainda sobre estes consumidores 37,5% relatam usar 5 a 6 doses de álcool em um dia típico quando está bebendo e 43,8% afirmaram que semanalmente bebem 6 ou mais doses em uma única ocasião. Vale ressaltar que mesmo entre os consumidores de baixo risco 20 % consomem a bebida no mínimo de 2 a 4 vezes no mês.

**Tabela 10** Questões do AUDIT relacionada a frequência do uso regular ou ocasional, Juiz de Fora, MG, 2015

	<b>AUDIT: FREQUÊNCIA DO USO REGULAR OU OCASIONAL</b>			<b>P VALOR*</b>
		<b>Baixo risco n (%)</b>	<b>Consumo de risco, nocivo e provável dependência n (%)</b>	
<b>Frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas</b>	Nenhuma	46 (46%)	1 (6,2%)	<b>P&lt;0,001</b>
	Uma ou menos de uma vez por mês	28 (28%)	0	
	2 a 4 vezes por mês	20 (20%)	9 (56,2%)	
	2 a 3 vezes por semana	5 (5%)	4 (25%)	
	4 ou mais vezes por semana	1 (1%)	2 (12,5%)	
	Nenhuma	49 (49%)	1 (6,2%)	<b>P&lt;0,001</b>
	1 a 2	38 (38%)	2 (12,5%)	
	3 a 4	11(11%)	5 (31,2%)	

<b>Número de doses padrão em um dia típico</b>	5 a 6	2 (2%)	6 (37,5%)	<b>P&lt;0,001</b>
	7 a 9	0	1 (6,2%)	
	10 ou mais vezes	0	1 (6,2%)	
<b>Frequência de 6 ou mais doses</b>	Nunca	76 (76%)	0	
	Menos que mensalmente	18 (18%)	4 (25%)	
	Mensalmente	6 (6%)	5 (31,2%)	
	Semanalmente	0	7 (43,8%)	

\*Teste qui-quadrado

\*\*Perda= 13(10,1%)

Nessa etapa da análise entramos no grupo temático que investiga uma provável dependência ilustrado pela **tabela 11**. Verificamos que 49,9% entre os consumidores de maior risco já beberam sem conseguir parar e 37,4% deste deixaram de realizar algo devido a bebida com alguma frequência (no mínimo menos que mensalmente até semanalmente).

**Tabela 11** Questões do AUDIT e sintomas sugestivos de dependência, Juiz de Fora, MG, 2015

	<b>AUDIT: SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPENDÊNCIA</b>			<b>P VALOR*</b>
		<b>Baixo risco n (%)</b>	<b>Consumo de risco, nocivo e provável dependência n (%)</b>	
<b>Frequência de beber sem conseguir parar</b>	Nunca	97 (97%)	8 (50%)	<b>P&lt;0,001</b>
	Menos que mensalmente	3 (3%)	5(31,2%)	
	Mensalmente	0	2 (12,5%)	
	Semanalmente	0	1(6,2%)	
<b>Frequência que deixou de fazer algo esperado por causa da bebida</b>	Nunca	99 (99%)	10 (62,5%)	<b>P&lt;0,001</b>
	Menos que mensalmente	1 (1%)	5 (31,2%)	
	Mensalmente	0	1 (6,2%)	

\*Teste qui-quadrado

\*\*Perda= 13(10,1%)

\*\*\*A última questão sobre a frequência da necessidade da bebida pela manhã foi respondida como nunca por todos

As últimas perguntas do AUDIT sugerem os prejuízos que o consumo do álcool pode ter causado no cotidiano. Os resultados evidenciados na **tabela 12** apontam que 43,7% dos consumidores com padrão elevado sentiram culpa e 37,4 não se lembraram da noite anterior

após terem bebido, com alguma frequência. Ainda entre estes 62,6% (em algum momento ou no último ano) ouviram de pessoas próximas que deveriam parar de beber.

**Tabela 12** Questões do AUDIT e prejuízos vivenciados devido ao abuso de substância, Juiz de Fora, MG, 2015

	<b>AUDIT: PREJUÍZOS VIVENCIADOS DEVIDO AO USO DE SUBSTÂNCIAS</b>			<b>P VALOR*</b>
		<b>Baixo risco n (%)</b>	<b>Consumo de risco, nocivo e provável dependência n (%)</b>	
<b>Frequência sentimento de culpa após beber</b>	Nunca	97 (97%)	9 (56,2%)	<b>P&lt;0,001</b>
	Menos que mensalmente	3 (3%)	6 (37,5%)	
	Mensalmente	0	1 (6,2%)	
<b>Frequência esquecer a noite anterior devido uso da bebida</b>	Nunca	100 (100%)	10 (62,5%)	<b>P&lt;0,001</b>
	Menos que mensalmente	0	5 (31,2%)	
	Mensalmente	0	1 (6,2%)	
<b>Causou ferimentos ou prejuízos a si ou terceiros após beber</b>	Não	98 (98%)	13 (81,2%)	<b>0,002</b>
	Sim, mas não no último ano	2 (2%)	3 (18,8%)	
<b>Alguém próximo já sugeriu que parasse de beber</b>	Não	97 (97%)	6 (37,5%)	<b>P&lt;0,001</b>
	Sim, mas não no último ano	2 (2%)	3 (18,8%)	
	Sim, durante o último ano	1 (1%)	7 (43,8%)	

\*Teste qui-quadrado

\*\*Perda= 13(10,1%)

A associação entre o AUDIT e a situação tabágica registrou valor de p estatisticamente significativo ( $p=0,042$ ) conforme demonstrado na **tabela 13**. O consumo de maior risco relaciona-se ao tabagismo (considerando fumante atual ou no passado) visto que 56,2% entre os trabalhadores com padrão de ingestão alcoólica elevado são tabagistas ou ex-fumantes, enquanto os que nunca fumaram 69,7% encontra-se na faixa de baixo risco de consumo de bebida alcoólica.

**Tabela 13** Relação entre o AUDIT e o tabagismo, Juiz de Fora, MG, 2015

<b>AUDIT x Tabagismo</b>			
	<b>Baixo risco n (%)</b>	<b>Consumo de risco, nocivo e provável dependência n (%)</b>	<b>P Valor*</b>
<b>Tabagistas ou ex fumantes</b>	30 (30,3%)	9 (56,2%)	<b>p=0,042</b>
<b>Nunca fumaram</b>	69 (69,7%)	7 (43,8%)	

\*Teste qui-quadrado

## 6 DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico e econômico apresentado pelo presente estudo demonstrou predominância do sexo feminino e uma média de idade 48 anos na equipe de enfermagem, o mesmo acontece em instituições com perfil de trabalho semelhante, se alinhando aos estudos na área. O fato pode ter explicação histórica, o início da profissão está atrelado as características femininas, pois as mulheres exerciam um papel na sociedade de caritativo e religioso (SANCINETTI et al., 2009; MAURO et al., 2010; FERRAZ, ROCHA, 2010; BRAGA E SILVA, 2011; MININEL, BATISTA E FELLI, 2011; PROCHNOW et al., 2013; PALHARES, CORRENTE E MATSUBARA, 2014).

No Brasil em meio a importantes transformações tanto em âmbito social, quanto político e econômico foi criada a primeira escola de enfermagem – Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), mais tarde Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Nesse período tem início profissionalização da enfermagem com o distanciamento das ideias de caráter caritativo e de assistência religiosa, porém mantendo o foco feminilização da profissão. Os noticiários da época mostravam a profissão como uma forma da mulher se inserir no mercado de trabalho associando a atividade as características delicadas e cuidadoras inerentes ao sexo feminino (MOREIRA, PORTO, OGUISSO, 2002; SANTO, OGUISSO, FONSECA, 2011).

No que concerne a estrutura familiar desses trabalhadores observamos que a maioria é casado ou está em uma união estável e possui filhos mantendo semelhança com o perfil de outros estudos O perfil das trabalhadoras no Brasil nos últimos anos é a mulher mais velha, casada e com filho, revelando a característica atual feminina que além das atividades de cunho doméstico agrega funções profissionais. Algumas mudanças na sociedade e na cultura do país transformaram o papel social da mulher e refletiram no aumento da mão de obra feminina. Algumas transformações foram a diminuição da taxa de fecundidade, redução das famílias, o envelhecimento da população e taxa de expectativa de vida superior para as mulheres em relação aos homens e aumento da frequência feminina nas universidades (BRUSCHINI, 2007; HILLESHEIN ET AL, 2011; PROCHNOW et al., 2013).

Em relação a formação profissional, em todas as categorias da enfermagem notou-se predomínio de pessoal com especialização. A população estudada trabalha em um ambiente de ensino, que valoriza e estimula a formação acadêmica, este fato pode ter contribuído para número elevado em relação a especialização. Sabe-se que na instituição estudada há um incentivo para o aprimoramento profissional como a grande oferta de cursos e facilidade de

acesso. A presença de um número representativo de trabalhadores com pós graduação pode sugerir uma preocupação com a qualidade da assistência e refletir em uma atuação mais segura e eficiente (HILLESHEIN et al., 2011; PROCHNOW et al., 2013).

O presente estudo corrobora com outro achado no qual o nível de especialização da enfermagem é superior a 50%. Evidencia-se nessa pesquisa o grande número de técnicos de enfermagem com graduação e pós graduação, somados representam 55,4%. Estudo realizado em um hospital Universitário do Rio Grande do Sul revela que entre os técnicos da instituição essa porcentagem é de 45,6%, sendo atribuído a este fato a presença de plano de cargos e salários da instituição que incentiva o aperfeiçoamento por meio de incremento do salário. (SANTOS E CASTRO, 2010; PROCHNOW et al., 2013).

A investigação da situação financeira revelou que entre os enfermeiros a renda familiar ficou entre 11 salários mínimos (56,3%) enquanto que entre os técnicos e auxiliares de enfermagem a renda variou entre 4 a 10 salários. Sendo que o salário mínimo na época em que a pesquisa foi realizada era de 622 reais. Considerando todas as categorias da enfermagem observa-se que a média da renda familiar foi de 7,4 salários, ou seja, 4602,80 reais.

O rendimento médio dos trabalhadores, segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014, pesquisa esta que realizada nas regiões metropolitanas de Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, foi estimado em 2028 reais. Feitos os ajustes em relação ao valor do salário-mínimo da época o rendimento do trabalhador desse estudo revela-se superior à média representativa das capitais citadas a cima. Vale ressaltar que o nível de especialização e as particularidades do processo de trabalho dos pesquisados, por serem trabalhadores do serviço público podem contribuir com essa diferença de rendimento.

O projeto de lei 4924/09 que encontra-se no congresso nacional em tramitação pretende estipular o piso salarial, ou seja, o salário-mínimo para a profissão de enfermagem. Este piso seria de 4650 reais para o enfermeiro, 2325 reais para o técnico de enfermagem e 1860 reais para o auxiliar de enfermagem. A justificativa apontada no projeto é a necessidade de instituir uma valorização salarial a estes profissionais (BRASIL, 2009).

Diferentemente do presente estudo no qual todas as categorias profissionais informaram em sua maioria possuir apenas um vínculo empregatício, sabe-se que é comum a estes trabalhadores possuírem diversos vínculos de trabalho a fim de melhorar a renda e suprir suas necessidades econômicas. Comportamento este que pode influenciar no atendimento e na qualidade do serviço ao passo que longas jornadas de trabalho sem pausa para descanso

contribuem para o adoecimento do profissional e diminuição da capacidade de raciocínio. (FERRAZ E ROCHA,2010; MININEL, BAPTISTA e FELLI, 2011). Considerando as 3 categorias da enfermagem, 27,9% afirmaram possuir outros empregos. Tal porcentagem é elevada se comparada ao estudo de Palhares, Corrente e Matsubara (2014) no qual essa relação ficou entre 14% na amostra estudada.

Diversos estudos sobre o trabalho da enfermagem corroboram no que diz respeito as condições estressantes e desgastantes em que essa ocupação se desenvolve. Condições de trabalho como jornadas em turnos, ritmo acelerado, necessidade de atenção e excesso de horas trabalhadas são comuns na enfermagem. O processo de trabalho hospitalar e em instituições de ensino caracterizam por atender um grande número de pacientes, sendo de referência municipal, possuir equipamentos e tecnologias que demandam atenção e aperfeiçoamento dos profissionais (HILLESHEIN et al., 2011; PROCHNOW et al., 2013; PALHARES, CORRENTE E MATSUBARA, 2014).

Em relação aos horários de trabalho dos entrevistados temos uma diferença entre os enfermeiros e técnicos e auxiliares. Percebemos que os enfermeiros seguem horário fixo, enquanto os técnicos e auxiliares fazem o regime de plantão/diarista. O trabalho em turnos é comum na área da saúde devido a característica da atividade assistencial que é ininterrupta. Ainda em relação as características do trabalho podemos observar que todas as categorias (em sua maioria) obedecem a carga horária até 44 horas semanais, atendendo a constituição federal.

Tendo em consideração os comportamentos em relação ao trabalho observamos no estudo que 75,8% (aqui são os que realizam mesmo que raramente e os que o fazem com alguma frequência) dos trabalhadores pesquisados fazem plantões extras. Em relação ao turno de trabalho apenas entre os enfermeiros prevaleceu o trabalho diurno. Entre os técnicos de enfermagem a diferença foi pouca (47% diurno e 53% noturno) e quanto aos auxiliares de enfermagem o noturno prevaleceu (58,1% noturno e 41,9% diurno).

O trabalho realizado em turnos e principalmente o noturno gera importantes alterações nos ciclos biológicos dos indivíduos podendo ter consequências tais como insônia, ansiedade e alteração do humor. Além do impacto em relação ao indivíduo ressalta-se os prejuízos sociais e domésticos como o isolamento social, bem como a queda no desempenho do trabalho e conseqüentemente a redução da qualidade de vida (PALHARES, CORRENTE E MATSUBARA, 2014; ZARPELÃO E MARTINO 2014).



No presente estudo utilizou-se duas escalas internacionais da OMS para o rastreamento do uso problemático do álcool e detecção de dependência à nicotina, o AUDIT e o teste de *Fagerstrom* respectivamente.

O consumo de bebidas alcoólicas no presente estudo foi relatado pela maioria das as categorias da enfermagem (enfermeiro – 53,1%, técnicos de enfermagem – 64,6% e auxiliar de enfermagem 51,6%) como ilustrado no gráfico 2. Considerando as três categorias juntas temos que 58,6% relata consumo de álcool. Outro estudo realizado na mesma instituição com população semelhante (equipe de enfermagem terceirizados e efetivos) revelou que 48% dos trabalhadores faziam alto consumo de bebida alcoólica (PASCHOALIN, 2012). Ferraz e Rocha (2010) em seu estudo sobre consumo de substância psicoativa em enfermeiros, aponta que 48,6% bebem. Em um estudo internacional observou-se o uso de álcool em 44% das enfermeiras em hospitais da Austrália, como uma forma de induzir o sono. O uso da bebida alcoólica é associada a vários motivos desde celebrações e interação social a indutor do sono, relaxante, calmante ou como euforizante e estimulante (FONSECA 2007; DORRIAN et al. 2011).

A avaliação através do AUDIT revelou que a maioria das 3 categorias da enfermagem apresenta um consumo de baixo risco de acordo com a tabela 3. O consumo de risco e nocivo representa 13,8% da população total deste estudo enquanto que o de baixo risco representa 86,2%. Estudo realizado pelo Serviço de Saúde do Trabalhador entre trabalhadores do serviço público de minas gerais identificou que 12,7% apresentavam consumo de risco nocivo ou provável dependência e 87,3% relataram consumo de baixo risco (BRITES E ABREU, 2014). Outro estudo realizado com estudantes de enfermagem na Colômbia revelou que 88% apresentou baixo consumo de álcool, o que revela semelhança na análise destes estudos (LÓPEZ-MALDONADO; LUIS E GHERARDI-DONATO, 2011).

Segundo a OMS o consumo nocivo representa um padrão de ingestão alcoólica que já propicia prejuízos a saúde do indivíduo, seja física ou mentalmente. Assim como afeta o comportamento diante de terceiros causando problemas sociais e familiares. Já o consumo de risco representa um padrão de uso que traz associado ameaça de danos a este indivíduo, para avaliar a proporção do dano é necessário conhecer padrões de consumo, histórico clínico e familiar (OMS, 2001).

A situação tabágica dos trabalhadores de enfermagem do estudo revelou uma prevalência de tabagistas inferior a 13,8% sendo este relativo aos técnicos de enfermagem que apresentaram maior porcentagem de fumantes. Esse valor vai de encontro a uma pesquisa realizada em uma unidade de ensino superior no interior paulista, na qual os participantes não

eram docentes e revelou que 12,1% dos sujeitos faziam uso do cigarro (GHERARDI-DONATO et al, 2011). No Brasil a Pesquisa Nacional de Saúde aponta que entre pessoas com mais de 18 anos 15% são fumantes (BRASIL, 2014). O estudo na Colômbia entre estudantes de enfermagem apontou 24% de tabagistas. E a análise do nível de dependência pela aplicação do Teste de *Fagerstrom* demonstrou que 50% dos fumantes apresentam nível baixo de dependência (LÓPEZ-MALDONADO, LUIS E GHERARDI-DONATO, 2011).

O comportamento em relação ao tabagismo vem sendo alterado ao longo dos anos através de propagandas sobre os malefícios do uso do tabaco e das políticas que tem sido criadas para restringir o uso. Tais políticas vem sendo elaborados para reduzir o consumo de tabaco, principalmente entre os jovens. Em 2011 foi aprovada a lei que aumenta os tributos em relação ao tabaco fazendo com que o preço aumentasse, além de se instituir preço mínimo para a venda do cigarro o objetivo é que em 2015 o preço seja 4,50 R\$. Acredita-se que o aumento do preço reduz a consumo do cigarro (BRASIL, 2014).

As análises bivariadas realizadas em relação as variáveis sociodemográficas e econômicas e o teste AUDIT evidenciaram associação estatística apenas para a variável sexo ( $p=0,004$ ). Negando para as demais significâncias estatística – idade, filhos, situação conjugal e renda familiar. No estudo de Brites e Abreu (2014) além da variável sexo, a escolaridade também apresentou significância estatística. O padrão de consumo de álcool nos dois estudos foi maior em relação ao sexo masculino.

As características do trabalho (número de empregos, horário de trabalho, carga horária, plantões extras e turno) não revelaram significâncias estatísticas. Porém destacamos que fatores como realização de jornadas extras, trabalho noturno e o trabalho em turnos favorecem o adoecimento e a redução da qualidade de vida e portanto precisamos atentar ao cuidado desses trabalhadores.

Na aplicação do AUDIT é sugerida que além da pontuação e estratificação dos padrões de consumo, seja feita também a leitura de cada resposta para que se possa definir a abordagem, intervenção e o direcionamento de cada avaliado. Sendo assim para ampliar a compreensão sobre o padrão de consumo dos trabalhadores, analisamos cada questão do questionário em relação ao nível de consumo de álcool. O teste qui-quadrado para cada questão apresentou significância estatística assim como no estudo de Brites e Abreu (2014).

Segundo a OMS o consumo de 6 ou mais doses contendo álcool em uma única ocasião (*heavy episodic drinking*) representa risco de consequências agudas em relação ao álcool, tais como intoxicação, lesões e violência (oferecendo risco a si e a terceiros). Sendo este um comportamento reprovável socialmente. Ainda conforme a OMS esse tipo de comportamento

é preocupante mesmo entre os consumidores de baixo risco. Considerando o presente estudo temos que entre os trabalhadores com padrão de consumo baixo risco 24% (menos que mensalmente 18% e mensalmente 6%) ingerem mais de 6 doses no mínimo menos que mensalmente. Já entre os consumidores com padrão de consumo elevado essa proporção é de 100% (WHO, 2014).

No estudo de Brites e Abreu (2014) esse padrão de consumo agudo de 6 ou mais doses em uma única ocasião entre os trabalhadores com consumo de baixo risco é de 29,5% com alguma frequência e 100% entre aqueles com consumo de risco. Outro levantamento de amostra populacional realizado em um município do nordeste brasileiro revelou que este consumo de 6 ou mais doses em um dia típico foi registrado por 11,9% da amostra com padrão de consumo de baixo risco enquanto entre aqueles de consumo elevado registrou 92%. Apresentando uma diferença maior entre aqueles com o consumo inferior se comparado ao presente estudo e a Brites e Abreu (2014) (FERREIRA et al., 2011).

Os autores afirmam que este tipo de consumo reflete suas consequências em relação ao trabalho podendo gerar dificuldades de convivência entre colegas, diminuição da produtividade, absenteísmo, aposentadoria precoce e afastamentos médicos (Brites e Abreu, 2014). Tal informação é confirmada pelo presente estudo quando observamos que 49,9% dos participantes da pesquisa com padrão de consumo elevado relata que não conseguiu parar de beber e 37,4% deixou de realizar alguma atividade devido a bebida. Comparando o mesmo grupo de consumo de risco e nocivo de outros estudos constatamos que tal dado é superior a pesquisa de Brites e Abreu (2014) que apresenta 31,7% e 26,8% respectivamente como respostas das duas questões e a pesquisa de Ferreira et. al que revelou 24% (beber sem conseguir parar) e 18% (deixar de fazer algo por causa da bebida) (FERREIRA et al. 2011; BRITES e ABREU, 2014).

As informações acima são relevantes quanto a dependência alcoólica. Uma vez que este estudo não apontou nenhum trabalhador com dependência, ao analisar e comparar as respostas da categoria referente aos sintomas de dependência, percebemos uma diferença entre os outros estudos que tiveram porcentagens menores em relação a estas questões.

Ao refletir sobre as consequências de um consumo de álcool levantamos as questões em relação ao prejuízo e risco a terceiros, como a violência e problemas familiares. O último bloco temático do AUDIT contempla as questões sobre os prejuízos vivenciados devido ao consumo de bebidas alcoólicas. No presente estudo observou-se que 18,8% dos participantes informaram já ter causado danos a si ou a outras pessoas após ingestão alcoólica. A violência familiar, segundo estudos, possui como causa o consumo de bebida alcoólica. Ocorre devido

ao efeito da substância psicoativa que altera a capacidade de julgamento, inibição podendo deixar a pessoa mais agressiva levando a cometer atos impulsivos e violentos principalmente entre pais/mães e filhos (TONDOWSKI et al., 2014).

Ainda sobre a questão da violência um estudo realizado em campinas com pacientes de um hospital revelou que a maior prevalência de pacientes com transtorno por uso de álcool encontrava-se nos setores de ortopedia, oncologia e trauma. Sendo a internação decorrentes de causas externas de lesões (BOTEGA et al., 2010).

Sobre percepção de terceiros, em relação aos trabalhadores com alto padrão de consumo de bebida alcoólica, indica que 62,6% dos participantes do presente estudo, foram abordados por alguém próximo sugerindo que parasse de beber. Semelhante ao estudo de Brites e Abreu (2014) que registaram 51,2% e o levantamento de Ferreira et al (2011) que apontou 70% temos que a presente pesquisa mediante aos dois estudos é superior ao primeiro e inferior ao segundo. Acredita-se que tal evidencia revela que mesmo diante da falta de percepção daquele que está consumindo bebida alcoólica pessoas próximas percebem os efeitos nocivos que podem estar gerando prejuízos ao consumidor. Fator este que será favorável num suporte para o tratamento e no auxílio para a prevenção (FERREIRA et al., 2011; BRITES E ABREU,2014).

A associação entre padrão de consumo de álcool e o tabagismo foi verificado e revelou o teste qui-quadrado significativo ( $p=0,042$ ). Concluimos que o padrão de consumo de bebida alcoólica elevado está relacionado ao fato de ser tabagista ou ex-fumante. Essa relação foi confirmada em um estudo na Colômbia com estudantes de enfermagem que evidenciou elevado número de tabagistas no grupo que apresenta padrão elevado de consumo de álcool. Outro estudo realizado em no Rio Grande do Sul em uma comunidade universitária revelou associação significativa entre fumo esporádico e abuso de álcool (LÓPEZ-MALDONADO, LUIS E GHERARDI-DONATO, 2011).

A prevalência de associação entre tabagismo e consumo de álcool foi pesquisada em outro estudo realizado com pacientes internados no Hospital das Clínicas em Campinas, Brasil. Segundo esse estudo a taxa de dependentes à nicotina foi 2,5 vezes maior entre os pacientes que apresentavam transtorno por uso de bebida (BOTEGA et al 2010) Outro estudo que investigou os usuários de Atenção Primária a Saúde (APS) em Bebedouro, São Paulo também apontou relação entre o padrão de consumo de álcool elevado ( $AUDIT > 8$ ) e o tabagismo (VARGAS, BITTENCOURT E BARROSO, 2014).

Os resultados do presente estudo nos permite concluir que os trabalhadores de enfermagem apresentam padrão de consumo de álcool e tabaco equivalentes em sua maioria

com aos estudos encontrados. Não foram encontrados dados que evidencie dependência as substâncias psicoativas investigadas, porém vale ressaltar a necessidade de acompanhar aqueles que apresentaram padrão de consumo de risco. Apesar de não ter identificado a dependência foi observado um padrão de consumo de álcool de risco.

## 7 CONCLUSÕES

A população do estudo foi composta por enfermeiros (24,8%), técnicos de enfermagem (51,2%) e auxiliares de enfermagem (24%), sendo em sua maioria mulheres (74,4%), com idade média de 48 anos (sendo a mínima 24 e a máxima 64), casadas ou em união estável (69,8%) e possui filhos (73,4%). O rendimento familiar entre 4 a 10 salários mínimos (73,2%) e pós graduada (58,3%). Relata apenas um vínculo empregatício (72,1%), trabalha em regime diarista ou plantonista (51,2%), com carga horária inferior a 40 horas (71,3%), trabalha em turno diurno (53,1%) faz plantões extras (75,8%). O consumo de álcool foi relatado por 58,6% dos trabalhadores de enfermagem, e segundo o teste AUDIT o padrão de consumo de baixo risco prevaleceu (86,2%). O uso do tabaco foi apontado por 8,8% dos trabalhadores e a aplicação do Teste de *Fagerstrom* revelou nível de dependência a nicotina baixo (50% dos tabagistas). A associação entre o padrão de consumo de álcool e o tabagismo apresentou significância estatística ( $p=0,042$ ).

Em relação as análises de dependência às substâncias psicoativas não foram registrados níveis que indicassem a dependência, porém foram encontrados padrões de consumo considerados prejudiciais à saúde física e mental do indivíduo. Uma das vantagens da utilização do AUDIT é poder anteceder padrões prejudiciais de comportamento em relação ao álcool e viabilizar a elaboração de ações preventivas, instrumento importante para a execução da saúde do trabalhador. A prevenção do uso dessas substâncias tem grande relevância principalmente no que concerne o ambiente de trabalho, visto que o este tem importância enquanto forma de inserir o indivíduo na sociedade e também na construção de redes de relacionamento.

Vale destacar aqui a importância da utilização do AUDIT enquanto instrumento de rastreamento que possibilita uma visão ampliada do consumo de álcool identificando padrões de consumo, diferentemente de outros instrumentos que apontam apenas a doença (dependência química). O AUDIT está inserido num contexto de intervenções breves, no qual para cada nível de uso da substância há uma intervenção. Este instrumento foi idealizado para a aplicação na atenção primária à saúde. Faz-se relevante que o enfermeiro enquanto profissional que possui em sua formação a promoção da saúde se aproprie dessas ferramentas que o instrumentalizarão para uma abordagem ampla, eficiente e comprovada cientificamente.

A intervenção breve utilizada junto a aplicação do AUDIT permite um feedback imediato entre enfermeiro e o consumidor de bebida alcoólica viabilizando até mesmo o estabelecimento de um vínculo, relação terapêutica, que pode possibilitar maior efetividade

nas ações. Possibilita a construção de uma direção terapêutica conjunta, na qual o sujeito torna-se responsável pela busca de sua saúde. E o enfermeiro motiva-se diante das possibilidades de suas ações.

Dentre as limitações do estudo podemos citar o fato de pesquisas que abordam o tema de consumo de álcool e tabaco (substâncias psicoativas no geral) é comum que exista a subnotificação de informações, talvez por medo, preconceito ou desconhecimento do anonimato e receio de punições dentro do trabalho. Porém o universo de subnotificação não deve ser confundido com a capacidade e alcance da pesquisa de registrar dados relevantes para possíveis intervenções positivas dentro no universo do trabalhador. Há também o número elevado de perdas que reduziram a população do estudo.

Outra limitação seria o fato de ser uma pesquisa transversal e o questionário autoaplicável. O tipo de pesquisa registra apenas o momento específico da coleta e não faz um acompanhamento da situação do trabalhador. Sabemos que os critérios de avaliação do AUDIT são baseados nos últimos doze meses e nesse período o participante que respondeu a pesquisa e apresentou, por exemplo, consumo nocivo e não passou por nenhuma intervenção, pode ter agravado o seu padrão de consumo. No que se refere ao questionário apesar de o preenchimento ter sido acompanhado por pesquisadores devidamente treinados, sabemos que a compreensão, entendimento e disposição para responder as questões dependem dos participantes. Além do mais as questões não abordam fatos que seriam relevantes para compreender o porquê o indivíduo está manifestando aquele comportamento naquele dado momento de sua vida. Ficaria então uma sugestão de realização de pesquisa qualitativa com essa população que poderia dar continuidade a investigação abordando outros aspectos importantes.

As contribuições do estudo para enfermagem no âmbito da saúde do trabalhador foi permitir conhecer o perfil socioeconômico e demográfico dos trabalhadores de enfermagem dessa instituição. Bem como verificar os padrões de consumo de bebida alcoólica e tabaco. O uso de instrumentos padronizados da OMS tornam o estudo fundamentado em bases internacionais e viabilizam as ações de intervenção já padronizadas pela OMS. Colaborar para fomentar à literatura em relação aos trabalhadores de enfermagem. Sabemos a importância desses profissionais para o funcionamento das instituições de saúde portanto faz-se necessário um olhar a saúde desses trabalhadores que tanto dedicam-se a cuidar dos outros.

A presente pesquisa faz-se relevante pois permite a construção do perfil do trabalhador de enfermagem, bem como sua relação com o álcool e o tabaco, substâncias psicoativas de ampla aceitação social. Sabe-se que a enfermagem é parte importante, diria essencial, no

funcionamento das instituições de saúde. Representa a maioria dos profissionais abrangendo diversas categorias. Conclui-se que conhecendo, preservando e cuidando da integridade física e mental desses profissionais é possível atingir a excelência na assistência ao paciente.



## REFERENCIAS

ARAÚJO, A. C. D.; SANNA, M. C. Ciências Humanas e Sociais na formação das primeiras enfermeiras cariocas e paulistanas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 1106-1113, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000600018&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600018&nrm=iso)>. Acesso em 20 de Janeiro de 2014.

AVILA, L. I. et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, p. 102-109, 2013. ISSN 1983-1447. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000300013&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300013&nrm=iso)>. Acesso em 25 de março de 2014.

BARREIRA, I.A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 87-93, julho 1999.

BOTEGA, N. J. et al. Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, n. 3, set. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462010000300008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000300008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 02 de abril de 2015.

BRAGA, Cristiane Giffoni; SILVA, José Vitor. **Teorias de Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Iátria , 2011.

BRASIL. **Lei 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/1741/lei-n-7498-de-25-de-junho-de-1986>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2014.

BRASIL. **Lei 3.858/60, de 23 de dezembro de 1960**. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ich/files/2008/09/Estatuto.pdf>. Acesso em 01 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde, Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo: Um grave problema de saúde pública**. INCA, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. **Aumento de Impostos sobre Produtos de tabaco: apresentação e orientações técnicas**. INCA, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2014/manual-dia-mundial-sem-tabaco-2014.pdf> . Acesso em: 26 Janeiro de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/vigitel\\_2012.pdf](http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/vigitel_2012.pdf)> . Acesso em 12 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde, Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e tratamento do fumante-Consenso**. INCA, Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisa. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Tabagismo 2008**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/tabagismo.pdf> Acesso em: 30 de março de 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisa. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2015

BRASIL. Projeto de Lei 4924/09. **Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira**. Disponível em <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/641678.pdf>>. Acesso em dez. 2015.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_padroes\\_consumo\\_alcool.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf)> Acesso em: 18 de maio de 2013.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2014.

BRASIL. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. **Efeitos de substâncias psicoativas no organismo: módulo 2**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/92624773/Curso-Supera-Modulo2-Efeitos-de-substancias-psicoativas-no-organismo>>. Acesso em 23 e setembro, 2013.

BRITES, R. M. R.; ABREU, A. M. M. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico. **Acta paulista enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 2, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200002&lng=en&nrm=iso). Acesso em 01 de abril de 2015.

BRUSCHINI, M.C. A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 537-572, Dec. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742007000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742007000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 de abril de 2015.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Production**, v. 14, p. 27-34, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65132004000300004&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004&nrm=iso)>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

DEJOURS, C., NETO, G. A. R. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. **Psicologia em Estudo**, v. 17, p. 363-371, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722012000300002&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000300002&nrm=iso)>. Acesso em 10 de janeiro 2014.

DORRIAN, J. et al. Sleep, stress and compensatory behaviors in Australian nurses and midwives. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, Oct. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2538.pdf>. Acesso em 19 de agosto de 2013.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. 12 ed. São Paulo. Edusp, 2006.

FERNANDES, J. D. et al. Mental health and work: meanings and limits of theoretical models. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, p. 803-811, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000500024&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500024&nrm=iso). Acesso em 20 de março de 2014.

FERNANDES, T. M. **Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)**. Rio de Janeiro. Fio Cruz, 1999.

FERRAZ, Sabrina Mendes; ROCHA, Adelaide e Mattia. **Estudo da Prevalência de Uso de Substâncias Psicoativas por Enfermeiros**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FERREIRA, L. N.; SALES, Z. N.; CASOTTI, C. A.; BISPO JÚNIOR, J.P.; BRAGA JÚNIOR, A. C. R. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1473-1486, 2011. ISSN 0102-311X. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000800003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000800003&script=sci_arttext). Acesso em: 20 de março de 2015

FONSECA, F.F. Conhecimentos e opiniões dos trabalhadores sobre o uso e abuso de álcool. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 11, núm. 4, 2007, pp. 599-604 Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715311007>. Acesso em 10 de janeiro de 2015.

FONSECA, A.M.; GALDURÓZ, J.C.; TONDOWSKI, C.S.; NOTO, A.R. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 2009;43(5):743-9. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/32676/35085>. Acesso em 21 de março de 2015.

GATTI Jr., D.; INÁCIO FILHO, G.A. A história da educação em perspectiva: ensino, pesquisa, produção e novas investigações. Uberlândia. Edufu, 2005.

GHERARDI-DONATO, E.C.S; LOPES, M.; SANTIAGO, M.R.; CORRADI-WEBSTER, C.M. Caracterização de consumo e dependência de tabaco entre trabalhadores de uma instituição de nível superior. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, 2011. Disponível em: [http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/SMADv7n3\\_07.pdf](http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/SMADv7n3_07.pdf). Acesso em 30 de março de 2015

GONÇALVES, A.M.; SENA, R. R. Assistir/cuidar na enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. v 2 p. 2-8, 1998.

HILLESHEIN, E. F.; SOUZA, L. M.; LAUTERT, L.; PAZ, A. A.; CATALAN, V. M.; TEIXEIRA, M. G.; MELLO, D. B. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital

universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, p. 509-515, 2011. ISSN 1983-1447. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000300011&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300011&nrm=iso) >. Acesso em : 03 de março de 2014.

IGLESIAS, R. et al. Departamento de Saúde, Nutrição e População/ Rede de Desenvolvimento Humano/ Banco Mundial. **O controle do tabagismo no Brasil**. Agosto 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf> . Acesso em: 29 de Agosto de 2011.

KARASEK, R. et al. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of swedish men. **American Journal of Public Health**, v.71, p.694-705, jul.,1981.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Revista Katálysis**, v. 14, p. 78-85, 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802011000100009&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802011000100009&nrm=iso) >. Acesso em 12 de fevereiro de 2014.

LAURELL, A.C. **Processo de produção e saúde: Trabalho e Desgaste Operário**. São Paulo. Editora Hucitec. 1989.

LELIS, C. M. et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 477-482, 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000300025&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300025&nrm=iso)>. Aceso em 14 de abril e 2014.

LIMA, C. T. et al. CONCURRENT AND CONSTRUCT VALIDITY OF THE AUDIT IN AN URBAN BRAZILIAN SAMPLE. **Alcohol and Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584-589, November 1, 2005 2005. Disponível em: < <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/40/6/584.abstract> >. Acesso em 03 de fevereiro de 2014.

LOPEZ-MALDONADO, M. C.; LUIS, M. A. V.; GHERARDI-DONATO, E. C. S. Consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá, Colombia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2011, vol.19, n.spe, pp. 707-713. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/07.pdf>. Acesso: 19 de maio de 2013.

LORENZ, V. R.; BENATTI, M. C. C.; SABINO, M. O. Burnout and Stress Among Nurses in a University Tertiary Hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 1084-1091, 2010. ISSN 0104-1169. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000600007&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600007&nrm=iso) >. Acesso de 28 de abril de 2014.

MACRAE, E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. Disponível em: < [www.neip.info/html/objects/\\_downloadblob.php?cod\\_blob=671](http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=671) > . Acesso em: 20 de abril 2013.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo. Editora Atlas, 2011.

Masur, J, Monteiro, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. **J Biol Res** , 1983; 16: 215-8.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. D. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 1107-1111, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000400036&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400036&nrm=iso)>. Acesso em 30 de abril e 2014.

MAURO, M. Y. C.; PAZ, A. F.; MAURO, C. C. C.; PINHEIRO, M. A. S.; SILVA, V. G. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery [online]**. 2010, vol.14, n.2, pp. 244-252. ISSN 1414-8145. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000200006&script=sci_arttext). Acesso em 21 de março de 2015

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Psychic workloads and strain processes in nursing workers of brazilian university hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 340-347, 2011. ISSN 0104-1169. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000200016&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200016&nrm=iso)>. Acesso em 16 de março de 2013.

MONTEIRO, J. K.; OLIVEIRA, A. L. L.; RIBEIRO, C. S.; GRISA, G. H.; AGOSTINI, N. Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 366-379, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000200009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 Julho 2014.

MOREIRA, A. **Trajatória Histórica da Enfermagem**. Barueri. Manole, 2005.

MOREIRA, A.; PORTO, F.; OGUISSO, T. Registros noticiosos sobre a escola profissional de enfermeiros e enfermeiras na revista "O Brazil-Médico", 1890-1922. **Revista escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 36, n. 4, Dec. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342002000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000400015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 de Março. 2015.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 5, p. 621-645, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104)>. Acesso em: 20 de abril de 2014.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. spe, p. 14-20, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 de abril de 2015.

NUNES, L. M; JOLLUSKIN, G. O uso de drogas: breve análise histórica e social. 2007, v.4, 230-237. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**. Porto. Portugal. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/449/1/230-237FCHS04-15.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2013.

OLIVEIRA, G. F. D.; LUCHESE, L. B. O discurso sobre álcool na Revista Brasileira de Enfermagem: 1932-2007. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 18, p. 626-633,

2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000700020&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700020&nrm=iso) >. Acesso em 10 de janeiro e 2014.

OLIVEIRA, L. M.; ROMANO, P. T.; FREITAS, J. B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **ConScientiae Saúde**, n. 1677-1028 p. 127-136, 2007

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança**. Genebra 2010. Disponível em: < [http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril\\_10\\_pt.pdf](http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_10_pt.pdf) > . Acesso em: 12 de fevereiro de 2014.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. **The Drug Problem in The Americas**. 2013. Disponível em: <[http://www.oas.org/documents/eng/press/Introduction\\_and\\_Analytical\\_Report.pdf](http://www.oas.org/documents/eng/press/Introduction_and_Analytical_Report.pdf). Acesso em: 15 janeiro de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Intervenções Breves: Para o Consumo de Risco e Nocivo de Bebidas Alcoólicas**. Guia para Utilização em Cuidados Primários em Saúde. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas**. Genebra, 2004. Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_P.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf)> Acesso em: 23 de setembro de 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> >. Acesso em: 10 de dezembro 2013.

PADILHA, M. I. C. D. S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, p. 723-726, 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000600018&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600018&nrm=iso) >. Acesso em 20 de janeiro de 2014.

PAGANI JUNIOR, C. R. ; SOUSA, E. G. ; PAGANI, T. C. S. O tabagismo nos dias atuais. **Ensaio e Ciência**, São Paulo, v. 2, n 2, 2007. Disponível em: <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/rencs/article/view/321/322>. Acesso em: 10 Agosto de 2011.

PALHARES, V. D. C.; CORRENTE, J. E.; MATSUBARA, B. B. Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 594-601, 2014. ISSN 0034-8910. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000400594&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000400594&script=sci_arttext). Acesso em: 20 de março de 2015.

PASCHOALIN, Heloisa Campos. **Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na enfermagem**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

PILLON, S. C.; SANTOS, M. A.; GONCALVES, A. M. S.; ARAUJO, K. M. Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**. 2011, vol.45, n.1, pp. 100-107. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/14.pdf>. Acesso em 19 de setembro de 2013.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**: Brasil 1500 a 1930. São Paulo. Cortez Editora, 1989.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, p. 739-744, 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000500015&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500015&nrm=iso) >. Acesso em 12 de abril de 2014.

PRAZERES, T. J.; NAVARRO, V. L. Na costura do sapato, o desmanche das operárias: estudo das condições de trabalho e saúde das pespontadeiras da indústria de calçados de Franca, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1930-1938, 2011. ISSN 0102-311X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001000006&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000006&nrm=iso) >. Acesso em 02 e fevereiro de 2014.

PORTO, F.; AMORIM, W. **História da Enfermagem**: Identidade, profissionalização e símbolos. São Paulo: Yendis2010.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade**: Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil, São Paulo. Editora Hucitec. 1989.

PROCHNOW, A. et al. Work ability in nursing: relationship with psychological demands and control over the work. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 1298-1305, 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000601298&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601298&nrm=iso) >>. Acesso em 18 de março, 2014.

RAMMINGER, T.; ATHAYDE, M. R. C. D.; BRITO, J. Ampliando o diálogo entre trabalhadores e profissionais de pesquisa: alguns métodos de pesquisa-intervenção para o campo da Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3191-3202, 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001900010&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001900010&nrm=iso) >. Acesso em 12 de abril de 2014.

REIS, A. L. P. P. D.; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, p. 712-725, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000400004&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400004&nrm=iso) >. Acesso em 12 de fevereiro de 2014.

RICHARDSON et. al. **Pesquisa social**: Métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo. Editora Atlas. 2012

RIBEIRO, R. P. et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 495-504, 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200031&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200031&nrm=iso) >. Acesso em 20 de março de 2014.

ROCHA, M. I. U. M. et al. Lifestyle, health characteristics and alcohol abuse in young adults who are non-daily smokers. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 128, n. 6, dez. 2010 .

Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31802010000600008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802010000600008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 abril. 2015.

SANCINETTI, T. R. et al. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1277-1283, 2009. ISSN 0080-6234. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000600023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600023). Acesso em: 30 de março de 2015.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 221-224, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000200018&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&nrm=iso)>. Acesso de 12 de fevereiro e 2014.

SANTO, T.; OGUISSO, T.; FONSECA, R. M. G. S. A profissionalização da enfermagem brasileira na mídia escrita no final do século XIX: uma análise de gênero. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, Out. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000500026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 de Março. 2015.

SANTOS, I. D.; CASTRO, C. B. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 154-160, 2010. ISSN 0080-6234. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100022). Acesso em 30 de março de 2015.

SANTOS, Q. G. et al. A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 833-837, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000400024&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400024&nrm=iso)>. Acesso em 02 de fevereiro de 2014.

SANTOS, T. M. D.; CAMPONOGARA, S. Um olhar sobre o trabalho de enfermagem e a ergologia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, p. 149-163, 2014. ISSN 1981-7746. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462014000100009&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100009&nrm=iso)>. Acesso em 10 de maio de 2014.

SILVA, E.S. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**.1 ed. São Paulo. Cortez. 2011.

SILVA, S. M. D. et al. Intervention strategies for the health of university hospital nursing staff in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 300-308, 2013. ISSN 0104-1169. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000100003&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100003&nrm=iso)>. Acesso em 29 de abril de 2014.

SOUZA, A. C. C. D. et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, p. 805-807, 2006. ISSN 0034-7167. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000600016&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600016&nrm=iso)>. Acesso em 20 de janeiro de 2014.



TEIXEIRA, M. C. A invisibilidade das doenças e acidentes do trabalho na sociedade atual. **RDISAN**, v.13, n. 1, p 102-131. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55696>>. Acesso em 20 de janeiro de 2014.

TONDOWSKI, C. S.; FEIJÓ, M. R.; SILVA, E. A.; GEBARA, C. F. P.; SANCHEZ, Z. M.; NOTO, A. R. Intergenerational patterns of family violence related to alcohol abuse: a genogram-based study. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, p. 806-814, 2014. ISSN 0102-7972. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722014000400806&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722014000400806&script=sci_arttext). Acesso em 29 de março de 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. 1 ed. São Paulo. Editora Atlas. 2010.

URBANETTO, J. D. S. et al. Work-related stress according to the demand-control model and minor psychic disorders in nursing workers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, p. 1180-1186, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000501180&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501180&nrm=iso)>. Acesso em 18 de março, 2014.

VARGAS, D. D.; BITTENCOURT, M. N.; BARROSO, L. P. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 17-25, 2014. ISSN 1413-8123. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000100017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000100017&script=sci_arttext). Acesso em 30 de março de 2015.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 1 ed. Porto Alegre. Editora Sagra Luzzatto, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Babor T. F.; Higgins-Biddle, J.C.; Saunders, J. B.; Monteiro, M. G. **The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care**. 2001. Disponível em:<[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who\\_msd\\_msb\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf)> Acesso em: 10 de abril de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco**. 2011. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf). Acesso em: 20 de agosto 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship**. 2013. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2013/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/)> Acesso: 20 de maio de 2014.

ZARPELÃO, R. Z. N.; MARTINO, M. F. A Qualidade do Sono e os Trabalhadores de Turno: Revisão Integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 8, n.6, 1782-90p., 2014.

## A – FORMULARIO COM PARECER DE LIBERAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
35036900 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 224/2010

**Protocolo CEP-UFJF:** 2141.201.2010 **FR:** 358642 **CAAE:** 0151.0.180.000-10

**Projeto de Pesquisa:** Trabalhadores técnicos administrativos em Educação: condições de trabalho e de vida

**Pesquisador Responsável:** Rosângela Maria Greco

**Pesquisador Participante:** Maria Teresa Bustamante Teixeira

**Instituição:** Universidade Federal de Juiz de Fora

**Sumário/comentários:**

O CEP analisou o Protocolo 2141.201.2010 e considerou que:

- O estudo apresenta embasamento teórico que sustenta os objetivos propostos, a saber: Conhecer a realidade das condições de vida e saúde dos TAE/UFJF; Descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde dos TAE; Desenvolver pesquisas sobre aspectos socioculturais, biológicos e da organização do trabalho relacionados ao processo saúde doença; Contribuir para o aperfeiçoamento das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde; Estruturar um programa permanente de pesquisa que tenha como público alvo os trabalhadores da UFJF;
- Trata-se de um estudo exploratório transversal cujos resultados serão a base para o desenvolvimento de um estudo prospectivo de coorte. O instrumento para coleta dos dados será um formulário auto-preenchível com questões estruturadas sobre: dados pessoais, hábitos de vida, história mórbida progressiva e atual, familiar, ocupacional, acidentes e condições de trabalho, será realizada também uma avaliação física dos TAE que constará de aferição de sinais vitais (pulso, temperatura, respiração e pressão arterial), bem como peso, altura e verificação do índice de massa corporal. A coleta de dados será feita em 3 fases: survey em 2011, e monitoramento prospectivo (coorte) em 2016 e em 2021. A aplicação do formulário e as avaliações físicas serão realizadas nas 52 unidades que compõe a UFJF.
- Foi apresentado documento de concordância e autorização do dirigente da Instituição.
- Há descrição do orçamento financeiro e a indicação de que as despesas do projeto serão custeadas pelo próprio pesquisador.
- O cronograma foi apresentado com indicativo de que a pesquisa começa em agosto de 2010, tendo seu término previsto para julho de 2011.
- O orçamento da pesquisa foi apresentado, os pesquisadores informam que os recursos para o custeio da pesquisa serão buscados junto a fontes de financiamento, caso não seja possível os próprios cobrirão as despesas.
- O TCLE apresenta-se numa linguagem clara e compreensível para o sujeito e informa o contato do pesquisador.
- A qualificação dos pesquisadores é pertinente para o desenvolvimento do projeto de pesquisa. Os currículos de ambos os pesquisadores foram devidamente apresentado utilizando-se o modelo Lattes/CNPq.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

**Situação:** Projeto Aprovado  
Juiz de Fora, 19 de agosto de 2010.

Prof. Dra. Ieda Maria Ávila Vargas Dias  
Coordenadora – CEP/UFJF

<b>RECEBI</b>
DATA: ___/___/2010
ASS: _____

ANEXOS B – FORMULÁRIO DE PRORROGAÇÃO DA LIBERAÇÃO PARA A  
REALIZAÇÃO A COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Emenda ao Parecer nº 224/2010

**Protocolo CEP-UFJF:** 2141.201.2010 **FR:** 358642 **CAAE:** 0151.0.180.000-10

**Projeto de Pesquisa:** Trabalhadores técnicos administrativos em Educação: condições de trabalho e de vida

**Pesquisador Responsável:** Rosângela Maria Greco

**Pesquisador Participante:** Maria Teresa Bustamante Teixeira


**Data prevista para término da primeira etapa da pesquisa:** Julho de 2014.

**Instituição:** Universidade Federal de Juiz de Fora

**Comentário:**

Diante do exposto o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO a solicitação de prorrogação no cronograma ao estudo supracitado considerando a justificativa apresentada. Informa que o documento da referida solicitação será anexado ao projeto e arquivado no CEP. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Situação:** Emenda ao projeto Aprovada.  
Juiz de Fora, 14 de agosto de 2013.

  
Prof. Dr. Paulo Cortes Gago  
Coordenador do CEP/UFJF

<b>RECEBI</b>
DATA: ___/___/2013.
ASS: _____

## ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
AV. PÁDUA DE FARIAS, 400 - BRASÍLIA  
36063-900 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da UFJF e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo "pesquisa "Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora: condições de trabalho e vida" (título provisório), de maneira clara e detalhada e escitei minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036-900

FONE:32 3220 3788

Para mais detalhes sobre ritos, acesse: <http://www.ufjf.br/comiteetico/files/2008/12/ritos-cep-pesquisa3.doc>



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
AV. PÁDUA DE FARIAS, 400 - BRASÍLIA  
36063-900 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

#### FACULDADE DE ENFERMAGEM

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROFA. DRA. ROSANGELA MARIA GRECO

ENDEREÇO: FACULDADE DE ENFERMAGEM Campus Universitário - s/nº bairro São

Pedro

CEP: 36036-900 Juiz de Fora - MG

FONE: (32) 21033821/21033824

E-MAIL: [ROSANGELA.GRECO@UFJF.EDU.BR](mailto:ROSANGELA.GRECO@UFJF.EDU.BR)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora: condições de trabalho e vida" (título provisório). Neste estudo pretendemos conhecer as condições de trabalho e vida bem como o perfil epidemiológico dos trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação (TAE) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

O motivo que nos leva a estudar este tema é a possibilidade de estrarmos subsidiando ações de prevenção, promoção e controle do processo saúde-doença destes trabalhadores.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: A aplicação de um formulário para levantamento de dados e a realização de avaliação física com verificação de sinais vitais, peso e altura, o que implicará em risco mínimo para o Sr. (a), e caso venha a contrair danos em decorrência do referido estudo, podendo ser comprovado, será indenizado pelos pesquisadores responsáveis. Este formulário ficará guardado por no mínimo 5 anos com o pesquisador.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

## ANEXO D – INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

## BLOCO F

Para esta pesquisa é importante que você responda sobre o seu uso de álcool.  
**Suas respostas permanecerão confidenciais.** Por favor, responda com toda sinceridade.

Para responder lembre que – Um drink ou uma dose é igual a 150ml de vinho (01 taça), ou 350 ml de cerveja (uma lata pequena) ou 40 ml de whisky, vodka, pinga ou coquetel.

F1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

Nenhuma       Uma ou menos  
de uma vez por mês      2  2 a 4 vezes  
por mês      3  2 a 3 vezes  
por semana      4  4 ou mais  
vezes por semana

F2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

0  Nenhuma       1 a 2       3 a 4       5 a 6      4  7 a 9      5  10 ou mais vezes

F3. Qual a frequência que você consome 6 (seis) ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

0  Nunca      1  Menos que  
mensalmente      2  Mensalmente      3   
Semanalmente      4  Diariamente  
ou quase diariamente

F4. Com que frequência, durante os últimos 12 (doze) meses, você percebeu que não conseguiu parar de beber uma vez que havia começado?

0  Nunca      1  Menos que  
mensalmente      2  Mensalmente      3   
Semanalmente      4  Diariamente  
ou quase diariamente

F5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 (doze) meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

0  Nunca      1  Menos que  
mensalmente      2  Mensalmente      3   
Semanalmente      4  Diariamente  
ou quase diariamente

F6. Quantas vezes durante os últimos 12 (doze) meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido bastante no dia anterior?

0  Nunca      1  Menos que  
mensalmente      2  Mensalmente      3   
Semanalmente      4  Diariamente  
ou quase diariamente

F7. Quantas vezes durante os últimos 12 (doze) meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

0  Nunca      1  Menos que  
mensalmente      2  Mensalmente      3   
Semanalmente      4  Diariamente  
ou quase diariamente

F8. Quantas vezes durante os últimos 12 (doze) meses você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?

0  Nunca      1  Menos que  
mensalmente      2  Mensalmente      3   
Semanalmente      4  Diariamente  
ou quase diariamente

F9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

0  Não                                      1  Sim, mas não no último ano                                      2  Sim, durante o último ano

F10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

0  Não                                      1  Sim, mas não no último ano                                      2  Sim, durante o último ano

Agora faremos algumas perguntas sobre o consumo de TABACO

F11. Atualmente você fuma cigarro ou cachimbo ou charuto ou cigarro de palha?

1  Sim

2  Não nunca fumei → Passe para pergunta **F34**

3  Não, fumei no passado, mas parei de fumar → Passe para pergunta **F31**

F12. Com que idade você começou a fumar? \_\_\_\_\_

F13. Você já tentou parar de fumar?

1 Sim                                      →                                      Quantas vezes \_\_\_\_\_                                       2 Não

F14. Algum familiar seu fuma?

1  Sim, Quem? \_\_\_\_\_

2  Não

F15. Quando você está em público você se afasta para fumar?

1  Sim    2  Não

F16. Você já teve alguma doença relacionada ao tabagismo?

1  Sim, Qual? \_\_\_\_\_

2  Não

F17. Como você percebe a reação dos seus colegas no trabalho quando você está fumando?

1  Ninguém reclama

2  Vão fumar junto com você

3  Eles se afastam, mas não falam nada

4  Reclamam

5  Eles se sentem incomodados

F18. Você fuma mais em casa ou no trabalho?

- 1       2  
Em casa      No trabalho

F19. Quando você está de folga, fuma a mesma quantidade do que quando esta trabalhando?

- 1  Sim    2  Não    → Vá para a pergunta F21

F20. Quando você fuma mais?

- 1  Em dias de trabalho    2  Em dias de folga

F21. Há uma área reservada para quem fuma no seu trabalho?

- 1  Sim    2  Não

F22. Você deixa seu local de trabalho para fumar? 1  Sim    2  Não

F23. Você se informa a respeito do tabaco e seus prejuízos a saúde? 1  Sim    2  Não

F24. Seus colegas de trabalho discutem assuntos relacionados ao tabagismo e seus prejuízos a saúde? 1  Sim    2  Não

F25. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?

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

F26. Você acha difícil não fumar em lugares públicos como igrejas, bibliotecas , etc?

- 1  Sim    2  Não

F27. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?

- 1 O primeiro da manhã     2 Outros

F28. Quantos cigarros você fuma por dia?

- 1  Menos de 10  
2  De 11 a 20  
3  De 21 a 30  
4  Mais de 30

F29. Você fuma mais frequentemente pela manhã? 1  Sim    2  Não

F30. Você fuma mesmo doente, quando precisa de ficar de cama a maior parte do tempo?

1  Sim 2  Não

Essas três perguntas são apenas para quem fumava mas já parou

F31. Há quanto tempo você parou de fumar? \_\_\_\_\_Anos \_\_\_\_\_Meses

F32. Durante quanto tempo você fumou? \_\_\_\_\_Anos \_\_\_\_\_Meses

F33. Quando você fumava, quantos cigarros fumava, em média por dia?

\_\_\_\_\_cigarros

Menos de 1 cigarro por dia

Essas perguntas são para todos

F34. Você fica em contato com a fumaça de cigarro de outras pessoas em sua casa, trabalho ou escola? 1  Sim 2  Não



## BLOCO K

As próximas perguntas são sobre sua vida familiar, moradia e outros aspectos.

K1. Em que dia/mês/ano você nasceu? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

K2. Em que município, estado e País você nasceu?

Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

K3. O Censo Brasileiro do IBGE, usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?

- 1  Preta
- 2  Parda
- 3  Branca
- 4  Amarela
- 5  Indígena

K4. Atualmente, você é...

- 1  Casado(a) ou vive em união
- 2  Separado(a), ou divorciado(a)
- 3  Viúvo(a)
- 4  Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)

K5. Qual o seu sexo?

- 1  Masculino
- 2  Feminino

K6. Qual é o seu grau de escolaridade?

- 1  1º grau incompleto
- 2  1º grau completo
- 3  2º grau incompleto
- 4  2º grau completo
- 5  Universitário Incompleto
- 6  Universitário Completo
- 7  Pós -graduação

K7. Qual a sua formação profissional? \_\_\_\_\_

K8. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)?

---

K9. Você tem filhos?

1  Sim Quantos? \_\_\_\_\_

2  Não

K10. Há quanto tempo você mora em Juiz de Fora?

1  Menos de um ano

2  De 1 a 3 anos

3  De 4 a 6 anos

4  De 7 a 9 anos

5  10 ou mais anos

K11. A residência onde você mora é?

1  Própria já pago

2  Própria ainda pagando

3  Alugada

4  Cedida

5  Outra condição Qual? \_\_\_\_\_

K12. Quantos banheiros existem em sua casa? \_\_\_\_\_

K13. Quantas pessoas moram com você ? (Inclua cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa)

1  Mora sozinho (a)

2  De 1 a 3 pessoas

3  De 4 a 6 pessoas

4  De 7 a 9 pessoas

5  10 ou mais pessoas

K14. Por favor informe o o parentesco das pessoas que moram com você, a idade e o sexo.

Nº	Parentesco/relação com você	Idade	Sexo
1			
2			
3			

4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

K15. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

- 1  Eu mesmo (a)
- 2  Meu cônjuge ou companheiro(a)
- 3  Eu e meu cônjuge, igualmente
- 4  Meu pai ou minha mãe
- 5  Meu filho ou minha filha
- 6  Não tem chefe
- 7  Outra pessoa Quem \_\_\_\_\_

K16. Qual o grau de instrução do chefe da família ou (principal) responsável por sua casa?

- 1  Não frequentou escola
- 2  1º grau incompleto
- 3  1º grau completo
- 4  2º grau incompleto
- 5  2º grau completo
- 6  Universitário incompleto
- 7  Universitário Completo
- 8  Pós-graduação

K17. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?

- 1  Sim, uma
- 2  Sim, mais de uma
- 3  Não

K18. Em relação aos bens abaixo, marque SIM para os que existem na sua casa ou NÃO para os que não existem. Para cada item, caso SIM, diga qual a quantidade:

- |                    |   |
|--------------------|---|
| Televisão em cores | 1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____<br>2 <input type="checkbox"/> Não |
|--------------------|---|

Rádio (não considerar rádio de automóvel)	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Máquina de lavar roupa	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Videocassete ou DVD	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Geladeira duplex ou freezer	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Aspirador de pó	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não

**K19. No mês passado** qual foi aproximadamente sua renda familiar **líquida**, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- 1  Até 1 salário mínimo
- 2  Entre 1 e 2 salários mínimos
- 3  Entre 2 e 3 salários mínimos
- 4  Entre 3 e 4 salários mínimos
- 5  Entre 4 e 5 salários mínimos
- 6  Entre 5 e 6 salários mínimos
- 7  Entre 6 e 7 salários mínimos
- 8  Entre 7 e 8 salários mínimos
- 9  Entre 8 e 9 salários mínimos
- 10  Entre 9 e 10 salários mínimos
- 11  Mais de 10 salários mínimos

**K20.** Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário. \_\_\_\_\_ pessoas