

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Cynthia Flávia Gomes Diniz

**Abuso/dependência de álcool em profissionais de saúde da Rede Municipal
de Saúde de Belo Horizonte**

Belo Horizonte
UFMG/Escola de Enfermagem
2017

Cinthia Flávia Gomes Diniz

**Abuso/dependência de álcool em profissionais de saúde da Rede Municipal
de Saúde de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para à obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos.

Orientador: Adriano Marçal Pimenta

Belo Horizonte
UFMG/Escola de Enfermagem
2017

D585a Diniz, Cinthia Flávia Gomes.
 Abuso/dependência de álcool em profissionais de saúde da Rede
Municipal de Saúde de Belo Horizonte [manuscrito]. / Cinthia Flávia
Gomes Diniz. - - Belo Horizonte: 2017.
 107f.: il.
 Orientador: Adriano Marçal Pimenta.
 Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
 Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

 1. Alcoolismo. 2. Consumo de Bebidas Alcoólicas. 3. Pessoal da
Saúde. 4. Condições de Trabalho. 5. Saúde do Trabalhador. 6. Estudos
Transversais. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Pimenta, Adriano Marçal. II.
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WM 274

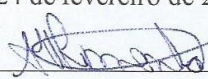
ATA DE NÚMERO 526 (QUINHENTOS E VINTE E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA CINTHIA FLÁVIA GOMES DINIZ PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 24 (vinte e quatro) dias do mês de fevereiro de dois mil e dezessete, às 09:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE", da aluna **Cinthia Flávia Gomes Diniz**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Adriano Marçal Pimenta (orientador), Fernando Luiz Pereira de Oliveira e Rafael Moreira Claro, sob a presidência do primeiro. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

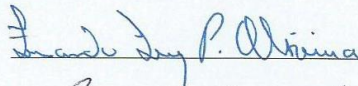
- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 24 de fevereiro de 2017.

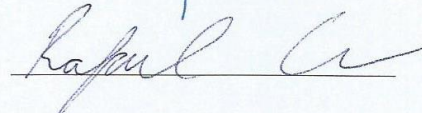
Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta
Orientador (Esc.Enf/UFMG)



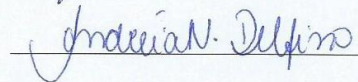
Prof. Dr. Fernando Luiz Pereira de Oliveira
(UFOP)



Prof. Dr. Rafael Moreira Claro
(Esc.Enf/UFMG)

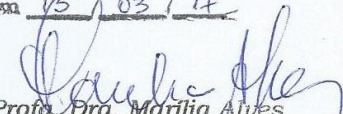


Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG

Em 15/03/17


Prof. Dra. Marília Alves
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

Dedico este trabalho a **Deus**, pois a ele toda honra e glória. Também dedico à minha mãe **Kátia Conceição Gomes**, por me ensinar a sempre ser uma pessoa íntegra e nunca desistir dos meus sonhos. Palavras não conseguem traduzir todo meu amor e gratidão. E não poderia deixar de dedicar ao meu irmão **Thiago Gomes Mendes**, por ter sido um pai, que ajudou na minha criação, dando amor e carinho, além dos ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a **Deus**, que me deu força durante toda essa caminhada para conseguir concluir esse desafio, além disso, me proporcionou estar nesse lugar tão importante e respeitado de mestrandia da Escola de Enfermagem da UFMG. Senhor, suas bênçãos são tão maravilhosas em minha vida. Todos os agradecimentos e glória ao Seu nome não seriam suficientes, espero continuar seguindo os seus caminhos e ter um coração manso e humilde igual ao seu.

Minha rainha **Kátia**, me emociono ao lembrar que a minha criação e a do meu irmão Thiago foi graças ao seu esforço e garra. Mesmo com diversos desafios, mãe solteira, 2 filhos para criar, sem muito apoio de familiares, conseguiu formar dois adultos honestos e trabalhadores. Hoje, só estou nesse lugar, graças a você. Você é meu porto seguro, meu amor, minha companheira, obrigada por tudo. Essa conquista é nossa minha linda!

Thiago, meu adorado irmão, meu grande pai. Mesmo tão pequeno ajudava a me educar, me dando carinho e corrigindo, quando necessário. Sou grata por tudo que você fez, espero comemorar muitas outras conquistas ao seu lado.

Meu amor **Fábio**, que me acompanha desde o início da graduação. Obrigada pela paciência e compreensão. Sua força e seu amor foram essenciais para que eu continuasse a caminhada e conseguisse concluir esse desafio.

Meu **pai Manoel**, apesar da distância, nunca me abandonou, obrigada por tudo. **Gislene**, minha cunhada, também sei que você nunca desistiu de mim e sempre confiou em minha capacidade, obrigada.

Natália, minha amiga adorada, você foi essencial em cada frase escrita dessa dissertação. Obrigada por me atender as diversas vezes que te ligava com dúvidas, por ler meus textos quando eu estava insegura e achava que tudo estava ruim. Ah, obrigada por ser minha melhor amiga, que nunca me abandonou nos momentos difíceis.

Meu querido orientador **Adriano Marçal Pimenta**, você foi um grande mestre que para sempre vou me lembrar e vou ser eternamente grata. Desde a graduação me ensinando a ser uma pesquisadora, a fazer uma enfermagem mais científica. Espero não ter te decepcionado, obrigada.

Aline, minha mais nova amiga, o mestrado possibilitou te conhecer e daí surgir uma grande amizade. Não vou me esquecer das horas que passamos quebrando a cabeça com epidemiologia rsrs.

Aos meus **familiares e amigos**, obrigada pelo apoio e por possibilitar uma caminhada mais alegre e prazerosa.

Queria agradecer, também, à professora **Ada Ávila Assunção**, que forneceu a base para essa pesquisa e me auxiliou com dicas essenciais.

Não poderia deixar de agradecer aos meus colegas **Luís, Carina, Lucas e Letícia**, que me acompanharam nessa jornada.

Por fim, obrigada a todos que torceram por mim, enfim a tão esperada e sonhada dissertação ficou pronta.

EPÍGRAFE

A fim de que saibam à evidência, e pela observação compreendam, que foi a mão do Senhor que fez essas coisas, e o Santo de Israel quem as realizou (Is 41:20).

DINIZ, Cinthia Flávia Gomes. **Abuso/Dependência de álcool em profissionais de saúde da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. 2017.107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

RESUMO

O consumo de álcool é um hábito comum nas sociedades, porém, seu uso abusivo e outras formas graves de uso podem gerar diversos prejuízos físicos, familiares e sociais. Estima-se que 3,3 milhões de mortes no mundo a cada ano são atribuídas ao uso de álcool. As características do trabalho em saúde podem ser fatores associados ao consumo nocivo de álcool, uma vez que colocam os profissionais em vivências constantes com o sofrimento e o adoecer humano, e não raro, oferecem condições organizacionais, de infraestrutura e de relações interpessoais impróprias, que contribuem para o adoecimento. Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido com 1776 profissionais de saúde da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG no período de 2008 a 2009, com o objetivo de identificar os fatores associados com o uso abusivo/dependência de álcool. Foram coletados dados relativos às características individuais, familiares e do trabalho. O participante foi classificado com abuso/dependência de álcool quando teve duas respostas “sim” para o conjunto de quatro perguntas do instrumento de triagem *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener* (CAGE). Para análise dos dados, foram realizadas análises descritivas (frequência absoluta e relativa), bivariada (teste de qui-quadrado de Pearson ou teste t-Student) e multivariada (com base no modelo teórico de determinantes da saúde mental de trabalhadores proposto por Alain Marchand). A prevalência de abuso/dependência de álcool na população estudada foi de 7,2% (IC95%: 6,0 – 8,4). Após os ajustes do modelo final, os seguintes fatores aumentaram a chance de abuso/dependência de álcool entre os participantes: o horário de trabalho irregular (OR: 1,64; IC95%: 1,08-2,49), sexo masculino (OR: 3,99; IC95%: 2,62-6,07), diagnóstico de transtorno mental comum (OR: 2,44; IC95%: 1,52-3,89), tabagismo (OR: 2,41; IC95%: 1,52-3,83) e ex-tabagismo (OR: 1,94; IC95%: 1,18-3,23). Por outro lado, a demanda psicológica no trabalho diminuiu a chance de abuso/dependência de álcool entre os participantes (OR: 0,89; IC 95%: 0,81-0,97). Os resultados reforçam a importância de levar em consideração o abuso de álcool entre a categoria de profissionais de saúde. Além disso, ressalta-se que características do trabalho podem contribuir para o início desse problema, o que gera um alerta para os gestores na formulação de políticas de promoção da saúde do trabalhador.

Palavras-Chave: Alcoolismo, Profissionais de Saúde, Condições de Trabalho.

DINIZ, Cinthia Flávia Gomes. **Abuse/dependence of alcohol in health professionals of Belo Horizonte Municipal Health Network**. 2017. 106 p. Dissertation (Master Degree in Nursing) – Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

ABSTRACT

Alcohol consumption is a common habit in societies, but its abusive use and other serious forms of use can generate diverse physical, family and social damages. It has been estimated that 3.3 million deaths worldwide each year are attributed to alcohol use. The characteristics of health work can be factors associated with the harmful consumption of alcohol, since they put the professionals in constant experiences with the human suffering and the illness, and not infrequently, they offer inadequate organizational, infrastructure and interpersonal relations conditions that contribute to illness. This is a cross-sectional study, developed with 1776 health professionals from the Municipal Health Network of Belo Horizonte/MG from 2008 to 2009, in order to identify the factors associated with abuse/dependence of alcohol. We collected data on individual characteristics, family and work. The participants were classified as abuse/dependence of alcohol when you had two answers "Yes" to the set of four screening tool questions. Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener (CAGE). For the data analysis, descriptive analyzes (absolute and relative frequency), bivariate (Pearson's chi-square test or t-Student test) and multivariate analyzes were performed (based on the theoretical model of workers' mental health determinants proposed by Alain Marchand). The prevalence of abuse/dependence of alcohol in the study population was 7.2% (95% CI: 6.0-8.4). After adjusting for the final model, the following factors increased the chance of abuse/dependence of alcohol among participants: irregular working hours (OR: 1.64; 95% CI: 1.08-2.49); OR: 3.99; 95% CI: 2.62-6.07), diagnosis of common mental disorder (OR: 2.44; 95% CI: 1.52-3.89), smoker (OR: 2.41; 95% CI: 1.52-3.83) and former smoker (OR: 1.94; 95% CI: 1.18-3.23). On the other hand, the psychological demand at work decreased the chance of abuse/dependence of alcohol among the participants (OR: 0.89; 95% CI: 0.81-0.97). The results reinforce the importance of taking into account alcohol abuse among the category of health professionals. In addition, it is emphasized that the characteristics of the work can contribute to the beginning of this problem, which generates an alert for the managers in the formulation of policies to promote the health of the worker.

Key words: Alcoholism, Health Professionals, Working Conditions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Modelo conceitual de causas de consumo de álcool e desfechos de saúde.....	34
FIGURA 2 – Efeitos do consumo de álcool de alto risco.....	35
FIGURA 3 – Mapa das Regionais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.....	55
FIGURA 4 – Modelo teórico esquematizado.....	66

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Critérios para definição de dependência de álcool.....	25
QUADRO 2 – Critérios para definição de abuso de álcool.....	26
QUADRO 3 - Descrição dos estudos incluídos na revisão de literatura. Belo Horizonte – Minas Gerais, 2016.....	47
QUADRO 4 – Equivalência entre os cargos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e as ocupações sugeridas pela Organização Mundial de Saúde.....	56
QUADRO 5 – Blocos do questionário utilizado para coleta de dados.....	58
QUADRO 6 – Adequação das variáveis proximais (individuais e familiares).....	60
QUADRO 7 - Adequação das variáveis intermediárias (características do trabalho)..	62

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição da população estudada segundo características individuais e familiares, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.....	67
TABELA 2 – Distribuição da população estudada segundo características das condições de trabalho e da estrutura ocupacional, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.....	68
TABELA 3 – Distribuição da população estudada segundo abuso/dependência de álcool, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.....	69
TABELA 4 –Características individuais e familiares relacionadas ao abuso/dependência de álcool, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.....	70
TABELA 5 – Características das condições de trabalho relacionadas ao abuso/dependência de álcool, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.....	71
TABELA 6 – Características psicossociais do trabalho relacionadas ao abuso/dependência de álcool, Belo Horizonte, Minas Gerias, 2009.....	72
TABELA 7 – Modelos de regressão logística multinível para o abuso/dependência de álcool, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAGE – *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*

CID – Classificação Internacional de Doenças

DALY – *Disability Adjusted Life Year*

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

GHQ 28 – *General Health Questionnaire*

IC – Intervalo de Confiança

JCQ – *Job Content Questionnaire*

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MESH – *Medical Subject Headings*

NIAA – *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – Odds Ratio

PIB – Produto Interno Bruto

SciELO – *Scientific Eletronic Library Online*

SF – 36 – *Medical Outcomes Study – Item Short – From Health Survey*

SMSA – BH – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SRQ-20 – *Self Report Questionnaire*

Stata – *Statistical Software for Professionals*

TAB – Tabela

TMC – Transtorno Mental Comum

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. OBJETIVOS.....	21
2.1. OBJETIVO GERAL	21
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. REVISÃO DA LITERATURA	22
3.1. HISTÓRICO SOBRE O ÁLCOOL	22
3.2. CLASSIFICAÇÕES DO USO DE ÁLCOOL	23
3.2.1. Definições do uso de álcool.....	23
3.2.2. Instrumentos de triagem.....	27
3.3. PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL	31
3.4. CONSEQUÊNCIAS DO USO DE ÁLCOOL.....	33
3.5. ÁLCOOL E TRABALHO	36
3.5.1. Contextualização.....	36
3.5.2. Modelo teórico do uso de álcool entre trabalhadores	37
3.6.CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	39
3.7. USO DE ÁLCOOL ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	41
4. MÉTODOS.....	55
4.1.DESENHO DO ESTUDO	55
4.2.POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	55
4.3. CÁLCULO AMOSTRAL E MÉTODO DE AMOSTRAGEM	57
4.4.COLETA DE DADOS.....	58
4.5 VARIÁVEIS	59
4.5.1. Variável desfecho	59

4.5.2. Variáveis de exposição.....	60
4.6. ANÁLISE DOS DADOS	65
4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	66
5. RESULTADOS	67
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	67
5.2 PREVALÊNCIA DE ABUSO E DEPENDÊNCIA NA POPULAÇÃO ESTUDADA E FATORES ASSOCIADOS.....	69
5.3 PREVALÊNCIA DE ABUSO E DEPENDÊNCIA NA POPULAÇÃO ESTUDADA E FATORES ASSOCIADOS – MODELO FINAL	72
6. DISCUSSÃO	77
6.1 PREVALÊNCIA DE ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL.....	77
6.2 FATORES INDIVIDUAIS E FAMILIARES ASSOCIADOS AO ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	78
6.2.1 Fator demográfico sexo.....	78
6.2.2 Fator individual tabagismo	79
6.2.3 Fator individual TMC	80
6.3 FATORES OCUPACIONAIS ASSOCIADOS AO ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL.....	81
6.3.1 Fator ocupacional trabalho irregular	81
6.3.2 Fator ocupacional demanda psicológica	83
6.3.3 Limitações e potencialidades.....	84
7. CONCLUSÃO.....	86
REFERÊNCIAS.....	87
ANEXOS	97
APÊNDICE	99

1. INTRODUÇÃO

O consumo de álcool é um hábito que está presente na sociedade há milhares de anos ou pelo menos desde o início da história registrada. Esse costume é associado à alegria, festividade, situações de negócios, celebrações e momentos de lazer, além de ser uma prática lícita e aceita pela sociedade (SOUZA *et al.*, 2010). Na antiguidade, o álcool era fabricado de maneira artesanal e doméstica, no entanto, após a industrialização moderna, essa bebida passou a ter um modelo de produção em grande escala, o que facilitou a sua aquisição e possibilitou o consumo em qualquer período ou estação do ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Embora o álcool possua um caráter lícito, essa substância é psicoativa e pode gerar dependência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). O seu consumo abusivo está relacionado com mais de 60 tipos de doenças, a exemplo de câncer, deficiências de vitaminas, cirrose hepática, desordens mentais, problemas cardiovasculares, úlceras gastrointestinais e epilepsias. Além disso, o abuso do álcool se associa a comportamentos de alto risco, como sexo inseguro, ideias suicidas, acidentes automobilísticos, violência, criminalidade, entre outros (ROOM; BABOR; REHM, 2005; FERREIRA *et al.*, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como meta de saúde pública a redução das consequências e da carga das doenças relacionadas ao consumo nocivo de álcool. Estimou-se, em 2010, que 4,1% da população mundial apresentavam desordens por uso de álcool, sendo que 1,8% utilizavam a substância de forma perigosa e 2,3% eram dependentes. A Europa era o continente com as maiores taxas de uso perigoso/dependência de álcool, chegando a um total de 7,5%. As Américas apresentaram a segunda maior taxa de desordens por uso de álcool, o que correspondeu a 6% da população com esse agravo (2,6% para uso perigoso e 3,4% para dependência). Além disso, 3,3 milhões de mortes no mundo a cada ano são atribuídas ao consumo de álcool e 5,1% da carga global de doenças e lesões são atribuídas a essa substância, de acordo com o *Disability Adjusted Life Year – DALY* (Anos de Vida Ajustados por Incapacidade) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Os transtornos por uso de álcool são classificados como dependência, abuso e uso perigoso (SCHUCKIT, 2009). A literatura traz diversos fatores associados a essas desordens, a exemplo do sexo masculino (FERREIRA *et al.*, 2013; BARROS *et al.*, 2007), população jovem e fatores locais e regionais (LARANJEIRA *et al.*, 2010), estrutura social (BARROS *et al.*, 2007), crença religiosa (FERREIRA *et al.*, 2013), escolaridade e classe social (BARROS

et al., 2007; FERREIRA *et al.*, 2013). Além disso, há diversos estudos que mostraram relação entre as características do trabalho e o consumo nocivo de álcool (FRONE, 2006; BARNES; ZIMMERMAN, 2013; SAADE; MARCHAND, 2013; MORIKAWA *et al.*, 2014).

Na perspectiva da relação entre consumo de álcool e trabalho, destaca-se que os problemas relacionados ao uso de álcool podem prejudicar a saúde do trabalhador e a produtividade da empresa, o que se traduz em prejuízos físicos, psíquicos, econômicos e sociais. As consequências do álcool são diversas, a exemplo de redução no desempenho dos trabalhadores, altas taxas de rotatividade, lesões, elevação dos custos com benefícios de saúde e agressões no ambiente laboral (BARNES; ZIMMERMAN, 2013; SAADE; MARCHAND, 2013). Esses fatores ocasionam uma grande perda da produtividade, o que se traduz em perdas econômicas. Em relação a essa temática, não foram encontrados dados nacionais, no entanto, uma revisão de literatura com dados de países de média e alta renda realizada em 2009, revelou que esses países gastaram mais de 1% do seu Produto Interno Bruto (PIB) com prejuízos relacionados ao consumo álcool. Esses gastos incluíram custos diretos e indiretos com essa substância, a exemplo de cuidados de saúde e danos sociais e materiais (REHM *et al.*, 2009).

As demandas psicológicas e apoio social no ambiente laboral (SAADE; MARCHAND, 2013), trabalho por turnos (MORIKAWA *et al.*, 2014), as demandas contratuais e físicas (BARNES; ZIMMERMAN, 2013) foram relacionados com o maior consumo de álcool entre os trabalhadores. No entanto, Barnes e Zimmerman (2013) destacam que há uma diferença no consumo de álcool e seus fatores relacionados entre as profissões, pois cada ocupação possui peculiaridades e fatores estressantes no contexto do trabalho. Dessa maneira, entre as profissões estressantes, ressaltam-se as da área da saúde. O trabalho em saúde coloca seus profissionais em vivências constantes com o sofrimento e o adoecer humano, e não raro, oferecem condições organizacionais, de infraestrutura e de relações interpessoais impróprias (BROTTO; ARAUJO, 2012). Essas situações acabam contribuindo para o adoecimento desses profissionais, os quais procuram maneiras de fugir dessa realidade frustrante. Assim, o álcool pode ser utilizado como uma maneira de lidar com o estresse e para o relaxamento e fuga da decepção com a carreira e problemas diários do trabalho (FERREIRA *et al.*, 2013).

Ao analisar o uso de álcool no setor de saúde, é perceptível a maior gravidade e implicações negativas desse hábito, pois além dos impactos na vida do trabalhador, há as consequências para o indivíduo que recebe os cuidados desse profissional (VOIGT *et al.*,

2009). Esse consumo pode gerar diagnósticos e prescrições incorretas por parte dos médicos, cuidados e administração errôneas de medicamentos pelos enfermeiros, condutas equivocadas por dentistas, o que se resume em cuidados ineficientes e iatrogenias, colocando em risco a vida dos pacientes. Ademais, há um maior risco de acidentes por esses profissionais, o que no setor de saúde pode resultar em aquisição de doenças infecciosas, além de outros danos físicos e psicológicos (RIBOLDI; BORDINI; FERRARIO, 2012). Por fim, ressalta-se que os profissionais de saúde são exemplos para seus pacientes e modelos de vida saudável a serem seguidos (VOIGT *et al.*, 2009).

Para um melhor planejamento das ações de prevenção desse problema, é importante conhecer a sua dimensão e seus fatores associados. Alguns estudos encontraram uma maior prevalência de abuso e dependência de álcool entre os profissionais de saúde se comparado com a população geral (CHIODO; TOLLE, 1997; BERRY *et al.*, 2000). No entanto, outros estudos sugerem que esse valor é menor e esses profissionais estão em menor risco (WINWOOD; WINEFIELD; LUSHINGTON, 2003; ROSTA, 2008; UNRATH *et al.*, 2012). Essa variação de resultados decorre, muitas vezes, das diferentes classificações de abuso/dependência/uso perigoso de álcool utilizadas pelos autores, dificultando estabelecer a real prevalência desse agravo e se ela é menor ou maior do que na população geral. É importante levar em consideração que o consumo de álcool é influenciado pela cultura do país, dessa maneira, a frequência do uso de álcool pode variar de acordo com a nação estudada (SCHUCKIT, 2009).

No que diz respeito aos fatores associados aos transtornos por uso de álcool em profissionais de saúde, há uma consistência dos resultados de que os profissionais mais velhos e com maior tempo de carreira abusam mais de álcool se comparado aos mais novos. Em adicional, o consumo entre as mulheres é significativamente menor do que nos homens (SHYANGWA; JOSHI; LAL, 2007; ROSTA, 2008; GROSS *et al.*, 2009; VOIGT *et al.*, 2009). No entanto, ainda não é bem descrito na literatura se as condições de trabalho atuam como um fator de risco para os transtornos por uso de álcool nas categorias de profissionais da área da saúde. A maior parte dos estudos com esses trabalhadores focam na estimativa da prevalência desse agravo e na relação com alguns fatores sociodemográficos, não enfatizando os aspectos ocupacionais (KENNA; WOOD, 2004; KENNA; LEWIS, 2008). Destaca-se ainda que nas publicações nacionais não foram encontrados estudos que avaliaram os fatores associados a esse problema, uma vez que o uso abusivo não foi o desfecho estudado e sim um

fator de exposição (SOBRINHO *et al.*, 2006; ALVES *et al.*, 2012; BARBOSA *et al.*, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2014; PRETTO; PASTORE; ASSUNÇÃO, 2014).

Dessa maneira, levando em consideração as implicações negativas do álcool no bem estar físico e mental dos profissionais de saúde e de seus pacientes, questiona-se: Quais fatores estão associados à maior prevalência de uso abusivo de álcool entre esses trabalhadores? A hipótese do estudo é que os profissionais de saúde expostos às condições ocupacionais desfavoráveis apresentam uma maior prevalência desse desfecho. Reafirma-se a necessidade de se investir em estudos que avaliem os fatores ocupacionais relacionados ao adoecimento dos trabalhadores, a fim de subsidiar políticas de promoção da saúde dos profissionais. Destaca-se a dificuldade de um profissional de saúde doente oferecer um cuidado integral e de qualidade a outro ser humano, o qual também vivencia um desequilíbrio da sua saúde (KENNA; WOOD, 2004; CUNHA, 2015).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar os fatores associados ao uso abusivo/dependência de álcool em profissionais de saúde da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra estudada segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, dos hábitos de vida e das condições de trabalho e saúde.
- Estimar a prevalência do uso abusivo/dependência de álcool.
- Estimar a associação independente de características demográficas, socioeconômicas, dos hábitos de vida e das condições de trabalho como uso abusivo/dependência de álcool.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. HISTÓRICO SOBRE O ÁLCOOL

As bebidas alcoólicas fazem parte do cotidiano das sociedades humanas desde os primórdios das civilizações. Há relatos de consumo dessas bebidas nos primeiros registros da história (ROOM; BABOR; REHM, 2005). Inicialmente, até a Idade Média, predominava-se o consumo de cervejas e vinhos, os quais eram fabricados pelo processo de fermentação. A partir do século XVI, ocorreu um aumento do teor alcoólico com a criação do processo de destilação pelos Árabes (INSTITUTO DA DROGA E TOXICODEPENDÊNCIA, 2009).

No início da história, o álcool era fabricado em pequena escala, de maneira doméstica e artesanal. Assim, seu consumo era ocasional e em comunidade. No entanto, durante a industrialização moderna, ocorreram mudanças nesses modos de produção e o álcool tornou-se um produto de mercado, o que aumentou sua oferta e procura, facilitando seu acesso e diminuindo seu custo (WORLD HEATH ORGANIZATION, 2014).

Esse aumento da disponibilidade foi acompanhado pelo agravamento dos problemas sociais e de saúde pública associados ao consumo em excesso (WORLD HEATH ORGANIZATION, 2014). Sabe-se que a disponibilidade representa um dos componentes essenciais do consumo de substâncias (DUALIBI; LARANJEIRA, 2007). Há textos antigos da Grécia, Palestina e China que já evidenciam tais problemas (ROOM; BABOR; REHM, 2005).

No século XIX, a indústria considerava o álcool um impedimento para o crescimento, uma vez que interferia na sobriedade e lucidez de seus funcionários. Surgiram vários movimentos sociais que lutavam contra o consumo abusivo. A religião, principalmente o cristianismo protestante, assumiu um papel de oposição ao uso de álcool no século XIX e lutou pela abstinência de seus seguidores. No entanto, esses movimentos foram perdendo força e o álcool foi associado mais fortemente a festividades e aqueles indivíduos dependentes eram considerados uma “subclasse de alcoólicos” (ROOM; BABOR; REHM, 2005).

Dessa maneira, o álcool assume um duplo papel na sociedade, por um lado é considerado uma substância de caráter mágico, facilitadora de desinibição social, ligado a momentos de comemorações, lazer e festividade. Por outro lado, está associado a prejuízos econômicos e sociais, um fator de adoecimento da população, o que torna necessário políticas de prevenção (ROOM; BABOR; REHM, 2005; INSTITUTO DA DROGA E TOXICODEPENDÊNCIA, 2009, WORLD HEATH ORGANIZATION, 2014).

Atualmente, há uma grande preocupação com os prejuízos relacionados ao consumo excessivo de álcool. O enfrentamento a este problema ganhou destaque por se reconhecer as

diferentes consequências do uso inapropriado dessa substância, que vão desde questões individuais (físicas e psicológicas) até econômicas e sociais (INSTITUTO DA DROGA E TOXICODEPENDÊNCIA, 2009).

3.2. CLASSIFICAÇÕES DO USO DE ÁLCOOL

3.2.1. Definições do uso de álcool

As classificações do uso de álcool consideram a frequência de consumo, a quantidade ingerida e as consequências pessoais e sociais devido ao uso da substância. Existem formas mais graves de uso, como o abuso e a dependência, no entanto, vale ressaltar que há outros padrões de uso que também podem ocasionar riscos nocivos para o indivíduo, a exemplo de beber muito todos os dias e repetidos episódios de intoxicação (LARANJEIRA *et al.*, 2007; JOMAR; ABREU; GRIEP, 2014).

Na literatura, observa-se diversas terminologias para os padrões de consumo de álcool. Além disso, há diferentes critérios diagnósticos para a classificação das formas mais graves de uso. Ressalta-se que não existe um nível seguro para o consumo de álcool, pois o padrão de consumo, qualidade da bebida, variáveis individuais, sociais e econômicas interferem nos riscos e danos causados pela substância (WORLD HEART ORGANIZATION, 2014).

O *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAA), um dos principais institutos que apoia e realiza pesquisas sobre o álcool, traz o uso pesado de álcool como o consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião por 5 ou mais dias em um período de 30 dias. Além disso, classifica o uso moderado como o uso de 1 dose por dia para mulheres e 2 doses para homens. Por fim, o consumo de baixo risco é definido pela ingestão de 3 doses ou menos em um único dia e não mais que 7 doses por semana para mulheres. Já para os homens, essa referência é no máximo 4 doses em único dia e 14 por semana (NIAA, 2016).

Além de conhecer a frequência de consumo de álcool do indivíduo, é essencial avaliar o número de doses utilizadas em uma única ocasião. O padrão de consumo “*binge drinking*” ou “beber pesado episódico” é definido como o uso de 5 doses ou mais para homens e 4 doses ou mais para mulheres em um único episódio. Sabe-se que o bebedor pesado está exposto a vários tipos de violência, a exemplo de homicídios, quedas, acidentes de trânsito, bem como ter relações sexuais desprotegidas, gravidez indesejada, overdose, dentre outros (CASTROAND *et al.*, 2012).

Os padrões de uso de álcool considerados mais graves são o consumo abusivo e a dependência. O consumo abusivo está relacionado com a ingestão de álcool em altas doses e

frequência comum que pode ocasionar complicações físicas e psíquicas ao usuário. A dependência diz respeito ao uso regular que causa transtornos fisiológicos e comportamentais (FERREIRA *et al.*, 2013). As principais classificações que disponibilizam diretrizes para o diagnóstico desses transtornos são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças (CID).

O DSM é uma classificação de transtornos mentais aplicável em diversos contextos clínicos e de pesquisas. É o critério padrão utilizado nos Estados Unidos e muito explorado em estudos científicos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2016). A edição atual é o DSM V, lançado em maio de 2013. No entanto, observa-se que a versão IV (1994) é a mais utilizada até o momento.

O DSM IV apresenta um capítulo sobre os “Transtornos Relacionados a Substâncias”, que aborda o consumo de drogas, exposição a toxinas, medicamentos, dentre outros. As substâncias são classificadas em 11 classes, dentre elas o álcool. Esses transtornos são divididos em dois capítulos: Transtornos por Uso de Substância (Dependência e Abuso) e Transtornos Induzidos por Substância (ex. Abstinência, Delirium) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

No que diz respeito aos Transtornos Relacionados à Substância, a dependência (**QUADRO 1**) é caracterizada como um *“agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando a substância apesar dos problemas relacionados a ela”* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p.208). O abuso (**QUADRO 2**) é definido como o uso mal adaptativo de substância que ocasiona consequências adversas e recorrentes devido ao uso repetido. Para o abuso, não são incluídos critérios de tolerância e abstinência. Esse transtorno está relacionado fortemente aos prejuízos do uso constante da substância (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

QUADRO 1 – Critérios para definição de dependência de álcool.

É definida como o agrupamento de **três ou mais sintomas** relacionados adiante, ocorrendo em qualquer momento, no mesmo período de 12 meses.

- Tolerância: necessidade de crescentes quantidades da substância para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou em uma diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
- Abstinência: alteração comportamental mal adaptativa, com elementos fisiológicos e cognitivos, que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue e nos tecidos declinam em um indivíduo que manteve em uso pesado e prolongado da substância,
- Consumir a substância em maiores quantidades ou por um período mais longo do que no início pretendia.
- Expressar o desejo persistente de reduzir o uso.
- Despende muito tempo utilizando a substância.
- Todas as atividades giram em torno da substância.
- Admitir que a substância faz mal, mas continuar utilizando.

Referência: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p.212-213.

QUADRO 2 – Critérios para definição de abuso de álcool.

É definida como um padrão mal adaptativo de uso de substâncias levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo por um (ou mais) dos seguintes aspectos, e ocorrendo em um período de 12 meses.

- Critério A1: Apresentar intoxicações repetidas ou outros sintomas relacionados à substância, quando deveria cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa. Pode haver repetidas ausências ou fraco desempenho no trabalho, relacionados a “ressaca” recorrentes. Um estudante pode ter faltas, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à substância. Enquanto intoxicado, o indivíduo pode negligenciar os filhos ou afazeres domésticos.
- Critério A2: Apresentar intoxicações em situações nas quais isto representa perigo para a sua integridade física (ex. ao dirigir um automóvel, operar máquinas).
- Critério A3: Problemas legais recorrentes relacionados à substância (ex. detenções por conduta desordeira, agressão e espancamento, direção sob influência da substância).
- Critério A4: O indivíduo continua utilizando a substância, apesar de um histórico de consequências sociais ou interpessoais indesejáveis, persistentes ou recorrentes (ex. conflito com o conjugue ou divórcio, lutas corporais ou atritos verbais).
- Critério B: Um diagnóstico de Abuso de Substâncias é cancelado pelo diagnóstico de Dependência de Substância se o padrão de uso da substância pelo indivíduo alguma vez já satisfaz os critérios para Dependência.

Referência AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p.214.

Em relação às diferenças observadas entre as versões IV e V do DSM, destaca-se que no DSM V o abuso e a dependência de substâncias foram unidos em um único diagnóstico: Transtorno por Uso de Substância. Para essa classificação, foram somados os critérios anteriores para os dois diagnósticos (abuso e dependência), com pequenas alterações: a retirada de “problemas legais recorrentes relacionados à substância” e a inclusão de “um forte desejo ou impulso de utilizar a substância”. Além disso, para o diagnóstico do transtorno, são necessários dois ou mais critérios e ele pode ser dividido em três níveis: leve (dois ou três critérios), moderado (quatro ou cinco critérios) e grave (seis ou mais critérios) (ARAÚJO; NETO, 2014).

Outro importante documento para diagnóstico desses transtornos é a CID 10. Essa classificação é composta por 22 capítulos. O capítulo V (F00-F99) é composto por definições e critérios diagnósticos dos Transtornos Mentais e Comportamentais. O agrupamento F10-F19 inclui os Transtornos Mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa e compreende diversos transtornos que são atribuídos ao uso de uma ou várias substâncias psicoativas. O código F10 corresponde aos Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de álcool e é dividido em: intoxicação aguda, uso nocivo para a saúde, síndrome de dependência, síndrome de abstinência, síndrome de abstinência com *delirium* e síndrome amnésica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

Os critérios de dependência para a CID10 e DSM-IV são semelhantes e diferenciam-se apenas na forma de redigir cada item. Já em relação ao abuso, as classificações não são tão concordantes. A CID 10 usa o termo “uso nocivo para a saúde”, que é definido como o consumo de alguma substância psicoativa prejudicial à saúde que traz complicações físicas (ex: hepatite) ou psíquicas (ex. episódios depressivos após grande consumo de álcool). Enquanto o DSM-IV adota a classificação “uso abusivo” e define como prejuízos em diversas esferas individuais e sociais ou sofrimento clinicamente significativo em consequência do uso de substância, ocorrendo no período de 12 meses. (SCHUCKIT, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

3.2.2. Instrumentos de triagem

A triagem de doenças é uma importante ferramenta de prevenção secundária, uma vez que possibilita identificar de maneira rápida e precoce os indivíduos com a doença e que ainda não apresentaram sintomas claros ou não recorreram aos serviços de saúde (NIAA, 2005). Assim, através desses instrumentos, é possível reduzir as consequências do uso nocivo de álcool, uma vez que a maioria dos indivíduos que fazem uso problemático de álcool é

diagnosticada em estágios que já apresentam sérias complicações decorrentes do consumo da substância (CORRADI-WEBSTER; LAPREGA; FURTADO, 2005; JOMAR; ABREU; GRIEP, 2014).

Os instrumentos de triagem para o uso problemático de álcool são questionários auto-administrados, simples e de rápida aplicação. Além disso, necessitam apenas de um mínimo treinamento dos profissionais de saúde (CORRADI-WEBSTER; LAPREGA; FURTADO, 2005). No entanto, ressalta-se que eles não substituem a entrevista clínica cuidadosa (SCHUCKIT, 2009). Entre esses instrumentos, destaca-se o CAGE (acrônimo referente às suas quatro perguntas: *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*) e o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*).

O CAGE foi desenvolvido em 1968 por Ewing e Rouse em um hospital da Carolina do Norte – EUA (DHALLA; KOPEC, 2007). Posteriormente, foi validado em 1970 por Mayfield em um hospital psiquiátrico (AERTGEERTS; BUNTINX; KESTER, 2004). No Brasil, foi validado em 1983 por Masur e Monteiro com uma sensibilidade de 88% e especificidade de 83% (MASUR; MONTEIRO, 1983). O instrumento é um acrônimo de quatro perguntas com opções de respostas sim e não:

- 1) Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
- 2) As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?
- 3) Sente-se culpado pela maneira com que costuma beber?
- 4) Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Se o indivíduo responder “sim” é atribuído uma pontuação de “1”, caso a resposta for “não”, ele não recebe nenhum ponto. Assim, a pontuação final varia de 0 a 4. O ponto de corte para o rastreio de dependência de álcool é “2”, no entanto, observa-se que alguns estudos utilizam a pontuação de “1” (GUIMARÃES *et al.*, 2010). Ressalta-se que o CAGE é adequado para o rastreamento de formas mais graves do uso de álcool, como o abuso e a dependência. Por outro lado, o AUDIT apresenta sensibilidade e especificidades mais elevadas para formas menos graves de uso (DHALLA; KOPEC, 2007).

Em um estudo feito por Amaral e Malbergier com profissionais da prefeitura do Campus da cidade universitária da Universidade de São Paulo (USP), evidenciou que o CAGE é um instrumento pouco intimidador e de rápida e fácil aplicação, respondido em cerca de 1 minuto. Além disso, os autores comprovaram que as perguntas são de fácil interpretação, o que possibilita a inclusão do instrumento em questionários de autopreenchimento. Ademais, foi encontrada uma sensibilidade de 84,4% e especificidade de 93,1% para

abuso/dependência. Para dependência, a sensibilidade foi de 91,3% e especificidade de 89,9% (AMARAL; MALBERGIER, 2004).

No que diz respeito ao AUDIT, trata-se de um questionário desenvolvido para a detecção do consumo de álcool perigoso (ISSA *et al.*, 2012). A primeira edição do instrumento foi publicada em 1989 pela OMS. É composto por dez questões sobre o uso de álcool no último ano. Para cada pergunta, há opção de quatro respostas com pontuações que variam entre zero e quatro. Ao final, são somadas as pontuações de cada pergunta e criado um escore para a classificação do padrão de consumo do indivíduo (JOMAR; ABREU; GRIEP, 2014). Os escores totais de 8 ou mais indicam consumo de risco e/ou nocivo de álcool, além de possível dependência. No entanto, para mulheres e homens com idade superior a 65 anos, é indicado o ponto de corte 7. Cabe ressaltar que a seleção do ponto de corte varia de acordo com os padrões nacionais e culturais, bem como por julgamento clínico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

As perguntas do AUDIT são as seguintes:

1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca (1) Uma vez por (2) Duas a quatro (3) Duas a três (4) Quatro ou
mês ou menos vezes por mês vezes por mais vezes por
semana semana

2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?

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

3. Com que frequência você toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?

- (0) Nunca (1) Uma vez por (2) Duas a quatro (3) Duas a três (4) Quatro ou
mês ou menos vezes por mês vezes por mais vezes por
semana semana

4. Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?

- (0) Nunca (1) Uma vez por (2) Duas a quatro (3) Duas a três (4) Quatro ou
mês ou menos vezes por mês vezes por mais vezes por
semana semana

5. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?

- (0) Nunca (1) Uma vez por (2) Duas a quatro (3) Duas a três (4) Quatro ou
mês ou menos vezes por mês vezes por mais vezes por
semana semana

6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você

precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

- (0) Nunca (1) Uma vez por mês ou menos (2) Duas a quatro vezes por mês (3) Duas a três vezes por semana (4) Quatro ou mais vezes por semana

7. Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?

- (0) Nunca (1) Uma vez por mês ou menos (2) Duas a quatro vezes por mês (3) Duas a três vezes por semana (4) Quatro ou mais vezes por semana

8. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?

- (0) Nunca (1) Uma vez por mês ou menos (2) Duas a quatro vezes por mês (3) Duas a três vezes por semana (4) Quatro ou mais vezes por semana

9. Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido ?

- (0) Não (2) Sim, mas não no último ano (4) Sim, durante o último ano

10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?

- (0) Não (2) Sim, mas não no último ano (4) Sim, durante o último ano

Outra alternativa de triagem são os marcadores sanguíneos, que podem auxiliar na identificação de indivíduos que consomem grandes quantidades de álcool. Essa opção não apresenta a mesma sensibilidade dos questionários, no entanto, fornece informações adicionais que podem ser úteis na confirmação de padrões de consumo de risco, além de ajudar o paciente a reconhecer os efeitos adversos que o álcool pode ocasionar no organismo. Os principais marcadores são: gama-glutamilttransferase (GGT), transferrina deficiente de carboidrato (CDT), testes de função hepática e níveis de álcool no sangue (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; SCHUCKIT, 2009). Cabe ressaltar que os valores alterados podem retornar ao normal após várias semanas de abstinência e indicam ingestões de álcool elevadas (SCHUCKIT, 2009).

3.3. PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL

Diversos estudos realizados no Brasil avaliaram a prevalência dos padrões de consumo de álcool. Um dos primeiros levantamentos foi conduzido na cidade de Porto Alegre e usou o instrumento CAGE como medida de avaliação. Os autores encontraram uma prevalência de 9,3% para a dependência (MOREIRA *et al.*, 1996). Outro estudo mais recente, no Rio de Janeiro, evidenciou uma proporção de 17,6% de consumo de risco entre os pesquisados (JOMAR; ABREU; GRIEP, 2014). Cabe ressaltar que as prevalências dos transtornos variam entre as pesquisas, uma vez que são utilizadas diferentes medidas de consumo e instrumentos de coleta (GUIMARÃES *et al.*, 2010).

Estudos em outras cidades do Brasil encontraram diferentes prevalências. Na cidade de Jequié-Bahia, a prevalência foi de 18,5% para abuso e 10,4% dependência (FERREIRA *et al.*, 2013). Já em Campinas, a proporção foi de 8,4% para abuso/dependência (BARROS *et al.*, 2007). Em relação aos fatores associados, o sexo masculino, nenhuma crença religiosa, faixa etária adulto-jovem e tabagismo se relacionaram ao aumento da prevalência de transtornos por uso da substância (BARROS *et al.*, 2007; FERREIRA *et al.*, 2013; JOMAR; ABREU; AGRIEP, 2014).

Ressalta-se que há investigações nacionais que utilizaram amostras representativas para avaliação da prevalência dos distúrbios do uso de álcool. Entre elas, destaca-se o Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2001 e 2005) e o Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira (2007 e 2012) (CARLINI *et al.*, 2002; CARLINI *et al.*, 2006; LARANJEIRA *et al.*, 2007; LARANJEIRA *et al.*, 2014) . Além disso, é possível obter a prevalência de padrões de consumo no Brasil em pesquisas que incluem questões sobre o tema, a exemplo do VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico).

O primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil foi realizado em 2001 e objetivou estimar a prevalência de uso ilícito de drogas, álcool, tabaco e uso não médico de medicamentos psicotrópicos. O estudo obteve uma amostra representativa das 107 cidades do Brasil com mais de 200.000 habitantes e abrangeu a faixa etária entre 12-65 anos. A prevalência de dependência foi de 11,2%, utilizando os critérios diagnósticos do DSM-III. A faixa etária com maior porcentagem de dependentes foi entre 18 e 24 anos, além disso, evidenciou-se que o sexo masculino bebe mais regularmente que o feminino, cerca de cinco vezes mais nas faixas etárias a partir dos 25 anos de idade (CARLINI *et al.*, 2002).

O segundo levantamento foi realizado em 2005 e teve com um dos objetivos comparar os dados com o primeiro estudo realizado em 2001. A prevalência encontrada na segunda investigação foi de 12,3% e a faixa etária com maior proporção de dependentes permaneceu a de 18-24 anos. Ademais, o sexo masculino ainda fazia mais uso de álcool se comparado às mulheres (CARLINI *et al.*, 2007).

No ano de 2007, foi realizado o primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. As entrevistas ocorreram em 143 municípios do Brasil e a amostragem utilizada foi a probabilística estratificada. Os critérios para uso nocivo e dependência foram os estabelecidos pelo CID-10. Do total da população estudada, 3% faziam uso nocivo de álcool e 9% eram dependentes. Além disso, 28% já beberam em “binge”, ou seja, já utilizaram o álcool de forma pesada. O estudo também evidenciou que beber em grandes quantidades diminui com a idade. A maior porcentagem de pessoas que bebem está nas classes A e B da região sul do país; ademais, os homens bebem mais que as mulheres e a cerveja ou o chope é a bebida mais consumida entre os brasileiros (LARANJEIRA *et al.*, 2010).

O segundo levantamento sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, realizado em 2012, investigou as mudanças no padrão do uso de álcool no Brasil. Ao total, foram 4607 entrevistas e o universo da pesquisa foi a população brasileira com 14 anos ou mais. Destaca-se que o consumo em “binge” subiu para 39% em relação ao primeiro levantamento realizado em 2007, crescendo na população masculina e feminina. Além disso, observou-se crescimento significativo na frequência de consumo. Seguindo os critérios do DSM IV, 3,25% dos homens e 0,62% das mulheres abusavam de álcool e 10,48% dos homens e 3,63% das mulheres eram dependentes (LARANJEIRA *et al.*, 2013).

Por fim, destaca-se que o VIGITEL evidenciou que 16,5% da população brasileira consumia bebida alcoólica de forma abusiva no ano de 2014 e que esse valor era 2,5 vezes maior para homens se comparado às mulheres, e a prevalência foi maior na faixa etária de 25-34 anos e em níveis mais elevados de escolaridade. Cabe ressaltar que os critérios utilizados foram: consumo de 5 doses ou mais para homens e 4 ou mais para mulheres em uma única ocasião nos últimos 30 dias (BRASIL, 2014).

No contexto mundial, há diferenças significativas do consumo de álcool entre os países. No continente europeu são encontradas as maiores taxas de uso de álcool, o que corresponde a 25,7% do total de consumo global. A população do Sudeste Asiático, particularmente na Região do Mediterrâneo Oriental, apresenta os níveis mais baixos de

consumo. Destaca-se que quanto maior o grau de riqueza econômica de um país, maior é o consumo per capita da substância. No ano de 2010, 4,1% da população mundial apresentava alguma desordem por uso de álcool, sendo que 1,8% utilizavam de forma perigosa e 2,3% eram dependentes. A União Europeia apresentou as maiores taxas (7,5%), seguida pelas Américas, com um total de 6% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Na perspectiva de frequência de consumo mundial, cerca de 16% dos bebedores com mais de 15 anos usam o álcool de forma pesada episódica. Além disso, 6,2 litros de álcool puro por ano são consumidos por essa população, o que corresponde a 13,5 gramas de álcool puro por dia. Ademais, ressalta-se que as mulheres utilizam menos álcool do que os homens. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

3.4. CONSEQUÊNCIAS DO USO DE ÁLCOOL

O álcool é uma substância psicoativa que atua como fator causal em mais de 200 doenças e lesões. As consequências do uso dessa substância são geradas por três mecanismos: efeitos tóxicos aos órgãos e tecidos, intoxicação (alteração na cognição, comportamento, consciência, percepção) e a dependência. Os danos podem ser influenciados por características individuais e sociais, bem como pelo padrão de consumo. Destaca-se que o álcool possui impacto na incidência de doenças, além de agravar o curso de agravos já instalados. O modelo conceitual (adaptado) representado na **FIGURA 1** ilustra os fatores inter-relacionados do efeito do álcool em morte e incapacidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

FIGURA 1 - Modelo conceitual de causas de consumo de álcool e desfechos de saúde.

Fonte: Figura traduzida e adaptada de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014, p.6.

Por ser uma substância psicoativa, o álcool possui diversas ações no sistema nervoso central. Mesmo em doses baixas, apresenta efeitos sedativos, que causam relaxamento muscular e sonolência, bem como aumenta a liberação de dopamina, o que contribui para o efeito gratificante da droga. Além disso, gera desinibição social e déficits cognitivos temporários, o que resulta em dificuldades na resolução de problemas, alterações na memória e no aprendizado. O sistema cardiovascular também é afetado, uma vez o consumo excessivo de álcool pode aumentar os níveis de colesterol total e LDL, além do aumento da pressão arterial e risco de cardiomiopatia e arritmias temporárias (SCHUCKIT, 2009).

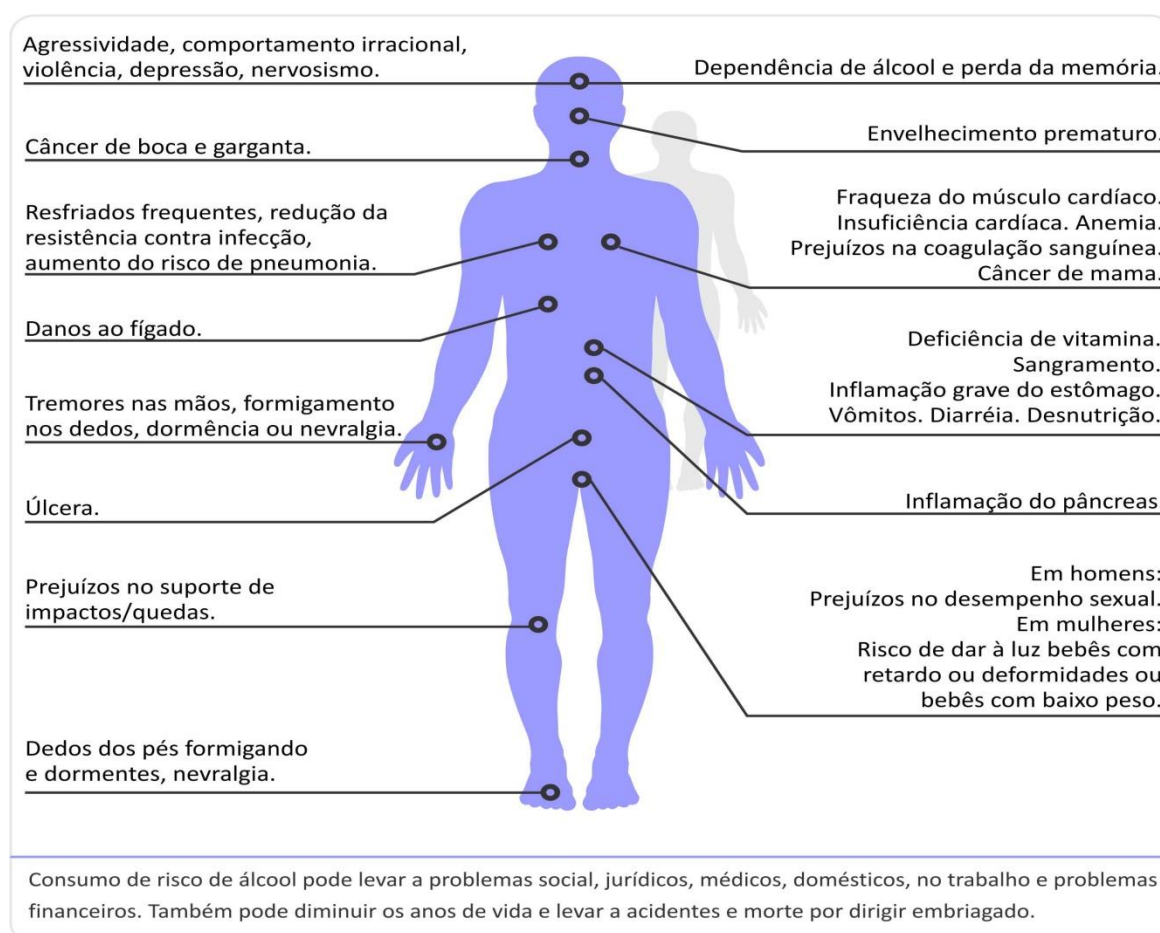
Outros problemas incluem pancreatite, gastrite aguda hemorrágica, cirrose hepática, diminuição da densidade óssea, redução da atividade do sistema imunológico, entre outros. As consequências também podem ser passadas para futuras gerações, visto que mulheres grávidas que consomem álcool apresentam maior risco de sofrerem abortos espontâneos, partos prematuros, baixo peso ao nascer, além da síndrome fetal alcoólica, que altera a formação cerebral do feto, podendo causar anomalias do sistema nervoso central e prejuízos no desenvolvimento cognitivo e comportamental (SCHUCKIT, 2009).

O consumo excessivo de álcool não está relacionado apenas com problemas físicos, também influencia comportamentos e aspectos sociais. Essa substância se associa com a

violência, uma vez que aumenta a agressividade e provoca uma experiência subjetiva de medo e ansiedade, que pode gerar ações de risco (ROOM; BABOR; REHM, 2005). Além disso, relaciona-se, também, com sexo inseguro, acidentes de trânsito, violência doméstica, suicídio, acidentes de trabalho e queda da produtividade de trabalhadores (DUALIBI; LARANJEIRA, 2007). Assim, é importante ressaltar que os prejuízos do uso dessa substância não se restringem ao indivíduo que consome, pois os familiares e amigos também são lesados, além da sociedade e a economia do país.

A **FIGURA 2**, adaptada do (BABOR *et al.*, 2001), ilustra a variedade dos problemas de saúde associados ao álcool descritos anteriormente.

FIGURA 2 – Efeitos do consumo de álcool de alto risco.



Fonte: Figura traduzida e adaptada de BABOR *et al.*, 2001, p.7.

Esses prejuízos também podem ser descritos em números, a Organização Mundial da Saúde (2014), mostra que o uso nocivo de álcool é responsável por aproximadamente 3,3 milhões de mortes a cada ano, ou seja, 5,9% de todas as mortes do mundo inteiro. As maiores causas são por doenças cardiovasculares, seguidas por lesões, doenças gastrointestinais (principalmente cirrose hepática) e cânceres. No ano de 2012, foi responsável por 5,1% da

carga global de doenças e lesões, medidas pelo DALYs, que reflete os anos perdidos devido à incapacidade gerada por uma doença. Outro importante dado é que cerca de 25% da carga de doenças devido a cânceres, são atribuídas ao álcool (WORDL HEALTH ORGANIZATION, 2014).

3.5. ÁLCOOL E TRABALHO

3.5.1. Contextualização

As características do trabalho sofreram alterações nas últimas décadas, o que gerou uma diminuição do número de ocupações caracterizadas por altas demandas físicas e um importante aumento de exigências mentais e emocionais nos locais de trabalho. De fato, as mudanças no contexto político e econômico e a chegada da globalização repercutiram no aumento da pressão e insegurança no trabalho, além de outros estressores, o que influenciou o desenvolvimento de doenças que poderiam ter relação com o trabalho, a exemplo do consumo de álcool excessivo (SIEGRIST; RODEL, 2006). Dessa maneira, diversos estudos na literatura investigaram e elucidaram que alguns fatores ocupacionais estão associados com o consumo de álcool, ressaltando a necessidade de promoção de ambientes de trabalho saudáveis (FRONE, 1999; FRONE, 2006; CHENG *et al.*, 2012; SAADE; MARCHAND, 2013; BARNERS; ZIMMERMAN, 2013; MORIKAWA *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, Morikawa e colaboradores (2014) realizaram um estudo transversal que investigou a associação entre as características do trabalho e o consumo de álcool em profissionais de uma fábrica metalúrgica no Japão. O trabalho por turnos foi relacionado com o consumo de álcool pesado nas faixas etárias mais jovens (20-29 anos), o risco de beber nos trabalhadores da chefia foi menor se comparado aos operários, em indivíduos com idade 40-49 anos o menor nível de decisão no trabalho aumentou a frequência de beber pesado, já em indivíduos com 20-29 anos, baixo apoio social no local de trabalho relacionou-se com o beber pesado.

O estudo de Barners e Zimmerman (2013) investigou a relação entre trabalho e álcool em uma amostra representativa de indivíduos entre 41-49 anos de mais de 1000 ocupações nos Estados Unidos. Os resultados evidenciaram que ocupações fisicamente exigentes são associadas com níveis mais altos de consumo de álcool e aquelas ocupações com maior engajamento social relacionaram-se negativamente com os dias de consumo da bebida.

Nesse contexto, as condições de trabalho adversas e os agentes estressores podem levar ao consumo excessivo de álcool, uma vez que os indivíduos encontram nessa substância

uma alternativa de fuga da realidade e fonte de prazer e alegria, mesmo que momentâneo. Por outro lado, os trabalhadores com dependência de álcool podem ter dificuldades de reinserção no mercado de trabalho e se submeterem a serviços precarizados, que não oferecem condições de trabalho adequadas, o que pode ocasionar uma piora da doença (CHENG *et al.*, 2012).

Destaca-se que o consumo de álcool por trabalhadores gera prejuízos pessoais e familiares, além de ter influência na produtividade da empresa e segurança no ambiente laboral. As consequências no âmbito do trabalho são diversas, a exemplo de altas taxas de rotatividade de emprego, conflitos entre colegas de trabalho, lesões, custos com benefícios de saúde e agressões. Essas repercussões diminuem a produtividade e a capacidade do profissional de competir no mercado de trabalho (BARNERS; ZIMMERMAN, 2013).

3.5.2. Modelo teórico do uso de álcool entre trabalhadores

O modelo teórico multinível de determinantes da saúde mental dos trabalhadores, proposto por Alain Marchand, objetiva explicar o uso indevido de álcool por profissionais. Inicialmente, Marchand conceitua o indivíduo como um agente incorporado em um ambiente social, o qual é composto por estruturas políticas, econômicas, sociais e culturais específicas, que variam de acordo com as sociedades. Assim, o indivíduo, inserido nesse contexto, é obrigado a lidar diariamente com essas estruturas, além disso, cada indivíduo interage de uma forma diferente com o ambiente. Cabe ressaltar que a relação indivíduo-ambiente pode ser fonte de bem estar ou sofrimento, o que pode ocasionar desfechos não esperados ou programados pelos indivíduos (MARCHAND, 2008).

Nesse contexto, Marchand traz o uso de álcool indevido como uma consequência, não intencional, da relação entre restrições e recursos que o indivíduo lida nas interações diárias. As restrições são os estressores, os quais influenciam a capacidade do agente em se adaptar ao ambiente. Já os recursos são fatores que protegem o indivíduo na relação diária com os estressores. Destaca-se que em algumas situações os recursos apenas reduzem os efeitos das restrições e não são capazes de eliminá-las completamente (MARCHAND, 2008; MARCHAND; BLANC, 2011; MARCHAND; PARENT-LAMARCHE; BLANC, 2011).

As restrições e os recursos podem vir de três níveis da vida social: estruturas macro sociais, estrutura da vida diária e personalidade dos agentes. As estruturas macro sociais estão articuladas com o sistema econômico, político e cultural, além da integração social e estratificação da sociedade. Nesse nível estão incluídos os grupos ocupacionais, que diferenciam entre si no que diz respeito às características da natureza do trabalho, tarefas realizadas, responsabilidades conferidas aos indivíduos e o setor de atividade que o trabalho é

realizado. Dessa maneira, há diferentes estruturas ocupacionais, o que repercute em restrições e recursos variados, que se alteram de acordo com o grupo ocupacional (MARCHAND, 2008).

No que diz respeito às estruturas da vida diária, o autor ressalta que esse nível é um arranjo intermediário entre o indivíduo e as estruturas sociais macro e inclui os componentes do trabalho, família e redes sociais. No âmbito ocupacional, as restrições e os recursos estão relacionados a quatro parâmetros principais de organização do trabalho: planejamento de tarefas (utilização de habilidades, autoridade de decisão), exigências no trabalho (físicas e psicológicas), relações sociais (assédio, violência) e gratificação (segurança do emprego, salário, prestígio). Porém, as restrições e recursos relacionados a esses quatro parâmetros sofrem influências do cargo ocupado pelo agente na estrutura ocupacional. De fato, o efeito das condições de trabalho é moderado pelo lugar que o agente ocupa na estrutura ocupacional. Por outro lado, os componentes fora do local de trabalho dizem respeito às relações familiares e sociais, a exemplo de tensão nas relações conjugais e parentais, níveis de renda, disponibilidade de apoio da rede social para lidar com os problemas, status parental e marital, dentre outros (MARCHAND, 2008; MARCHAND; BLANC, 2011; MARCHAND; PARENT-LAMARCHE; BLANC, 2011).

Por fim, o último nível é o da personalidade do agente. Marchand ressalta que a personalidade não é entendida apenas como traços ou estruturas de personalidade, mas, uma representação global das condições que caracterizam o indivíduo no que diz respeito ao seu corpo, mente e ambiente social. Assim, nesse âmbito estão incluídas as variáveis sexo, idade, estado de saúde física, hábitos de vida, eventos estressante na vida. Ademais, o modelo postula que a personalidade do agente pode modificar a relação entre o trabalho e o uso indevido de álcool (MARCHAND, 2008).

Dessa maneira, o modelo define três hipóteses acerca do uso indevido de álcool:

- 1) As estruturas ocupacionais e as restrições/recursos no local de trabalho contribuem de forma independente para o uso de álcool.
- 2) O efeito das restrições/recursos no local de trabalho são moderados pela posição do agente na estrutura ocupacional.
- 3) Personalidade do agente, família e rede social fora do trabalho modulam os efeitos das restrições/recursos no local de trabalho.

3.6. CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os serviços de saúde são estabelecimentos que prestam assistência de saúde à população, incluindo promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino, em todos os níveis de complexidade. Os profissionais de saúde são trabalhadores que atuam nesses serviços, no âmbito público ou privado e estão diretamente envolvidos em ações com os usuários ou prestam apoio à gestão clínico-assistencial (BRASIL, 2005). É possível dividir as profissões da saúde em: **núcleo** – aquelas de atendimento típico à saúde, como médicos, enfermeiros, dentistas; **afins** – que inclui os nutricionistas, assistentes sociais, biólogos; e **complementar** – trabalhadores que não estão diretamente vinculados ao atendimento de saúde propriamente dito (DEDECCA; TROVÃO, 2013). Estima-se que há, no mundo, 59,8 milhões de trabalhadores de saúde, 39,5 milhões prestam assistência direta e 19,8 milhões atuam nos serviços de gerenciamento e suporte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

O principal objetivo do trabalho em saúde é o cuidado ao indivíduo (ZANATTA; LUCCA, 2015), além disso, é caracterizado por gerar produtos não materiais e, a produção e o consumo acontecem ao mesmo tempo. A criação de novas tecnologias demanda novas ocupações e não produz economia de força de trabalho, o que caracteriza o setor como dependente do trabalho humano (VARELLA; PIERANTONI, 2008; ASSUNÇÃO; LIMA, 2012). Destaca-se que as ações de saúde vão além dos procedimentos técnicos e do conhecimento científico, uma vez que envolvem intensa carga emocional, pois esses profissionais lidam diretamente e constantemente com o sofrimento humano e precisam manter o controle e a dignidade para lidar com as situações e desfechos negativos (ZANATTA; LUCCA, 2015).

No cotidiano de trabalho, esses profissionais estão expostos a riscos e vulnerabilidades que estão relacionados a agentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais (CHIODI; MARZIALE, 2006). Os riscos físicos são as diversas formas de energia que os trabalhadores estão expostos: os ruídos, as vibrações, as temperaturas extremas, as radiações ionizantes. Já os riscos químicos são substâncias ou produtos químicos que podem penetrar no organismo pela via respiratória, como gases e vapores, ou possam ser absorvidos através da pele ou serem ingeridos. Os riscos biológicos dizem respeito a agentes biológicos, como vírus, bactérias, protozoários, fungos, etc. Em relação aos riscos ergonômicos, são aqueles associados à adequação entre o homem e o trabalho e incluem a adoção de posturas inadequadas, movimentação de pacientes, materiais e mobiliários não adaptados. Por fim, os

riscos psicossociais relacionam-se a fadiga e a tensão, perda de controle sobre o trabalho, horas extras, excesso de carga de trabalho, entre outros (CHIODI; MARZIALE, 2006).

Os profissionais de saúde estão em risco de serem acometidos por problemas físicos e psicológicos-afetivos relacionados às condições de trabalho (BROTTO; ARAUJO, 2012). Atualmente, há maior necessidade de identificar novas formas de adoecimento dos profissionais de saúde, muitas vezes mal caracterizadas como o estresse e a fadiga física e mental que podem estar relacionadas ao trabalho (OLIVEIRA; CHAVES-MAIA, 2008).

Alguns fatores ocupacionais podem ser associados ao adoecimento dos trabalhadores, a exemplo das interações construídas no ambiente de trabalho de maneira hierarquizada e verticalizada. O setor de saúde foi muito influenciado pelos modelos produtivos industriais, que são modelos hegemônicos em que há uma intensificação da divisão do trabalho manual e intelectual, que pode levar a modelos autoritários e prejudicar a saúde dos trabalhadores (BROTTO; ARAUJO, 2012). Além disso, esses profissionais, não raras vezes, tem mais de um ou dois vínculos empregatícios para complementar a renda, o que pode gerar desestímulo e cansaço, não possibilitando períodos de descanso e lazer.

Outra importante característica do trabalho em saúde é que o número de profissionais é insuficiente à demanda e os salários são pouco atrativos, o que ocasiona sobrecarga de trabalho e prejuízos na qualidade de vida desses trabalhadores (OLIVEIRA; CHAVES-MAIA, 2008). Destaca-se que diante da crise econômica, as empresas utilizam o processo de precarização do emprego, o que leva a modificação de acordos coletivos, contratos temporários, terceirização, ausência de contratos e os trabalhadores, muitas vezes, se submetem a essas condições (ASSUNÇÃO; LIMA, 2012).

Do ponto de vista psicológico, a frustração, muitas vezes, é um sentimento constante entre esses profissionais. Esses trabalhadores escolhem essa área por um desejo de cuidar e a realidade do serviço o distancia desse objetivo, dessa maneira, surge o sentimento de frustração e insatisfação. Assim, esses profissionais podem adoecer, pois é requisitado que eles cuidem do usuário, utilizando seus conhecimentos e habilidades, porém, por outro lado, é impedido de exercê-las, devido à necessidade de diversas demandas burocráticas e institucionais de trabalho (BROTTO; ARAUJO, 2012). Além disso, é adicionado a essa realidade, as incertezas do futuro, desgaste físico e competitividade do mercado de trabalho (SANTOS *et al.*, 2012). Outro problema crescente e emergente no setor saúde é o aumento dos maus-tratos e da violência nos locais de trabalho, o que afeta de maneira significativa a autoestima e a dignidade pessoal dos trabalhadores (ASSUNÇÃO; LIMA, 2012).

Em outra perspectiva, também é importante ressaltar as gratificações do trabalho em saúde, pois é possível aliviar a dor e o sofrimento humano, curar doenças, salvar vidas, aconselhar, educar, prevenir agravos, o que gera um sentimento de competência e satisfação (ZANATTA; LUCCA, 2015). No entanto, deve ser levado em consideração que para promover o cuidado ao paciente e o alcance dos objetivos de cura, prevenção e recuperação, deve ser exercido o cuidado dos próprios profissionais de saúde (SANTOS *et al.*, 2012). A qualidade do cuidado em saúde está relacionada com a forma que os serviços de saúde levam em consideração as necessidades e subjetividade dos trabalhadores, assim, é imprescindível que os serviços ofereçam condições de trabalho adequadas e qualificação profissional desses trabalhadores (ASSUNÇÃO; LIMA, 2012).

3.7. USO DE ÁLCOOL ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde estão expostos a um grande número de estressores no trabalho. Esses trabalhadores convivem com os estressores físicos e, sobretudo, os psicológicos. No dia a dia da profissão lidam com as características peculiares do trabalho em saúde, a exemplo de convívio com o sofrimento humano, bem como se deparam com falta de recursos materiais, escassez de mão de obra, baixos salários, carga horária extensa, dentre outros. Diante disso, estão em risco de utilizarem substâncias psicoativas de maneira abusiva, como o álcool, para lidar com os problemas diários e situações adversas (PIKÓ, 1999; KENNA e LEWIS, 2008; RIBOLDI, BORDINI, FERRARIO, 2012).

Diante dessa problemática, realizou-se uma revisão de literatura com o objetivo de compreender a relação entre as condições de trabalho dos profissionais de saúde e o uso abusivo/dependência de álcool. Dessa maneira, foi feito um levantamento dos estudos que abordaram o tema no Brasil e no mundo.

Inicialmente, foi definido o problema de pesquisa: as condições de trabalho se relacionam com o uso abusivo/dependência de álcool? Posteriormente os critérios de seleção dos artigos foram elencados: artigos que estudaram a temática; que investigaram fatores associados ao abuso/dependência de álcool entre esses profissionais e não apenas a prevalência do problema e publicados entre 1990 e 2015.

A coleta de dados ocorreu entre agosto a novembro de 2016 e foram utilizadas as bases de dados PubMed, a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), em que o acesso se deu através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Em relação aos descritores, foram selecionados aqueles encontrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e conferidos no *Medical Subject Headings* (MESH), a saber: condições de trabalho (*working conditions/ condiciones de trabajo*), jornada de trabalho (*work hours/ horas de trabajo*), saúde do trabalhador (*occupational health/ salud laboral*), satisfação no emprego (*satisfacción en el trabajo/ job satisfaction*), alcoolismo (*alcoholism/alcoholismo*), consumo de bebidas alcoólicas (*alcohol drinking/ consumo de bebidas alcohólicas*), bebedeira (*binge drinking/ borrachera*), bebidas alcoólicas (*alcoholic beverages/ bebidas alcohólicas*), pessoal de saúde (*health personnel/ personal de salud*).

Nessa perspectiva, após o cruzamento dos descritores, foram encontrados 119 artigos. Posteriormente, realizou-se a leitura dos títulos e resumos. Após essa etapa, foram selecionados 29 artigos, que foram analisados e interpretados.

A próxima fase foi realizar um quadro sinóptico com o objetivo de resumir as informações encontradas nos estudos e facilitar a interpretação e discussão dos resultados. Esse quadro incluiu os aspectos considerados relevantes pelos autores, são eles: referência, tipo de estudo, período em que a pesquisa foi realizada, tamanho amostral, objetivo geral, local do estudo, instrumento de triagem ou classificação utilizada para mensurar os transtornos por uso de álcool, prevalência do transtorno por uso de álcool e fatores relacionados a esse problema (**QUADRO 3**).

O período de publicação dos artigos foi entre o ano de 1990 e 2014, sendo que o ano de 2012 foi o que teve maior número de estudos ($n = 5$), o que correspondeu a 17,2% das publicações.

No que diz respeito ao tipo de publicação, 89,6% dos estudos eram transversais ($n = 26$), 6,9% ($n = 2$) coortes retrospectivas e 3,5% ($n = 1$) série de casos. É reconhecida a limitação dos estudos transversais, uma vez que esse tipo de delineamento não permite estabelecer uma relação temporal entre exposição e desfecho, dessa maneira, a associação pode não refletir uma relação causal. Em relação ao uso de álcool, esse tipo de delineamento pode gerar dúvidas, não se sabe se as condições de trabalho levaram aos transtornos por uso de álcool ou se aqueles indivíduos com problemas relacionados à bebida tendem a ter piores condições de trabalho. Além disso, no âmbito da saúde ocupacional, temos a possibilidade do “efeito do trabalhador sadio”, que aponta melhores indicadores de morbidade e mortalidade entre os indivíduos empregados quando comparados com aqueles sem nenhuma ocupação (RAFFONE; HENNINGTON, 2005). De fato, as pessoas que apresentaram sérios problemas com álcool podem estar afastadas do serviço ou desempregadas, o que impede a inclusão

desses indivíduos nos estudos e melhor conhecimento do problema. No entanto, vale ressaltar, que os estudos transversais são importantes na área de saúde ocupacional e não são inviabilizados por essas limitações.

Em relação ao local de estudo, 93,1% (n = 27) eram estudos internacionais, sendo que a maior parte ocorreu nos Estados Unidos (17,2%), seguido pela Alemanha (10,3%). No Brasil, há duas publicações, uma em Belo Horizonte/Minas Gerais e a outra em Ribeirão Preto/São Paulo.

Já em relação aos instrumentos utilizados para a classificação dos transtornos por uso de álcool, 55,2% (n = 16) dos estudos utilizaram perguntas sobre a frequência de consumo de álcool, 31,0% (n = 9) o AUDIT, 10,3% (n = 3) o CAGE e 3,5% (n = 1) o CID-10. Aqueles estudos que utilizaram perguntas sobre frequência de consumo apresentaram diferentes referências para as classificações de uso, que, na maioria das pesquisas, eram as normas estabelecidas no país.

Na perspectiva das categorias profissionais, a maioria dos estudos (58,6%) investigou os profissionais médicos. O segundo grupo mais estudado foi a equipe de enfermagem, com 6 estudos (20,7%). Uma pequena parte das publicações, 13,8% (n = 4), investigou o problema em mais de uma ocupação da saúde. Por fim, 2 pesquisas (6,9%) analisaram o uso de álcool em dentistas. Assim, é possível perceber a hegemonia de pesquisas com médicos, o que desperta a necessidade de maior investigação desse problema nas outras categorias de profissionais da saúde, visto que também são trabalhadores expostos a diversos estressores intrínsecos do serviço em saúde e necessitam de intervenções em promoção da saúde no trabalho.

Outro fator importante analisado é a prevalência dos transtornos de uso de álcool. Ressalta-se a dificuldade de comparação de prevalência entre os estudos que utilizaram diferentes referências para as classificações do consumo da substância. É possível analisar os valores entre as pesquisas que utilizaram instrumentos padronizados e validados: o AUDIT, CAGE e CID-10. Em relação ao AUDIT, dos 9 estudos que utilizaram esse instrumento, é possível observar prevalências de uso perigoso de álcool que variam entre 4,1%, no estudo de Issa e colaboradores (2012) com médicos na Nigéria e 30% em médicos da Suíça no estudo de Sebo e colaboradores (2007). Em relação ao instrumento CAGE, a proporção de CAGE positivo variou entre 12,9% em médicos dos EUA (MOORE; MEAD; PEARSON, 1990) e 18,9% em médicos da Alemanha (UNRATH *et al.*, 2012). No que diz respeito ao CID-10, apenas um estudo utilizou essa classificação e obteve uma prevalência de 22,8% de

dependência e 12,3% de uso nocivo em anesthesiologistas de São Paulo/Brasil (ALVES *et al.*, 2012).

Em relação aos fatores associados, o sexo masculino apresentou-se como fator de risco em diversos estudos (FERNÁNDEZ *et al.*, 2001; WINWOOD; WINEFIELD; HLUSHIN, 2003; ROSTA; AASLAND, 2005; VOIGT *et al.*, 2009; GROSS *et al.*, 2009; SCHLUTER; TURNER; BENEFER, 2012; UNRATH *et al.*, 2012). De fato, os homens consomem mais álcool do que as mulheres em todas as regiões do mundo (REHM, 2009), isso, não raras vezes, está relacionado ao fato das mulheres cuidarem mais da saúde e por questões socioculturais (JOMAR; ABREU; GRIEP, 2014). No entanto, sabe-se que o consumo de álcool entre as mulheres está aumentando e muitas vezes os casos de abuso/dependência entre elas não são reconhecidos ou divulgados (MARIESTELA; BRESSAN, 2007).

No que diz respeito aos fatores ocupacionais, um estudo transversal realizado por Schluter e colaboradores (2012) na Austrália e Nova Zelândia com 4419 enfermeiras e parteiras evidenciou que a carga horária de trabalho estava associada com o consumo de alto risco de álcool, com um efeito dose-resposta, ou seja, quanto maior a carga horária, maior o risco. O excesso de horas de trabalho impede que o corpo e a mente se recuperem, o que favorece adoecimentos, a exemplo de fadiga, lesões osteomusculares, ansiedade, depressão, entre outros. Além disso, destaca-se que a sobrecarga de horas trabalhadas diminui o tempo livre para alimentação, lazer, repouso, sono e de contato social e familiar, o que leva a um desgaste físico e emocional do indivíduo (ROBAZZIL *et al.*, 2012). Esse achado também foi encontrado no estudo transversal de Unrath e colaboradores (2012), na Alemanha, com 793 médicos generalistas. No entanto, a carga de horário de trabalho semanal associou-se negativamente com o abuso de álcool (OR = 0,48). A possível explicação é que a presença de algum transtorno por uso de álcool conduz a um baixo estado funcional e, assim, uma redução média de horas semanais de trabalho.

Nessa perspectiva de carga horária, ressalta-se o estudo de Trinkiff e Storr (1998) conduzido com 3917 enfermeiros dos EUA, que evidenciou que as horas extras, os turnos de trabalho maior que 08 horas, trabalhar um ou dois fins de semana por mês e turnos rotativos aumentou a probabilidade de uso de álcool.

Kenna e Wood (2004) realizaram um estudo com quatro profissões da área da saúde: dentistas, enfermeiros, farmacêuticos e médicos, totalizando uma amostra de 479 profissionais dos Estados Unidos da América (EUA). Os achados mostraram que os profissionais médicos estão em maior oferta de álcool por fabricantes em eventos e que os dentistas recebem mais

estímulo de uso do álcool por amigos e colegas de trabalho. Além disso, enfermeiros e dentistas relataram apresentarem maiores problemas com o álcool em relação aos outros profissionais e os dentistas relataram maiores episódios de beber pesado no mês anterior. De fato, a disponibilidade representa um dos componentes essenciais do consumo de substâncias (DUALIBI; LARANJEIRA, 2007).

Uma grande coorte retrospectiva foi realizada por Moore, Mead e Pearson colaboradores (1990), nos EUA, que objetivou identificar os precursores juvenis de abuso de álcool entre 1014 médicos do sexo masculino. O resultado foi que 12,9% desses profissionais abusavam de álcool. Alguns fatores de risco foram identificados: ascendência não judaica, tabagismo, história de algum problema por bebida, história materna de problemas por álcool, consumo de bebida em locais não sociais e ansiedade como uma resposta a situações estressantes.

Destaca-se outros fatores associados aos transtornos por uso de álcool em profissionais de saúde evidenciados por estudos descritos no quadro sinóptico: comprometimento excessivo com a carreira, exaustão emocional, especialidades cirúrgicas, altos níveis de estresse no trabalho, sobrecarga de trabalho, níveis elevados de estresse no lazer, idade avançada, trabalhar na iniciativa privada, maiores escores de saúde mental e conflito de casa e trabalho.

No âmbito nacional, foram encontradas duas pesquisas que objetivaram estudar o problema em profissionais da área da saúde. No entanto, as duas amostras foram compostas apenas por anestesiológicos, o que impede explorar melhor outras profissões da área da saúde, uma vez que cada ocupação possui suas peculiaridades que podem atuar ou não como fatores de risco para o uso de álcool. O estudo de Alves e colaboradores (2012) foi realizado com 57 anestesiológicos atendidos em um serviço de referência de álcool e drogas no estado de São Paulo. Um dos resultados encontrados foi que os profissionais com transtornos por uso de álcool demoraram mais tempo para buscar atendimento em serviços de referência de álcool e drogas. O outro estudo de Neves e Pinheiro (2012) abordou 157 anestesiológicos de Belo Horizonte-MG e mostrou que a sobrecarga de trabalho estava associada ao CAGE positivo.

Dessa maneira, é possível constatar que há estudos que evidenciam que as condições de trabalho podem influenciar os transtornos por uso de álcool. Porém, são necessários mais estudos, com instrumentos validados e padronizados, que mostrem a real dimensão do problema e investiguem outras condições de trabalho. Além disso, é imprescindível explorar o problema em outras profissões da área da saúde. Ademais, ressalta-se que no Brasil o tema

precisa ser mais abordado, uma vez que as condições de trabalho modificam de acordo com as características da profissão e do país estudado.

QUADRO 3 – Descrição dos estudos incluídos na revisão de literatura. Belo Horizonte - Minas Gerais, 2016.

Referência	Tipo de estudo	Período	Amostra	Objetivo	Local	Escala	Prevalência	Fatores Associados
Moore R.D, Mead L., Pearson T.A, 1990	Coorte retrospectiva	1946-1986	1014 médicos do sexo masculino	Identificar precursores juvenis de abuso de álcool em médicos.	EUA	Consumo excessivo de álcool (4 ou mais doses/dia); CAGEe auto-definição de alcoolismo	12,9% abusavam de álcool	- Ascendência não judaica (RR: 2,9). - Tabagismo (RR: 2,0). - História de algum problema por bebida (RR: 2,4). - História materna de problemas mentais por álcool (RR: 1,9). - Consumo de álcool em locais não sociais (RR: 1,7). - Ansiedade como uma resposta a situações estressantes (RR: 1,5).
Plant M.L, Plant M.A, Foster J., 1991	Transversal	1989-1990	600 enfermeiros	Verificar a existência do uso de álcool, tabaco ou drogas entre diferentes sub-grupos de enfermeiros.	Escócia	Consumo de alto risco:>35 unidades de álcool na semana passada por mulheres e >50 por homem	2,2% das mulheres e 4,3% dos homens	- Enfermeiros psiquiátricos do sexo feminino comparado a outras categorias de enfermeiros (p<0,001). - Sexo masculino (p< 0,001).
Trinkoff A.M, Storr C.L., 1998	Transversal	1994	3917 enfermeiros	Examinar a relação entre uma ampla gama de características do horário de trabalho (turno, duração, etc.) e uso de álcool.	EUA	Consumo de 5 ou mais doses em uma única ocasião	7,0%	- Horas extras (p<0,001). - Turnos de trabalho maiores que 08 horas (p<0,001). - Trabalhar um ou dois fins de semana no mês (p<0,001). -Turnos rotativos (p<0,001).
Baldwin P.J, Dodd M., Rennie J.S, 1999	Coorte retrospectiva	1999	183 dentistas (graduados de 1991 e 1994)	Descrever as condições de trabalho dos jovens dentistas e identificar os efeitos diferenciais por sexo e por coorte e fatores associados à condições de saúde	Escócia	Questões sobre consumo de bebidas e autoclassificação de bebedor (leve, moderado ou pesado).	Média de 13 unidades na semana anterior. Homens :17 unidades, Mulheres: 10 unidades. Auto classificação de bebedor: 46% leves, 38% moderados e 6% pesados	- Quanto mais sintomas psicológicos as mulheres relatavam (maior pontuação no GHQ-28) mais elas bebiam (p=0,001)

Collins, R.L, Gollnisch G., Morsheimer E.T, 1999	Transversal	?	1.363 enfermeiras e 587 auxiliares de enfermagem	Examinar o uso de substâncias auto-reportadas por enfermeiras no contexto de fatores relacionados à enfermagem e das características demográficas.	EUA	Auto-relato de dependência e questões sobre frequência de consumo de álcool	96,1%, 92,2% dos enfermeiros e auxiliares, respectivamente, utilizaram álcool na vida e 69,9% e 58,3% no mês passado, respectivamente. 5,7% relataram que eram dependentes (2,2 % eram enfermeiros e 2,8% auxiliares).	- Ser enfermeiro comparado ao auxiliar de enfermagem ($p<0.001$). - Enfermeiros hospitalares ($p<0,02$). - Enfermeiros com idade entre 18-44 ($p<0.001$).
Pikó B., 1999	Transversal	?	218 enfermeiros	Investigar a relação entre níveis de estresse no trabalho dos enfermeiros e algumas características psicossociais e organizacionais do seu trabalho.	Hungria	Frequência de consumo de álcool no último ano.	Uso de álcool diariamente de acordo com nível de estresse: Baixo (0,0%), Médio (0%) Alto (2,7%).	- Altos níveis relatados de estresse ($p<0,01$).
Berry C.B, et al 2000	Transversal	1999	218 anestesistas	Quantificar o problema de álcool e drogas entre anestesistas do Reino Unido e Irlanda e explorar como esses casos foram manejados e se existem políticas hospitalares para auxiliar na gestão desses casos.	Reino Unido e Irlanda	Indivíduos que receberam alguma atenção do departamento para o uso de álcool foram considerados com problemas com álcool.	39% dos entrevistados relataram casos concretos de uso indevido de álcool nos últimos 10 anos	- Pessoas mais jovens com problemas de uso indevido tendiam a ter graus mais baixos de NHS e vice-versa ($p<0,005$). - Anestesistas mais velhos tiveram mais problemas com álcool ($p<0,05$).
Fernández, E.R, et al. 2001	Transversal	1997	232 médicos da atenção primária	Conhecer o consumo pessoal de álcool dos médicos da atenção primária.	Espanha	Questionário do consumo pessoal de álcool (CCPA) - padrão de consumo, consumo diário e	22,97% bebiam em excesso.	-Sexo masculino ($p<0,05$).

						idade que iniciou.		
Kivimaki M. <i>et al.</i> , 2001	Transversal	1998	689 enfermeiras do sexo feminino	Examinar a associação entre trabalho por turnos e hábitos de saúde (tabagismo, álcool, sedentarismo e excesso de peso).	Finlândia	3 índices: - gramas de álcool puro por semana - abstinência (sim/não) - beber pesado (consumo de >210g de álcool puro por semana)	4,8% bebiam pesado e 10,1% eram abstinentes.	- Não houve associação significativa.
Rosta J., 2002	Transversal	2000	312 médicos na Alemanha e 260 na Dinamarca	Comparar os padrões de consumo de clínicos gerais e profissionais hospitalares entre Aarhus, na Dinamarca e Mainz, na Alemanha e determinar os precursores do uso de álcool de risco entre os médicos.	Alemanha e Dinamarca	Questões sobre o padrão de consumo de álcool	12,7% ; 18,9% em Aarhus e 2,5 ; 5,8% % em Mainz foram considerados bebedores de risco e bebedores pesados esporádicos, respectivamente.	-Em Aarhus, a proporção de médicos abstêmios foi menor e de bebedores de risco foi maior comparada com os médicos de Mainz.($p<0,02$). - Sexo masculino (na Alemanha) – $p<0,05$. -Médicos da atenção primária ($p<0,05$).
Winwood P.C, Winefield A.H, Lushington K, 2003.	Transversal	2001	308 dentistas	Identificar a extensão de Distúrbios por uso de álcool na Austrália do Sul e determinar as contribuições relativas de estresse profissional e pessoal no uso de álcool.	Austrália	AUDIT	Uso perigoso: 4,57% nos homens e 2,41% nas mulheres.	- Sexo masculino. - Iniciativa privada. -Tendência de beber excessivamente antes da graduação. - Ansiedade. -Idade mais avançada.
Kenna G.A,			479 profissionais de saúde(113 dentistas 129 enfermeiros 133 farmacêuticos e 104 médicos)	Avaliar o uso de álcool e o uso indevido, a partir de quatro das principais	EUA	Uso regular; uso diário; uso de álcool pesado episódico; uso pesado de álcool; uso de álcool	Uso pesado de álcool episódico: 15,9% dentistas, 8,5% enfermeiros, 12% farmacêuticos, 7,7% médicos. Uso de álcool	- Dentistas relataram maiores episódios de beber pesado no mês passado (OR = 2,12). - Maior oferta de álcool pelos fabricantes na profissão médica ($p<0,05$).

Wood M.D, 2004	Transversal	2002		profissões de saúde		pesado e consistente; uso pesado de álcool no ano passado	pesado: 0,9% dentistas, 0,8% enfermeiros, 0% farmacêuticos, 1,9% médicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Dentistas (OR = 2,6) e enfermeiros (OR = 2,3) relataram a maioria dos problemas em geral. - Mais enfermeiros relataram não estar bebendo. - Os profissionais de saúde mais velhos bebiam significativamente mais do que os entrevistados mais jovens. - Foram oferecidos álcool para os dentistas significativamente mais vezes por amigos e colegas de trabalho do que os enfermeiros, farmacêuticos ou médicos.
Kenna G.A, Wood M.D, 2005	Transversal	2002	113 dentistas e 104 médicos	Obter a prevalência de abuso de substâncias entre dentistas e comparar com uma amostra de médicos e da população geral.	Nordeste dos EUA	Perguntas sobre o consumo (uso pesado e uso esporádico)	Uso pesado no mês passado: 0,9% dentistas; 1,9% médicos e 5,7% pop. geral	<ul style="list-style-type: none"> - Dentistas consumiam mais álcool que os médicos ($p < 0,05$). - Médicos estavam em mais situações de oferta de álcool por empresas farmacêuticas ($p < 0,001$).
Rosta J., Aland O., 2005	Transversal	2000	1120 médicos	Avaliar se o uso de álcool e o consumo de risco de médicas do sexo feminino são diferentes do consumo dos médicos em especialidades cirúrgicas e não cirúrgicas.	Noruega	AUDIT	Uso perigoso: mulheres cirurgiãs (18%) e não cirurgiãs (7,6%). Homens cirurgiões (29,7%) e não cirurgiões (21,7%).	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo masculino (OR: 2,67). - Especialidade cirúrgica (OR: 1,68). - Ter 45 anos ou mais (OR: 1,53).
Sebo, P., et al, 2007	Transversal	2002	1784 médicos	Determinar o comportamento de tabagismo e etilismo entre médicos e comparar estes resultados com a população geral da suíça.	Suíça	AUDIT versão C	30% eram bebedores de risco	<ul style="list-style-type: none"> - Idade entre 45-65 anos ($p < 0,001$). - Viver sozinho ($p < 0,001$). - Ser o principal contribuinte da família ($p = 0,007$).

Kenna G.A, Lewis D.C, 2008.	Transversal	2002	748 profissionais de saúde, sendo: 178 dentistas, 188 enfermeiros, 186 farmacêuticos e 196 médicos	Investigar os fatores de risco que contribuem para o uso de álcool e outras drogas por profissionais de saúde .	Islândia	Perguntas sobre frequência de consumo de álcool	-	- Uso atual de cigarro (p <0,01). - Idade por volta de 35anos (p<0,01). - Círculos sociais e ofertas de produtos farmacêuticos foi um preditor significativo para o não uso (p<0,01).
Rosta J., 2008	Transversal	2006	1.917 médicos	Apresentar dados representativos sobre o uso de álcool entre médicos de hospitais na Alemanha.	Alemanha	AUDIT versão C	19,8% eram bebedores perigosos, sendo 28% homens e 7,1% mulheres.	- Homens, com idades entre de 45 e 65 anos (OR: 2,09). - Sexo masculino (OR: 4,72). - Especialidade cirúrgica (OR: 1,34).
Gross et al, 2009	Série de Casos	1999-2002	23 profissionais de saúde	Traçar o perfil de profissionais de saúde atendidos de 1999-2002 em um serviço de saúde mental para profissionais dependentes de álcool e drogas.	Reino Unido	Questões sobre a frequência do consumo de álcool.	Média de consumo de álcool: 32,1 ± 13,6 unidades / dia no momento da internação.	- Sexo masculino (p<0,001). - Mulheres com carreiras mais curtas (p<0,001).
Voigt K. et al 2009	Transversal	2004-2006	940, sendo: 642 médicos gerais e cirurgiões e 298 estudantes de medicina	Avaliar a prevalência de tabagismo e nível de consumo de álcool e substâncias ilegais entre médicos e estudantes de medicina.	Alemanha	Perguntas sobre frequência do consumo de álcool	O consumo de álcool perigoso foi de 17,5%; 9%; 5,8% e 9,2% para médicos homens, alunos homens, médicas e alunas médicas respectivamente e o consumo nocivo de álcool foi de 10%; 30%; 1,9% e 13,8%	- Sexo masculino.
Neves B;S, Pinheiro	Transversal	2010	157 anesthesiologistas	Traçar um perfil epidemiológico e ocupacional dos	Belo Horizonte-MG, Brasil	CAGE	15,4% com CAGE positivo.	- Sobrecarga de trabalho (p<0,05).

T.M.M, 2012				anestesiologistas de BH/MG				
Stafford L., Judd F., 2010	Transversal	2008	29 oncologistas ginecológicas	Examinar altos índices de morbidade psiquiátrica e burnout entre os oncologistas ginecológicas australianos	Austrália	AUDIT	10,3% receberam orientações para reduzir o consumo de álcool.	- Escores médios de morbidade psicológica (p = 0,02). - Exaustão emocional (p = 0,03). - Estresse no trabalho global (p<0.001).
Rodas E.G., et al, 2011	Transversal	2011-2012	493 médicos	Estabelecer uma linha de base sobre níveis de sintomas depressivos e uso problemático de álcool dos médicos jovens que se dispuseram a realizar o SERUMS.	Peru	AUDIT versão C	22% de mulheres e 26% dos homens com problemas de álcool, que incluem uso de risco, uso nocivo e provável dependência.	- Não houve associação significativas.
Alves H.N.P., et al, 2012	Transversal	2002-2009	57 anestesiologistas	Discutir a hipótese da influência de fatores ocupacionais na dependência química entre anestesiologistas de um serviço de referência de álcool e drogas.	São Paulo, SP, Brasil	CID-10	22,8% eram dependentes e 12,3% fazem uso nocivo.	- Aqueles que tiveram problemas iniciais com álcool demoraram mais tempo para buscar atendimento (p=0,037)
Dyrbye L.N. et al, 2012	Transversal	2010	7.197 cirurgiões	Avaliar a relação entre conflito de casa e do trabalho (W-HC) e as características pessoais e profissionais de cirurgiões americanos	EUA	AUDIT versão C	Abuso de álcool / dependência em 17,2% de cirurgiões com W-HC vs 14,2% em cirurgiões sem W-HC 14,4%.	- Cirurgiões com W-HC (P = 0, 003).
				Examinar os médicos do serviço			4,1% eram usuários	- Carga de trabalho pesada (p=0,01).

Issa B.A., et al, 2012	Transversal	?	241 médicos	de um Hospital Universitário da Nigéria quanto a sua utilização de álcool, e como o uso de bebida entre os médicos varia por especialidade, e fatores sociodemográficos.	Nigéria	AUDIT	perigosos e 12,0% usuários moderados	
Schluter P.J, Turner C, Benefer C., 2012	Transversal	2006-2008	4.419 enfermeiras e parteiras	Investigar a relação entre horas de trabalho e problemas com álcool entre enfermeiras e parteiras	Austrália e Nova Zelândia	Questionário de frequência alimentar da Austrália (>2 drinques por dia – alto risco)	13,9% tinham consumo de alto risco e 1,6% declararam que já foram diagnosticados com problema de dependência alcoólica.	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo masculino (OR: 2,68). -Idade avançada (>60 anos: OR: 2,30). -Tabagismo (OR: 1,90). -Carga horária de trabalho (efeito dose-resposta) – >50h semanais -OR: 1,46. - Alto estresse no trabalho (OR: 0,67). - Escores altos de saúde mental (OR: 0,99).
Unrath M, et.al 2012	Transversal	2009	793 médicos generalistas	Identificar possíveis fatores de risco para AUD (Transtorno de consumo de álcool), como dependência ou abuso dentro da população de médicos trabalhando no setor ambulatorial da Alemanha.	Alemanha	CAGE	18,9% com CAGE positivo	<ul style="list-style-type: none"> - Altos níveis de estresse no lazer (OR: 2,5). - Comprometimento excessivo no trabalho (OR: 1,35). - Sexo feminino (OR:0,64). - Idade avançada (OR: 4,0 para o grupo de 60 anos ou mais). - Carga de horário de trabalho semanal (OR = 0,98). - Resiliência (OR: 0,48).
Heponiemi T. et al, 2013	Transversal	2006	2.370 médicos	Examinar se o setor público era um ambiente de trabalho mais árduo para os médicos do que o setor privado e se há	Finlândia	Consumo de álcool semanal absoluto em gramas.	Consumo em gramas por semana: 93 +- 137,2	<ul style="list-style-type: none"> - O consumo de álcool foi maior no setor público entre os médicos com 50 anos ou menos (p<0,01). - Médicos com mais de 50 anos, o consumo de álcool foi maior no setor privado. (p<0,01).

				associação com comportamentos de riscos à saúde.				
Fjeldheim C.B, et al, 2014	Transversal	2008-2011	131 paramédicos em treinamento	Avaliar e determinar a frequência, natureza e severidade da exposição direta ao trauma, sintomas de stress pós-traumático e outras psicopatologias entre paramédicos em treinamento e identificar fatores de risco e de resiliência para esse agravo.	África do Sul	AUDIT	Abuso de álcool (24%) e Dependência de álcool (8%)	- Não houve associação significativa.

4. MÉTODOS

4.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal integrado ao projeto de pesquisa “Condições de Emprego, Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores de Saúde”, que abordou diversas exposições e desfechos e foi realizado no período de 2008 a 2009, com o objetivo de descrever as características ocupacionais e sociodemográficas dos profissionais de saúde da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo foi composta por funcionários da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, que estavam em efetivo exercício na época da coleta de dados, o que correspondeu a 13.602 trabalhadores. Esses profissionais eram do nível técnico, médio e superior e encontravam-se distribuídos nas nove regionais da capital: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (**FIG.3**). Cabe ressaltar que todos os profissionais vinculados à rede foram elegíveis, independente do vínculo empregatício (permanente, temporário, estágio).

FIGURA 3 – Mapa das regionais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.



Fonte: Portal PBH. <http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/index.html>

Os profissionais de saúde eleitos para essa pesquisa foram aqueles inseridos nos 10 grupos de ocupação em saúde, sugeridos pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Foi realizada a equivalência entre os cargos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) e as ocupações em saúde da OMS (**QUADRO 4**).

QUADRO 4 - Equivalência entre os cargos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e as ocupações sugeridas pela Organização Mundial de Saúde.

Código OMS	Descrição OMS	Código SMSA-BH	Descrição SMSA-BH
10	Médicos	26	Médico
20	Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem	10,17,39	Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem
30	Dentistas e Técnicos de Odontologia	9,34,40,45	Auxiliar de Consultório Dentário, Odontólogo, Técnico de Higiene Dental, Técnico de Prótese Dentária
50	Bioquímicos e Técnicos de Laboratório	11, 20, 46, 41	Farmacêutico, Técnico de Radiologia, Técnico de Laboratório, Auxiliar de Laboratório
60	Profissionais de Nível Superior e Médio envolvidos com a Vigilância	3, 14, 18, 21, 22, 50	Agente Sanitário, Biólogo, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Fiscal de Nível Superior, Fiscal Sanitário, Veterinário
70	Agentes Comunitários de Saúde	8, 54	Agente Comunitário de Saúde, Assistente Social
80	Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos e afins	6, 23, 24, 33, 37, 44, 49	Terapeuta Ocupacional, Técnico Óptica, Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Artista Plástico
90	91 – Profissionais de Nível Superior	43	Técnico de Nível Superior
	92 – Profissionais de Nível Médio	4, 42, 47	Agente Serviço de Saúde, Técnico de Serviço Saúde
	93 – Administrativos, Serviços Gerais e Outros	1, 2, 5, 7, 12, 13, 15, 16, 19, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 48, 51, 52	Administrador, Administrativo, Agente de Serviço de Saúde, Ajudante de Serviço Operacional, Ascensorista, Auxiliar de Serviço Administrativo, Auxiliar de Serviços Gerais, Estagiário, Limpeza, Motorista, Agente Portaria M/S, Agente Vigilância M/S, Office Boy, Oficial de Serviços, Técnico de Contabilidade, Técnico de Nível Médio, Telefonista, Vigilância/Portaria, Outros

Nota:OMS – Organização Mundial da Saúde; SMSA-BH – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

4.3. CÁLCULO AMOSTRAL E MÉTODO DE AMOSTRAGEM

Por se tratar de um estudo que abordou múltiplos eventos e desfechos, utilizou-se o cálculo amostral para populações finitas e sem reposição:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot (1 - p) \cdot (Z_{[\alpha/2]})^2}{p \cdot (1 - p) \cdot (Z_{[\alpha/2]})^2 + (N - 1)e^2}$$

Onde:

N: tamanho da população de estudo;

n: tamanho amostral;

p: prevalência do desfecho de interesse;

Z: percentil da distribuição normal;

e: precisão.

Considerou-se a proporção de 50%, que seria adequado para todos os desfechos de interesse, pois resultaria em um maior número amostral. Além disso, utilizou um nível de significância de 5%, precisão de 2,5% e tamanho da população de 13.602 trabalhadores. Optou-se por acrescentar 50% a mais do que o calculado para a reposição de potenciais recusas, perdas e erros de preenchimento. Dessa maneira, a amostra final foi dimensionada em 2.205 trabalhadores.

No que diz respeito ao processo de amostragem, utilizou-se o método aleatório estratificado e proporcional. A estratificação foi realizada de acordo com a ocupação do profissional, nível de complexidade e regional que o trabalhador estava inserido. O processo foi dividido em três etapas:

Primeira etapa: Identificação dos trabalhadores em efetivo exercício na rede municipal de saúde por meio de uma lista de distribuição de funcionários fornecida pelo departamento de recursos humanos da Prefeitura de Belo Horizonte.

Segunda etapa: Estratificação proporcional da população de estudo de acordo com três critérios: as regionais, o nível de complexidade e o grupo ocupacional. No que diz respeito às regionais, foi calculado a composição percentual de trabalhadores pelas áreas geográficas (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova). A seguir, estimou a composição percentual da amostra de acordo com os três níveis de complexidade da rede (atenção básica, unidades de urgência/emergência e gerências). Por fim, em cada nível de complexidade definiu-se a participação percentual de cada um dos 10 grupos ocupacionais sugeridos pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Terceira etapa: Realização do sorteio aleatório dos participantes do estudo a partir da lista de profissionais, utilizando números aleatórios gerados pelo *software* Epi Info, versão 6.0.

4.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi conduzida entre setembro de 2008 a janeiro de 2009 por meio de um questionário autopreenchível (**APÊNDICE 1**). Inicialmente, realizaram-se oito pilotos para avaliação do tempo de resposta do instrumento e o nível de dúvidas dos participantes. Esses pilotos foram conduzidos com trabalhadores de diferentes regionais, serviços, unidades e ocupações, além disso, a participação foi, em média, 20 respondentes em cada estudo. Esses participantes foram, posteriormente, excluídos do sorteio da amostra.

Após essa avaliação inicial, foram realizados ajustes pertinentes, exceto em questões de instrumentos já validados. Ao final, o questionário foi organizado em oito blocos de questões fechadas, semiestruturadas e autopreenchidas (**QUADRO 5**).

QUADRO 5 - Blocos do questionário utilizado para coleta dos dados

BLOCO 1: Informações sociodemográficas

Destinado a identificar os indivíduos selecionados, por exemplo, sexo, idade, número de filhos, situação conjugal, grau de escolaridade e cor da pele.

BLOCO 2: Informações gerais sobre o trabalho

Questões sobre a ocupação, antiguidade no serviço público e na unidade atual, realização de treinamento, vínculo, regime e jornada de trabalho.

BLOCO 3: Sobre o ambiente de trabalho

Tratava das condições de conforto do ambiente de trabalho, da existência e utilização dos equipamentos de proteção, da disponibilidade de equipamentos e materiais para o trabalho. Abordava, também, a exposição a riscos biológicos, químicos, físicos e organizacionais da atividade e os aspectos relativos à vacinação.

BLOCO 4: Características psicossociais do trabalho

Destinado a avaliar as características psicossociais do trabalho, como demanda física, demanda psicológica, controle e suporte social.

BLOCO 5: Atividades domésticas e hábitos de vida

Composto por perguntas relacionadas às atividades domésticas, participação em atividades de lazer e atividades físicas, fumo e uso de medicamentos.

BLOCO 6: Qualidade de vida

Tratava da auto avaliação sobre a qualidade de vida, a capacidade para o trabalho, relações interpessoais e satisfação pessoal.

BLOCO 7: Aspectos relacionados à saúde

Constituiu em questões sobre diagnóstico médico prévio de doenças, a percepção do estado de saúde, perguntas sobre faltas, afastamentos e licenças de trabalho, além de aspectos relacionados à saúde mental.

BLOCO 8: Atos de violência-vitimização

Questões específicas sobre agressões sofridas ou presenciadas no trabalho e fora dele, envolvendo usuários, familiares colegas ou hierarquia.

No que diz respeito à aplicação do questionário, uma equipe de nove entrevistadores foi treinada (oficina e manual do entrevistador) para a aplicação do instrumento no próprio local de trabalho e durante a jornada do trabalhador. O entrevistador se dirigia à unidade do participante sorteado após contato prévio e confirmação da presença do mesmo. Caso o trabalhador não fosse encontrado na terceira tentativa, ele era considerado uma perda. Ademais, os profissionais ausentes devido a férias, transferência de setor ou unidade, aposentadoria ou morte eram substituídos mediante novo sorteio, considerando os parâmetros de estratificação.

Estratégias de coleta foram utilizadas para maximizar as taxas de resposta. Entre essas medidas, destacam-se: sensibilização dos gerentes locais para apresentação da pesquisa; retorno ao local de trabalho quando o profissional sorteado estava ausente ou indisponível e treino e supervisão adequada dos entrevistadores (todos acadêmicos ou graduados na área da saúde). Ao final, obteve-se 23 recusas, 374 perdas e 1808 questionários foram respondidos, o que correspondeu a uma taxa de resposta de 82%. No estudo atual, foram excluídos 20 participantes que não preencheram o item sexo e 12 pessoas sem informações sobre idade, assim, o total da amostra final foi de 1776 indivíduos.

4.5 VARIÁVEIS

4.5.1. Variável desfecho

A variável dependente (desfecho) do estudo é o uso abusivo/dependência de álcool (não/sim), que foi obtida através do questionário CAGE (*Cutdown, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*). Esse instrumento foi desenvolvido por Ewing e Rouse em 1968 e validado no Brasil, por Masur e Monteiro, em 1983 para o rastreamento de uso abusivo/dependência de álcool (AERTGEERTS; BUNTINX; KESTER, 2004; AMARAL; MALBERGIER, 2004).

O CAGE é composto por quatro questões com opções de respostas sim e não:

- 1- Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?
- 2- As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?
- 3- Sente-se aborrecido consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber?
- 4- Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

O participante que obteve 2 ou mais respostas positivas ao instrumento foi incluído na categoria uso abusivo/dependência de álcool.

4.5.2. Variáveis de exposição

A escolha das variáveis de exposição foi baseada no modelo multinível de determinantes da saúde mental dos trabalhadores (MARCHAND, 2008; MARCHAND; BLANC, 2011). O autor divide as variáveis em: a) proximais (personalidade do agente - características individuais e da família), b) intermediárias (condições de trabalho) e c) distais (estrutura ocupacional). O quadro abaixo apresenta a relação das variáveis utilizadas em dois estudos desse autor com aquelas utilizadas no estudo atual e suas respectivas categorizações. Destaca-se que as variáveis selecionadas foram aquelas que mais se aproximaram dos estudos base.

a) Variáveis proximais

O **QUADRO 6** apresenta a categorização das variáveis próximas utilizadas nos estudos de Marchand e no atual.

QUADRO 6 - Adequação das variáveis proximais (individuais e familiares).

Variáveis	Categorizações		
	MARCHAND (2008)	MARCHAND e BLANC (2011)	Estudo atual
Proximais			
Status Conjugal	Com companheiro Sem companheiro	Com companheiro Sem companheiro	Com companheiro Sem companheiro
Status Parental	Número de filhos menor de 18 anos	Crianças com 5 anos ou menos Crianças 6-11 anos Crianças 12-24 anos	Número de filhos
Renda Familiar	Muito pobre Renda superior (Baseado na escala do Instituto de Québec – Canadá)	Escala de relação do tamanho da renda com o nível de suficiência (baixo, abaixo da média, média, acima da média, alto)	Até 2 salários mínimos 2-4 salários mínimos 4 ou mais salários mínimos*
Stress no Casamento	Escala de Wheaton (3 perguntas)	Não utilizou	Não utilizou
Tensão pai-filho	Escala de 5 pontos sobre a frequência de problemas entre pai e filho.	Não utilizou	Não utilizou
Suporte social fora do trabalho	3 perguntas que mediram o número de pessoas que o participante poderia contar.	Não utilizou	Atividades sociais vivenciadas (ex. visita a amigos, festa, barzinhos)
Sexo	Masculino Feminino	Masculino Feminino	Masculino Feminino
Idade	Anos completos	Anos completos	Anos completos
Educação	Não utilizou	Anos de escolaridade	Grau de escolaridade: Fundamental e médio Superior completo e incompleto

			Pós Graduação
Saúde Física	Número de doenças baseados em uma lista de 22 doenças ex.câncer, asma, hipertensão arterial.	Número de doenças baseados em uma lista de 27 doenças ex.câncer, asma, hipertensão arterial.	Número de doenças baseados em uma lista de 21 doenças. ex. câncer, asma, úlcera.
Transtorno Mental Comum (TMC)	Não utilizou	Não utilizou	Não Sim
Tabagismo	Número de cigarros por semana	Não especifica como a variável foi categorizada	Não fumante Ex fumante Fumante
Atividade Física	Frequência de participação em atividades físicas com duração entre 20-30 minutos (Nenhuma/ 4 vezes ou mais por semana)	Frequência de atividade física mensal de 15 minutos ou mais por semanal.	Nunca 1 ou 2 vezes por semana 3 vezes ou mais por semana
Eventos estressantes na infância	Número de eventos estressantes ocorridos antes dos 18 anos (ex. internação hospitalar por mais de 2 semanas, pais divorciados).	Não utilizou	Não utilizou

Nota: *O salário mínimo na época da pesquisa era de R\$415,00.

Utilizou-se o *Self Report Questionnaire (SRQ-20)* para avaliar a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC). O instrumento possui 20 questões e foi desenvolvido no início da década de 1980 pela OMS e validado no Brasil em 1986 por Mari e Williams (MARI; WILLIAMS, 1986; SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

A presença de TMC foi considerada positiva quando o participante respondeu sim a sete ou mais questões. Observa-se que os dois estudos de base do modelo teórico não utilizaram essa variável, no entanto, optou-se por incluí-la nessa pesquisa, pois alguns estudos na literatura evidenciaram relação entre morbidades psicológicas e uso de álcool (BALDWIN; DOOD; RENNIE, 1999; STAFFORD;JUDD, 2010).

O tabagismo foi abordado pela seguinte pergunta: “Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como: não fumante, ex-fumante ou fumante?”

Já para o suporte social fora do trabalho, utilizou a pergunta: Você participa de atividades de lazer? Se sim, quais atividades?. As opções de resposta eram: atividades culturais, atividades sociais e físicas.

b) Variáveis intermediárias

O **QUADRO 7** apresenta a categorização das variáveis intermediárias utilizadas nos estudos de Marchand e no atual.

QUADRO 7 - Adequação das variáveis intermediárias (características do trabalho).

Variáveis	Categorizações		
	MARCHAND (2008)	MARCHAND e BLANC (2011)	Estudo Atual
Intermediárias			
Utilização de habilidade	JCQ completo. Somatório de 6 itens.	JCQ. Somatório de 3 itens.	JCQ versão reduzida. Somatório de 6 itens.
Autoridade de decisão	JCQ completo. Somatório de 3 itens	JCQ. Somatório de 2 itens.	JCQ versão reduzida. Somatório de 3 itens.
Demandas físicas	JCQ completo. Somatório de 10 itens	JCQ. 1 item utilizado.	JCQ versão reduzida. Somatório de 3 itens
Demandas psicológicas	JCQ completo. Somatório de 9 itens	JCQ. Somatório de 2 itens	JCQ versão reduzida. Somatório de 5 itens
Remuneração por desempenho e prestígio	Frequência de pagamento por desempenho (Nunca/Sempre)	Não utilizou	Recompensa no trabalho: Baixo/Alto (Escala esforço-recompensa)
Suporte social no trabalho	Não utilizou	JCQ (3 itens)	JCQ versão reduzida (6 itens): Baixo/Alto
Demandas contratuais	Horas de trabalho total	Horas de trabalho total	Horas de trabalho total semanal
Horário de trabalho irregular	Nunca Sempre	Não Sim (rotação de horário, plantão e outros)	Horário de trabalho irregular (Não/Sim)=Rodízio de turnos: Não/Sim + Regime de plantão: Não/Sim
Assédio no local de trabalho	3 itens que abordavam problemas com colegas ou superiores: Não/Ocasionalmente/ Frequentemente/ Muito frequentemente	Não utilizou	Violência no trabalho: 2 perguntas que abordaram segurança dos objetos e episódio de violência ou agressão no trabalho (Não/Sim)
Insegurança do emprego	Emprego permanente Emprego temporário (com ou sem data de término)	JCQ (1 item).	Vínculo permanente: Não/Sim

As variáveis utilização de habilidade, autoridade de decisão, demandas físicas e psicológicas, foram obtidas por meio do *Job Content Questionnaire (JCQ)*. Esse instrumento permite a mensuração das características psicossociais do trabalho e é baseado no modelo bidimensional demanda-controle de Karasek (1979), o qual foi ampliado por Johnson (1986), com a inclusão do suporte social como uma terceira dimensão. Por meio do instrumento é

possível abordar cinco aspectos importantes do trabalho: nível de decisão (controle), demandas psicológicas, demandas físicas, apoio social e insegurança no emprego (KARASEK, 1985).

O tamanho recomendado do questionário é de 49 questões, além disso, ele pode ser auto administrado, levando em média 15 minutos para ser respondido. Destaca-se que ele foi validado no Brasil, em 2008, por Araújo e Karasek e apresentou um bom desempenho global (ARAÚJO; KARASEK, 2008).

Nessa perspectiva, o modelo demanda-controle relaciona dois aspectos do trabalho, demanda e controle. As demandas referem-se às exigências psicológicas e físicas na realização das tarefas diárias pelo trabalhador, o que pode incluir pressão de tempo, necessidade de se esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores, dentre outros. Já o controle no trabalho diz respeito ao uso das habilidades do profissional e sua autoridade decisória. Dessa maneira, ao aplicar o JCQ é possível construir quatro tipos básicos de experiência no trabalho baseados em características da demanda e controle do trabalhador, sendo eles: alta exigência (alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda e alto controle). Ressalta-se que as reações mais adversas de tensão psicológica ocorrem nos trabalhos com alta exigência, além disso, o suporte social baixo no trabalho aumenta ainda mais o risco dessas reações (KARASEK, 1985; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

No que diz respeito à demanda psicológica, a variável foi criada por meio de um somatório de 5 perguntas referentes ao ritmo de trabalho, tempo para a realização das tarefas, tarefas conflitantes e volume excessivo de trabalho. Já para a variável demanda física, foram somadas 3 perguntas que abordavam esforço físico, rapidez na realização de tarefas e pausas durante a jornada de trabalho. As opções de resposta para essas perguntas eram: “discordo fortemente”, “discordo”, “concordo” e “concordo fortemente” e cada opção correspondia a uma pontuação que variava entre 1 e 4, sendo que 1 indica baixa demanda psicológica ou física e 4 alta demanda psicológica ou física. Dessa maneira, o somatório para a variável demanda psicológica poderia variar entre 5 e 20 pontos e para demanda física entre 3 e 12 pontos.

Sobre o controle no trabalho abordou-se dois aspectos: utilização de habilidade e autoridade de decisão. Para a mensuração do uso de habilidades, foram utilizadas seis questões, que incluíram: aprendizagem de coisas novas, criatividade, desenvolvimento de

habilidades especiais e possibilidade de realização de diferentes tarefas. Em relação à autoridade decisória, o questionário continha três questões que abordavam a liberdade para decidir como realizar as tarefas e a possibilidade de tomada de decisão. Cabe ressaltar que as perguntas sobre controle no trabalho possuíam as mesmas opções de respostas dos itens sobre demandas, eram elas: “concordo fortemente”, “concordo”, “discordo” e “discordo fortemente”, sendo que cada opção apresentava uma pontuação de 1 a 4 (1 indicava pouca demanda ou pouco controle e 4, muita demanda ou muito controle). Assim, o somatório para o item habilidade poderia variar entre 6 e 24 pontos e o decisão entre 3 e 12 pontos.

Em relação ao suporte social no trabalho, foram utilizadas duas dimensões: o respeito e a ajuda dos colegas de trabalho e da chefia. O escore final foi construído a partir do somatório das 6 questões referentes a essas dimensões. Adotou-se o ponto de corte na mediana: valores iguais ou abaixo foram categorizados como baixo suporte, e os acima, como alto suporte (KARASEK, 1998).

Ainda em relação aos aspectos psicossociais do trabalho, foram incluídas algumas perguntas do questionário *effort reward imbalance* (escala desequilíbrio esforço recompensa). O instrumento se baseia no modelo desequilíbrio esforço-recompensa criado por Siegrist em 1996 e validado no Brasil por Chor e colaboradores no ano de 2008. Esse modelo postula que um alto grau de esforço associado a um baixo grau de recompensa no trabalho pode gerar um sofrimento emocional no trabalhador e reações de tensão associadas (SIEGRIST, 1996; CHOR *et al.*, 2008). A variável remuneração por desempenho foi criada a partir de três questões desse questionário, sendo elas: a) No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço; b) Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas; c) Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado. As opções de resposta eram: concordo, discordo e com isso, eu fico: nem um pouco estressado, um pouco estressado, estressado, muito estressado. Com o somatório dessas respostas foi construído um escore e, a partir da mediana, gerou-se duas opções: baixa e alta recompensa.

A variável horário de trabalho irregular foi construída a partir da junção de duas variáveis: rodízio de turnos e regime de plantão. Posteriormente, ela foi dicotomizada como Não/Sim. O indivíduo era incluído na categoria “Sim” se respondesse positivamente as duas perguntas.

No questionário do estudo atual não havia perguntas que abordavam assédio no local de trabalho, então, optou-se por usar a variável “violência no local de trabalho”. Esse item

incluiu duas variáveis: segurança dos objetos (Não/Sim) e episódio de violência ou agressão no trabalho (Não/Sim).

Por fim, a variável insegurança do emprego foi criada a partir da questão sobre vínculo de trabalho. Os vínculos municipal com concurso e municipalizado foram considerados seguros, ou seja, se enquadraram na categoria “Não” da variável.

c) Variável distal

A variável distal foi composta pelos grupos de profissionais de saúde. Inicialmente, os trabalhadores foram divididos em 10 grupos de ocupação em saúde, sugeridos pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Posteriormente, esses grupos foram classificados em outros dois grupos: profissionais do cuidado em saúde e do apoio em saúde. O grupo de trabalhadores do cuidado em saúde realizava o atendimento típico à saúde, como médicos e enfermeiros. Já o grupo de apoio em saúde são aqueles que realizam atividades administrativas, de limpeza e outras ações de suporte ao trabalho em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Os grupos de ocupações do cuidado em saúde foram: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem; dentistas e técnicos da odontologia; fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e afins e profissionais de nível superior. Por fim, os grupos ocupacionais do apoio em saúde eram os bioquímicos e técnicos de laboratório; profissionais de nível superior e médio envolvidos com a vigilância; agentes comunitários de saúde; profissionais de nível médio; administrativos, serviços gerais e outros.

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

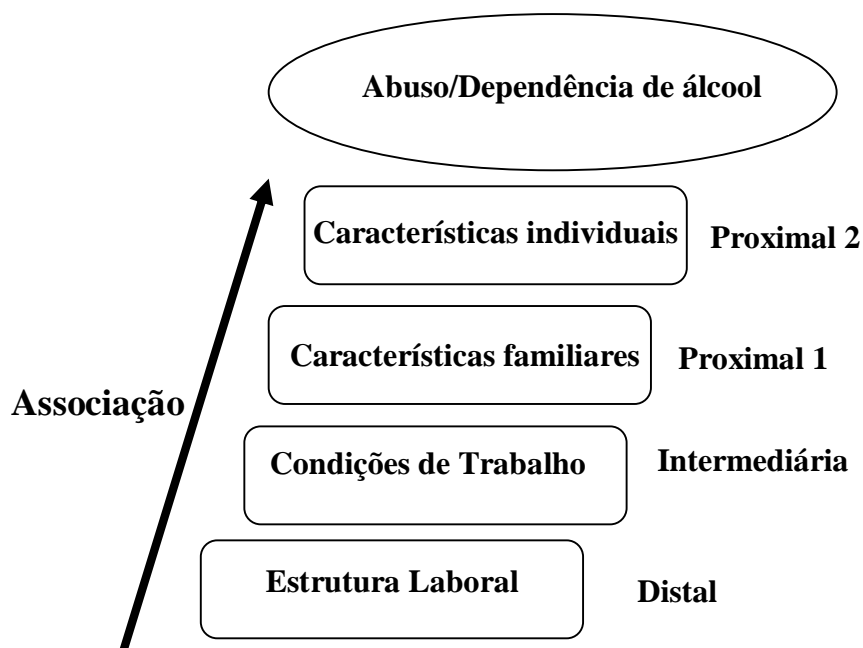
A caracterização da amostra foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas, do estilo de vida, das condições de saúde e das condições de trabalho e de atos de violência. Também, testou a associação de cada uma dessas variáveis com o abuso/dependência de álcool com a técnica de regressão logística simples.

Por fim, foi construído um modelo estatístico multivariado com a técnica de regressão logística, baseado no modelo teórico adaptado de Marchand (2008), descrito anteriormente, cujas variáveis em cada nível são apresentadas na **FIGURA 4**: nível distal (estrutura laboral – modelo 1), nível intermediário (condições de trabalho – modelo 2), nível proximal 1 (características familiares – modelo 3) e nível proximal 2 (características individuais – modelo 4).

Odds Ratio (OR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram usados como medidas de força de associação e ajustados pelas variáveis de cada nível e do nível anterior no modelo multivariado.

O nível de significância estatística foi fixado em 5%. Todas as análises estatísticas foram conduzidas com o *software Data Analysis and Statistical Software* (Stata) (versão 13.1).

FIGURA 4 – Modelo teórico esquematizado.



4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer nº 542/07 (**ANEXO 1**) e da SMSA-BH, parecer nº 054/2006 (**ANEXO2**). Todos participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE 2**).

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A amostra estudada correspondeu a um total de 1776 indivíduos, dos quais 1273 (71,7%) eram mulheres e 503 (28,3%) homens. A maior parte dos indivíduos (32,6%) estava na faixa etária entre 40-49 anos. Em relação à renda familiar, observa-se que há proporções semelhantes nos extremos de renda, ou seja, 36,3% da amostra ganhava até 2 salários mínimos e 36,0% recebiam 4 ou mais salários mínimos (TAB. 1).

TABELA 1– Distribuição da população estudada segundo características individuais e familiares. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.

Variáveis	N	%	IC 95%
Sexo			
Feminino	1273	71,7	69,5-73,7
Masculino	503	28,3	26,3-30,5
Faixa Etária			
16 - 29	338	19,0	17,3 - 20,9
30 - 39	435	24,5	22,5 - 26,5
40 - 49	579	32,6	30,5 - 34,8
50 - 59	373	21,0	19,2 - 23,0
60 anos ou mais	51	2,9	2,2 - 3,8
Filhos			
Não	653	36,8	34,3 - 38,8
Sim	1123	63,2	61,2 - 65,7
Status Conjugal			
Sem companheiro	807	45,4	43,1 - 47,8
Com companheiro	969	54,6	52,2 - 56,4
Renda Familiar*			
Até 2 salários mínimos	644	36,3	34,0 - 38,5
2-4 salários mínimos	494	27,8	25,8 - 30,0
4 ou mais salários mínimos	638	35,9	33,7 - 38,2
Atividades Sociais			
Não	858	48,3	46,0 - 50,6
Sim	918	51,7	49,4 - 54,0
Grau de escolaridade			
Fundamental e Médio	712	40,1	37,8 - 42,4
Técnico	293	16,5	14,8 - 18,3
Superior Completo e Incompleto	325	18,3	16,6 - 20,2
Pós-graduação	446	25,1	23,1 - 27,2
Transtorno Mental Comum			
Não	1382	77,8	75,8 - 79,7
Sim	394	22,2	20,3 - 24,2
Tabagismo			
Não fumante	1212	68,3	66,0 - 70,4
Ex-fumante	290	16,3	14,7 - 18,1
Fumante	274	15,4	13,8 - 17,2
Atividade Física			
3 ou mais vezes semana	419	23,6	21,7 - 25,6
1-2 vezes por semana	593	33,4	31,2 - 35,6
Nunca	764	43,0	40,7 - 45,3

Nota: *O salário mínimo na época era de R\$ 415,00; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

A maioria dos trabalhadores declarou ter um companheiro (54,6 %) e filhos (63,2%), sendo que a média de número de filhos foi igual a 2. A maior parte completou o ensino fundamental e médio (40,1%), no entanto, observa-se uma alta proporção de indivíduos pós-graduados (25,1%) (TAB. 1).

No que diz respeito aos hábitos de vida, 68,3% não fumavam e 31,7% fumavam no momento da pesquisa ou eram ex- fumantes. Ressalta-se a frequência elevada de indivíduos sedentários, 43,0% não praticava nenhum tipo de atividade física durante a semana (TAB. 1).

Em relação à saúde mental, 22,2% dos indivíduos apresentavam Transtorno Mental Comum (TMC) (TAB. 1). A média de número de problemas físicos foi 7,7, com um desvio padrão de 5,4. Destaca-se que a lista de problemas físicos abordava 21 doenças (dados não apresentados em tabela).

As características das condições de trabalho e da estrutura laboral são apresentadas na TAB. 2. Ressalta-se que a maior parte dos trabalhadores (49,4%) declarou trabalhar de 21-40h semanais.

TABELA 2 – Distribuição da população estudada segundo características das condições de trabalho e da estrutura ocupacional. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.

Variável	N	%	IC 95%
Grupos ocupacionais			
Apoio em saúde	1162	65,4	63,2 – 67,7
Cuidado em saúde	614	34,6	32,4 – 36,7
Jornada de trabalho			
Até 20h	88	5,0	4,0 – 6,1
21-40 h	878	49,4	47,1 – 51,2
40 horas ou mais	810	45,6	43,3 – 48,0
Horário de trabalho irregular			
Não	1333	75,1	72,3 – 77,0
Sim	443	24,9	22,3 – 27,0
Insegurança de objetos no local de trabalho			
Não	1170	65,9	63,6 – 68,0
Sim	606	34,1	32,0 – 36,4
Ameaça no local de trabalho			
Não	1186	66,8	64,5 – 69,0
Sim	590	33,2	31,1 – 35,4
Insegurança do emprego (instabilidade)			
Não	1210	68,1	66,0 – 70,3
Sim	566	31,9	29,7 – 34,1
Recompensa no trabalho			
Baixo	1058	59,6	57,3 – 61,8
Alto	718	40,4	38,2 – 42,7
Suporte social no trabalho			
Baixo	885	53,8	51,6 – 56,0
Alto	760	46,2	44,2 – 48,2

Nota: IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Ademais, 75,1% não trabalham em horário irregular e 68,1% não tinham empregos inseguros (concursados). No que diz respeito aos grupos ocupacionais, observou-se que a maioria (65,4%) dos trabalhadores em saúde exercia atividades de apoio e gestão em saúde.

No âmbito de violência no trabalho, 33,2% já sofreram ameaça no trabalho e 34,1% sentem-se ameaçados quanto à segurança de seus pertences e objetos pessoais no trabalho (**TAB. 2**).

No que diz respeito às características psicossociais no trabalho, o escore médio de habilidade foi de 16,5 com desvio padrão de 2,5, e o escore médio de decisão foi de 8,0 com desvio padrão de 1,6. No que diz respeito às demandas, a média para demanda física foi 7,0 e para a psicológica 12,6 e os desvios padrão foram 1,6 e 2,5, respectivamente (dados não apresentados em tabela).

5.2 PREVALÊNCIA DE ABUSO E DEPENDÊNCIA NA POPULAÇÃO ESTUDADA E FATORES ASSOCIADOS

A prevalência de abuso e dependência de álcool foi de 7,2% na amostra, levando em consideração o instrumento de triagem CAGE (**TAB.3**).

TABELA 3 – Distribuição da população estudada segundo o abuso/dependência de álcool. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.

Variável	N	%	IC 95%
Abuso/dependência de álcool			
Não	1649	92,8	91,5-94,1
Sim	127	7,2	6,0-8,4

Nota: Classificação de abuso/dependência baseada no instrumento CAGE.

Na **TAB. 4** são apresentados as *Odds Ratio* (OR) do abuso e dependência de álcool e seus IC95% segundo as variáveis individuais e familiares. Observa-se que a chance de abuso/dependência de álcool foi significativamente maior entre participantes do sexo masculino (OR: 3,83; IC 95%: 2,65-5,54), portadores de TMC (OR: 1,68; IC 95%: 1,14-2,50), ex-fumantes (OR: 1,98; IC 95%: 1,24-3,16) e fumantes (OR: 2,89; IC 95%: 1,88-4,45).

TABELA 4 – Características individuais e familiares relacionadas ao abuso/dependência de álcool. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.

Variáveis	Abuso/Dependência de álcool				
	N	%	OR	IC95%	p-valor
Sexo					
Feminino	54	4,2	1,00	-	-
Masculino	73	14,6	3,83	2,65 – 5,54	<0,001
Idade (anos)					
16 - 29	24	7,1	1,00	-	-
30 – 39	38	8,7	1,25	0,74-2,13	0,407
40 – 49	44	7,6	1,08	0,64-1,80	0,781
50 – 59	17	4,6	0,63	0,33-1,18	0,149
60 anos ou mais	4	7,8	1,11	0,37-3,35	0,848
Status Conjugal					
Sem companheiro	55	6,8	1,00	-	-
Com companheiro	72	7,4	1,12	0,76-1,58	0,617
Renda Familiar					
Até 2 salários mínimos	49	7,6	1,00	-	-
2-4 salários mínimos	40	8,1	1,07	0,69-1,65	0,761
4 ou mais salários mínimos	38	6,0	0,77	0,50-1,19	0,241
Atividades Sociais					
Não	56	6,5	1,00	-	-
Sim	71	7,7	1,20	0,83-1,73	0,324
Grau de escolaridade					
Ensino fundamental/médio	60	8,4	1,00	-	-
Técnico	19	6,5	0,75	0,44-1,29	0,300
Superior incompleto/completo	23	7,1	0,83	0,50-1,36	0,458
Pós Graduação	25	5,6	0,65	0,40-1,04	0,075
TMC					
Não	87	6,3	1,00	-	-
Sim	40	10,1	1,68	1,14-2,50	0,009
Tabagismo					
Não fumante	62	5,1	1,00	-	-
Ex-fumante	28	9,7	1,98	1,24-3,16	0,004
Fumante	37	13,5	2,89	1,88-4,45	<0,001
Atividade Física					
3 ou mais vezes semana	28	6,7	1,00	-	-
1-2 vezes por semana	50	8,4	1,29	0,79-2,08	0,305
Nunca	49	6,4	0,96	0,59-1,55	0,858

Nota: OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; OR obtido por meio de regressão simples de Poisson; p- valor: p valor da Regressão de Poisson.

A **TAB. 5** apresenta as *Odds Ratio* (OR) do abuso e dependência de álcool e seus IC95% segundo as características das condições de trabalho e da estrutura laboral. Observa-se que a chance de abuso/dependência de álcool foi mais alta entre os participantes que trabalhavam em horário irregular (OR: 1,60; IC 95%: 1,09-2,35), tinham insegurança no trabalho (instabilidade) (OR: 1,76; IC 95%: 1,22-2,54).

TABELA 5 – Características das condições de trabalho relacionadas ao abuso/dependência de álcool. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.

Variáveis	Abuso/Dependência de álcool				
	N	%	OR	IC95%	p-valor
Grupos ocupacionais					
Apoio em saúde	89	7,7	1,00	-	-
Cuidado em saúde	38	6,2	0,80	0,54-1,18	0,254
Jornada de Trabalho					
Até 20h	3	3,4	1,00	-	-
21-40h	68	7,7	2,38	0,73-7,72	0,149
40 horas ou mais	56	6,9	2,10	0,64-6,87	0,218
Horário de trabalho irregular					
Não	84	6,3	1,00	-	-
Sim	43	9,7	1,60	1,09-2,35	0,017
Insegurança de objetos no local de trabalho					
Não	83	7,1	1,00	-	-
Sim	44	7,3	1,02	0,70-1,50	0,897
Ameaça no local de trabalho					
Não	76	6,4	1,00	-	-
Sim	51	8,6	1,38	0,95-2,00	0,086
Insegurança do emprego (instabilidade)					
Não	71	5,9	1,00	-	-
Sim	56	9,9	1,76	1,22-2,54	0,002
Recompensa no trabalho					
Baixa	84	7,9	1	-	-
Alta	43	6,0	0,74	0,50-1,08	0,119
Suporte Social					
Baixo	71	8,0	1,00	-	-
Alto	47	6,2	0,76	0,52-1,11	0,151

Nota: OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; OR obtido por meio de regressão simples de Poisson; p- valor: p valor da Regressão de Poisson.

Na **TAB. 6** são mostradas as médias dos escores das variáveis psicossociais nos grupos de CAGE positivo e negativo, seus IC95% e p-valor. Observa-se que não houve associação significativa dessas variáveis com o abuso e dependência de álcool.

TABELA 6 – Características psicossociais do trabalho relacionadas ao abuso/dependência de álcool. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.

Variáveis	Abuso/Dependência de álcool		p-valor
	Não (IC95%)	Sim (IC95%)	
Média do escore de habilidade no trabalho	16,51 (16,38-16,63)	16,32 (15,89-16,75)	0,431
Média do escore de autoridade no trabalho	7,97 (7,89-8,05)	7,90 (7,63-8,17)	0,619
Média do escore de demandas físicas no trabalho	7,02 (6,94-7,10)	6,91 (6,63-7,20)	0,497
Média do escore de demandas psico. no trabalho	12,60 (12,48-12,72)	12,28 (11,85-12,70)	0,167

Nota: IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

5.3 PREVALÊNCIA DE ABUSO E DEPENDÊNCIA NA POPULAÇÃO ESTUDADA E FATORES ASSOCIADOS – MODELO FINAL

Na **TAB. 7** são apresentados os resultados dos modelos de regressão logística. No modelo 1 é avaliado a relação entre o abuso/dependência de álcool e os grupos ocupacionais (estrutura laboral), sem o ajuste para as variáveis das condições do trabalho, individuais e familiares. Assim, observa-se que não há associação significativa entre o abuso/dependência de álcool e os grupos ocupacionais ($p = 0,254$).

O modelo 2 incluiu as variáveis grupos ocupacionais [estrutura laboral (distal)] e as condições de trabalho (intermediárias). Assim, é possível verificar se as estruturas ocupacionais e as restrições de recursos no local de trabalho contribuem para os transtornos por uso de álcool, sem levar em consideração os aspectos individuais e familiares. Ao analisar a tabela, verifica-se que os trabalhadores com vínculos de emprego inseguros tinham maior chance de abuso e dependência de álcool do que aqueles com empregos seguros (OR: 1,90; IC95%: 1,27-2,86). Além disso, a chance de abuso/dependência de álcool entre os indivíduos

com horário de trabalho irregular era 68% maior se comparado aos trabalhadores com horários regulares (OR: 1,68; IC95%: 1,13-2,52).

No modelo 3 são incluídas as variáveis familiares (proximais). Observa-se que o horário de trabalho irregular (OR: 1,67; IC95%: 1,12-2,49) e insegurança no trabalho (OR: 2,08; IC95%: 1,34-3,23) permanecem independentemente associados ao abuso/dependência de álcool.

Por fim, no modelo 4 as variáveis individuais (proximais) também são incluídas. Assim, é possível avaliar se os fatores individuais, familiares e da rede social fora do trabalho modulam os efeitos das restrições de recursos no local de trabalho no abuso/dependência de álcool. Observou-se que a insegurança no trabalho perdeu sua significância estatística ($p=0,174$), por outro lado, horário de trabalho irregular permaneceu como um fator de risco para o abuso e dependência de álcool (OR: 1,64; IC95%: 1,08-2,49). Além disso, demanda psicológica no trabalho apresentou-se como um fator protetor para o abuso/dependência de álcool, uma vez que a cada aumento de uma unidade de variável demanda psicológica diminuiu em 11% a chance de abuso/dependência de álcool (OR: 0,89; IC95%: 0,81-0,97).

Ainda no modelo 4 algumas características individuais também se associaram independentemente com o abuso/dependência de álcool. A chance de abuso/dependência foi maior no sexo masculino (OR: 3,99; IC95%: 2,62-6,07) e nos indivíduos com TMC (OR: 2,44; IC95%: 1,52-3,89). Os trabalhadores que fumavam (OR: 2,41; IC95%: 1,52-3,83) e aqueles que eram ex-fumantes (OR: 1,94; IC95%: 1,18-3,23) apresentaram maiores chances de abuso e dependência de álcool se comparado com os profissionais não fumantes.

TABELA 7 – Modelos de regressão logística multinível para o abuso/dependência de álcool. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.

	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4		
	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor
DISTAL												
Grupos ocupacionais												
Apoio em saúde	1,00	-	-	1,00	-	-	1,00	-	-	1,00	-	-
Cuidado em saúde	0,80	0,54-1,18	0,254	0,95	0,60-1,49	0,820	0,97	0,59-1,58	0,889	1,13	0,65-1,96	0,655
INTERMEDIÁRIO												
Jornada de trabalho												
Até 20h				1,00	-	-	1,00	-	-	1,00	-	-
21-40h				2,70	0,82-8,89	0,102	2,55	0,77-8,40	0,125	2,62	0,76-9,11	0,129
40horas ou mais				2,15	0,64-7,18	0,213	2,09	0,62-7,00	0,231	2,09	0,59-7,35	0,251
Horário de trabalho irregular												
Não				1,00	-	-	1,00	-	-	1,00	-	-
Sim				1,68	1,13-2,52	0,011	1,67	1,12-2,49	0,012	1,64	1,08-2,49	0,019
Insegurança de objetos no trabalho												
Não				1,00	-	-	1,00	-	-	1,00	-	-
Sim				0,98	0,64-1,47	0,876	0,97	0,64-1,48	0,888	1,01	0,64-1,59	0,962
Ameaça no trabalho												
Não				1,00	-	-	1,00	-	-	1,00	-	-
Sim				1,40	0,93-2,12	0,112	1,40	0,92-2,13	0,112	1,22	0,78-1,91	0,379
Insegurança do emprego												
Não				1,00	-	-	1,00	-	-	1,00	-	-
Sim				1,90	1,27-2,86	0,002	2,08	1,34-3,23	0,001	1,41	0,86-2,31	0,174
Recompensa no trabalho												
Baixo				1,00	-	-	1,00	-	-	1,00	-	-
Alto				0,69	0,45-1,04	0,079	0,67	0,44-1,02	0,063	0,66	0,42-1,03	0,067
Suporte social no trabalho												
Baixo				1,00	-	-	1,00	-	-	1,00	-	-
Alto				0,74	0,49-1,12	0,153	0,75	0,50-1,14	0,176	0,73	0,48-1,13	0,157

Nota: Continua na próxima página.

	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4		
	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor
Habilidade				1,03	0,94-1,12	0,560	1,02	0,94-1,12	0,594	1,03	0,94-1,13	0,500
Decisão				1,01	0,88-1,15	0,891	1,02	0,89-1,17	0,788	1,02	0,89-1,18	0,739
Demanda física				0,95	0,84-1,08	0,409	0,94	0,83-1,07	0,356	0,97	0,85-1,11	0,685
Demanda psicológica				0,92	0,84-1,00	0,063	0,92	0,85-1,01	0,087	0,89	0,81-0,97	0,014
PROXIMAL 1												
Status conjugal												
Sem companheiro							1,00	-	-	1,00	-	-
Com companheiro							1,09	0,74-1,62	0,649	1,04	0,69-1,58	0,848
Renda familiar												
Até 2 salários mínimos							1,00	-	-	1,00	-	-
2-4 salários mínimos							1,30	0,80-2,11	0,291	1,22	0,74-2,02	0,438
4 ou mais salários mínimo							1,05	0,59-1,86	0,868	0,97	0,49-1,95	0,942
Número de filhos							1,07	0,92-1,24	0,389	1,14	0,96-1,37	0,140
PROXIMAL 2												
Sexo												
Feminino										1,00	-	-
Masculino										3,99	2,62-6,07	<0,001
Idade										0,99	0,97-1,01	0,312
Saúde física										0,99	0,96-1,03	0,759
Atividade física												
3 ou mais vezes semana										1,00	-	-
1-2 vezes semana										1,13	0,68-1,88	0,642
Nunca										1,11	0,65-1,90	0,688
Atividades sociais												
Não										1,00	-	-
Sim										1,45	0,97-2,17	0,073
Grau de escolaridade												
Fundamental e Médio										1,00	-	-
Técnico										1,03	0,57-1,86	0,910
Superior Comp. e Incomp.										1,10	0,61-2,00	0,749
Pós Graduação										0,76	0,36-1,62	0,479

Nota: Continua na próxima página.

	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4		
	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor
TMC												
Não										1,00	-	-
Sim										2,44	1,52-3,89	<0,001
Tabagismo												
Não fumante										1,00	-	-
Ex-fumante										1,94	1,18-3,23	0,009
Fumante atual										2,41	1,52-3,83	<0,001

Nota: IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; OR: Odds Ratio. Modelo 1: ajustado por grupos ocupacionais. Modelo 2: ajuste igual ao modelo 1, adicionalmente ajustado por jornada de trabalho, horário de trabalho irregular, insegurança de objetos no trabalho, ameaça no trabalho, insegurança do emprego, recompensa no trabalho, suporte social no trabalho, habilidade, decisão, demanda física e psicológica no trabalho. Modelo 3: ajuste igual ao modelo 2, adicionalmente ajustado por status conjugal, renda familiar e número de filhos. Modelo 4: ajuste igual ao modelo 3, adicionalmente ajustado por sexo, idade, saúde física, atividade física, atividades sociais, grau de escolaridade, TMC e tabagismo.

6. DISCUSSÃO

6.1 PREVALÊNCIA DE ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

A prevalência de abuso/dependência de álcool (CAGE positivo) encontrada na amostra foi de 7,2% (IC 95%: 6,0-8,4). Essa proporção foi semelhante àquelas evidenciadas em estudos populacionais realizados no Brasil. No estado da Bahia, a prevalência encontrada de CAGE positivo em indivíduos com mais de 14 anos foi de 10,4% (FERREIRA *et al.*, 2013) e em São Paulo de 7,8% (REGO *et al.*, 1991). Outra pesquisa realizada em quatro regiões de São Paulo, com 1646 pessoas, mostrou uma proporção de 6,3% de abuso/dependência de álcool (GUIMARÃES *et al.*, 2010).

Ressalta-se que um fator dificultador para a comparação da prevalência de CAGE foi a escassez de estudos no Brasil e em outros países que utilizaram esse instrumento para a classificação do abuso/dependência de álcool. Uma grande parte dos estudos rastreou os transtornos por uso de álcool através de instrumentos não padronizados ou com valores de referência específicos da região estudada, o que dificulta a comparabilidade dos resultados.

Na perspectiva da prevalência de abuso/dependência de álcool em profissionais de saúde, observou-se investigações que encontraram proporções superiores ao presente estudo (MOORE; MEAD; PEARSON, 1990; NEVES; PINHEIRO, 2012; UNRATH *et al.*, 2012) e aquelas que evidenciaram prevalências inferiores (BARBOSA *et al.*, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2014).

A diferença de prevalência entre os estudos pode estar relacionada às variações de sexo entre as amostras, uma vez que aqueles que apresentaram proporções maiores de abuso/dependência de álcool foram as investigações com maiores percentuais de profissionais do sexo masculino. O estudo com a maior prevalência de CAGE positivo foi realizado na Alemanha, com 793 médicos generalistas, em que 18,9% dos trabalhadores apresentaram CAGE positivo e a maioria da amostra foi composta por homens (69,7%) (UNRATH *et al.*, 2012). Já o estudo feito por Barbosa e colaboradores (2012) no estado da Bahia, com 152 profissionais de saúde, evidenciou a menor prevalência de CAGE positivo, 1,3%. Destaca-se que nesse estudo 76,3% da população eram mulheres (BARBOSA *et al.*, 2012).

No que diz respeito às pesquisas que avaliaram o uso do álcool em outras categorias profissionais através do instrumento CAGE, foram encontradas prevalências superiores de abuso/dependência de álcool. Em funcionários públicos a proporção foi de 19,8% (AMARAL; MALBERGIER, 2004); 13,5% em rodoviários (CUNHA; GJATTI; ASSUNÇÃO, 2016) e 9,6% em bombeiros (LIMA; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2012). Em

outros dois estudos foram observados prevalências inferiores, 1,3% na categoria de professores da rede particular (DELCOR *et al.*, 2004) e 6% em bancários (KOLTERMANN, 2012). Destaca-se que já era esperado as diferenças de prevalência entre as ocupações, uma vez que cada categoria profissional possui peculiaridades e diferentes organizações do contexto de trabalho que podem contribuir de maneira positiva ou negativa para o consumo de substâncias alcoólicas (BARNERS; ZIMMERMAN, 2013).

6.2 FATORES INDIVIDUAIS E FAMILIARES ASSOCIADOS AO ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

No modelo final, o sexo masculino, tabagismo e TMC permaneceram independente associados com o abuso/dependência de álcool.

6.2.1 Fator demográfico sexo

No presente estudo foi constatado que a chance de abuso/dependência de álcool no sexo masculino é 3,99 vezes a do sexo feminino, ou seja, aumenta o desfecho em 299%. Esse achado era esperado, uma vez que já está bem elucidado na literatura que os homens estão em maior risco de desenvolver transtornos por uso de álcool (KERR-CORRÊA *et al.*, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Nos estudos com profissionais de saúde, observa-se que vários autores evidenciaram a relação entre o álcool e o sexo masculino (PLANT; PLANT; FOSTER, 1991; FERNANDÉZ *et al.*, 2001; WINWOOD; WINEFIELD, 2003; ROSTA; AASLAND, 2005; GROSS *et al.*, 2009; UNRATH, 2012; SCHLUTER; TURNER; BENEFER, 2012). Um estudo transversal, realizado com 1917 médicos na Alemanha mostrou que o sexo masculino aumentava em 372% a prevalência de consumo excessivo de álcool (ROSTA, 2008).

As diferenças de consumo de álcool entre os sexos são fundamentadas por fatores biológicos e socioculturais. Os homens, não raro, consideram o uso de álcool como “normal” e algo essencial nas relações sociais. Dessa maneira, eles sempre excederam a frequência e quantidade consumida de álcool em relação às mulheres (KERR-CORRÊA *et al.*, 2008). Ademais, muitas sociedades têm atitudes mais negativas no que diz respeito ao consumo de álcool por mulheres, principalmente em relação ao abuso/dependência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

É importante destacar que apesar do álcool ser o principal fator de risco de morte entre homens com 15-59 anos, as mulheres estão mais vulneráveis aos efeitos maléficos dessa

substância. Isto é justificado pelo fato das mulheres, geralmente, possuírem menor peso corporal, capacidade reduzida do fígado de metabolizar o álcool e maior porcentagem de gordura corporal, que contribuem para o aumento dos níveis séricos de álcool. Além disso, as mulheres estão mais vulneráveis à violência e comportamento sexual de risco quando estão sob efeito do álcool e como resultado do excesso de uso de álcool do parceiro. Por fim, destaca-se que o álcool aumenta o risco de câncer de mama e doenças neonatais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

6.2.2 Fator individual tabagismo

No presente trabalho, o uso atual de cigarro aumentou em 141% a chance de abuso e dependência de álcool, além disso, os indivíduos ex-fumantes apresentaram uma chance 1,95 vezes maior se comparado com aqueles que nunca fumaram.

Esse resultado foi semelhante com aqueles encontrados na literatura. Schluter, Turner e Benefer (2012) mostraram que o tabagismo aumentou 90% a prevalência do consumo de alto risco e dependência de álcool em uma amostra de 4419 enfermeiras e parteiras da Austrália e Nova Zelândia. Além disso, um estudo de coorte retrospectiva realizada com 1014 médicos do sexo masculino nos EUA evidenciou que o tabagismo era um fator de risco para o abuso de álcool, aumentando em 100% a incidência do desfecho (MOORE; MEAD; PEARSON, 1990).

Embora os profissionais de saúde tenham conhecimento teórico e vivências acerca das consequências da adoção de práticas e hábitos de vida não saudáveis, a exemplo do tabagismo e consumo de álcool, isto não se configurou como um fator que impactou na redução do consumo dessas substâncias psicoativas pelos mesmos. Trata-se de uma prática que de alguma forma interfere nos hábitos da população geral, considerando que, não raro, os indivíduos veem esses profissionais como exemplo de vida saudável e hábitos a serem seguidos (VOIGT *et al.*, 2009).

Cabe destacar que outros estudos com profissionais de saúde evidenciaram a relação entre tabagismo e transtornos por uso de álcool (JUNTUNEN, 1988; KENNA; LEWIS, 2008). É bem descrito na literatura uma correlação positiva entre tabagismo e alcoolismo (McKEE *et al.*, 2007; KALMAN *et al.*, 2010; WEINBERGER *et al.*, 2015). Sugere-se que quanto maior à dependência de nicotina, maior o consumo de álcool ou que o álcool exerça um estímulo inespecífico em áreas comportamentais que propiciam o consumo de tabaco (CHAIEB; CASTELLARIN, 1998).

A nicotina diminui a intoxicação pelo álcool e reduz as funções sedativas dessa substância, o que permite um maior consumo do mesmo (McKEE *et al.*, 2007). Além disso, o álcool e a nicotina interagem e induzem tolerância cruzada e reatividade cruzada farmacológica, neuroquímica e eletrofisiológica molecular, de maneira que potencializam os efeitos um do outro (McKEE; WEINBERGER, 2013). É importante ressaltar que há fatores genéticos que influenciam a co-utilização de álcool e tabaco, de forma que a nicotina aumenta o consumo de álcool e a ingestão de álcool aguda aumenta o comportamento de fumar e a recompensa de nicotina (KALMAN *et al.*, 2010).

Devido à natureza transversal do estudo atual, não é possível inferir que o hábito de fumar leva aos transtornos por uso de álcool ou que o consumo excessivo de álcool predispõe ao tabagismo. De qualquer maneira, é possível afirmar que há uma relação entre os dois hábitos nocivos à saúde. Ressalta-se que a utilização das duas substâncias agrava os efeitos maléficos para a saúde, uma vez que juntas potencializam as consequências para o indivíduo, com efeitos multiplicativos sobre as doenças (WEINBERGER *et al.*, 2015). Por exemplo, o uso de álcool ou tabaco aumenta 6-7 vezes o risco para câncer de boca, ao passo que a co-utilização das duas substâncias eleva o risco em 300 vezes. O uso concomitante de álcool e tabaco aumenta a incidência de cânceres de cabeça e pescoço, cirrose e pancreatite (McKEE; WEINBERGER, 2013).

6.2.3 Fator individual TMC

Neste estudo, o TMC associou-se ao abuso/dependência de álcool, aumentando em 144% a chance do desfecho. Em outras pesquisas com profissionais de saúde, é possível encontrar uma relação entre sintomas psicológicos e transtornos por uso de álcool (BALDWIN; DOOD; RENNIE, 1999; STAFFORD; JUDD, 2010; SCHLUTER; TURNER; BENEFER, 2012). No entanto, é importante ressaltar que esses estudos não utilizaram o SRQ-20 para verificar a presença de TMC. Os autores utilizaram outras escalas para mensuração dos problemas psicológicos, a exemplo do GHQ-28 (*General Health Questionnaire*) e SF-36 (*Medical Outcomes Study – Item Short –Form Health Survey*). No estudo de Baldwin, Dood e Rennie (1999) foi aplicado o questionário de saúde geral GHQ-28 para o rastreamento de sintomas psicológicos e psicossomáticos. Os autores observaram que quanto maior a pontuação no GHQ-28 (mais sintomas psicológicos) maior era o número de doses de bebidas alcoólicas consumidas.

O TMC é uma condição de saúde que o indivíduo não apresenta os critérios formais para diagnóstico de depressão e/ou ansiedade segundo o DSM ou CID-10, porém, manifesta

sintomas de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas que podem gerar incapacitação funcional (MARAGNO *et al.*, 2006; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010). Esse tipo de problema psiquiátrico é encontrado com frequência em profissionais de saúde, uma vez que estão expostos a altas demandas psicológicas no cotidiano de trabalho, desigualdades sociais, pobreza, sofrimento intenso de outro ser humano e, além disso, necessitam desenvolver múltiplas habilidades e incorporar tecnologias complexas nas suas práticas profissionais (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Nessa perspectiva, sabe-se que há uma relação bem elucidada na literatura entre problemas psiquiátricos e abuso/dependência de álcool (ALVES; KESSLERB; RATTOC, 2004; SCHEFFER; PASA, 2010). O uso de álcool, mesmo em pequenas concentrações, afeta o sistema serotoninérgico que está relacionado com a depressão e outros transtornos mentais (SCHEFFER; PASA, 2010). Além disso, o álcool pode ser usado como um meio de lidar com o estresse, insônia, fadiga, irritabilidade, o que pode ocasionar hábitos de beber nocivos em indivíduos com sintomas psicológicos (BALDWIN; DOOD; RENNIE, 1999).

6.3 FATORES OCUPACIONAIS ASSOCIADOS AO ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

No modelo final, horário de trabalho irregular e demanda psicológica associaram-se independentemente ao abuso/ dependência de álcool.

6.3.1 Fator ocupacional horário de trabalho irregular

O horário de trabalho irregular aumentou em 64% a chance de abuso/dependência de álcool. Neste estudo, o indivíduo foi incluído nessa categoria quando trabalhava em regime de plantão e rodízio de turnos. Este resultado se assemelha com aquele encontrado por Trinkoff e Storr (1998), realizado nos Estados Unidos com enfermeiros. Já o estudo de Kivimaki e colaboradores (2001), conduzido na Finlândia com 2299 enfermeiras, não evidenciou associação significativa entre uso de álcool e rodízio de turnos, uma vez que os autores encontraram associação apenas com o tabagismo e o sedentarismo.

Cabe ressaltar que foram encontrados apenas esses dois estudos que se propuseram a estudar a associação entre rodízio de turnos/regime de plantão com os transtornos por uso de álcool em profissionais de saúde. Outras pesquisas evidenciaram essa relação em outras categorias profissionais. Bushnell *et al.* (2010) realizaram uma pesquisa com 6530 trabalhadores de uma multinacional entre anos de 2000-2008 e evidenciou que os indivíduos

em rodízio de turnos com plantão de 12h tiveram uma maior taxa de consumo de álcool moderado-pesado (RR: 1,2). Morikawa *et al.* (2013), no ano de 2009, conduziram uma pesquisa com 3715 trabalhadores manuais do Japão. Os profissionais que trabalhavam por turno que se envolviam no horário noturno tiveram maior chance de beber pesado em comparação com os trabalhadores do dia.

Trinkoff e Storr (1998) realizaram um estudo com 3917 enfermeiras dos EUA no ano de 1994. Os resultados mostraram que aquelas profissionais que trabalhavam em rodízio de turnos foram 54% mais propensas a beber álcool (OR: 1,54; IC95%: 1,21-1,97). Os autores discutem que a escala de trabalho por turnos pode refletir em desorganização social, influências biológicas e importantes reduções do sono, o que pode predispor ao abuso de substâncias, como o álcool, para lidar com essas alterações. Além disso, é destacada a importância de mudança dos cronogramas de trabalho para redução das privações do sono e consequências biológicas e sociais.

O trabalho em turnos está crescendo devido às razões tecnológicas e econômicas, além disso, há uma necessidade de atendimento contínuo da população. A área da saúde utiliza com muita frequência a escala de turnos, uma vez que diversos setores oferecem atendimento 24h aos usuários (MENDES; MARTINO, 2012). Porém, esse regime de trabalho pode ocasionar diversas consequências para a saúde do trabalhador, entre elas destaca-se o aumento do risco cardiovascular, queixas gastrointestinais, incluindo dor abdominal, gases, diarreia, constipação, náuseas, alterações do apetite e aumento do risco de câncer de cólon. Essas alterações do sistema digestivo podem estar relacionadas às alterações do ritmo circadiano, mudança de função imunológica ou aos tipos de alimentos consumidos durante os deslocamentos entre os turnos. Cabe ressaltar que esses trabalhadores relatam queixas psicológicas, irritabilidade, ansiedade, alterações de personalidade e dificuldade nos relacionamentos interpessoais (CARUSO, 2014).

O aumento das escalas de rodízio de turnos gera uma preocupação com os impactos na saúde do trabalhador, uma vez que pode levar ao aumento da fadiga e desgaste do profissional. Assim, é importante uma avaliação contínua da capacidade do indivíduo para o trabalho (METNEZ; FISCHER, 2001).

Nessa perspectiva, cabe ressaltar que esse horário de trabalho pode levar a dificuldades do sono, uma vez que o trabalhador dorme em horários irregulares e o ritmo circadiano é alterado. Além disso, há uma diminuição da duração do sono e despertares frequentes. Isso ainda é agravado pela necessidade de resolução de problemas pessoais e

exigências cotidianas entre os intervalos dos turnos, o que diminui, ainda mais, o tempo de sono (CARUSO, 2014). Não raro, os trabalhadores podem fazer uso do álcool para facilitar o início do sono, uma vez que o álcool possui funções de depressão do sistema nervoso central (MORIKAWA *et al.*, 2013). Destacam-se as necessidades econômicas do indivíduo, que podem influenciar na escolha por um segundo emprego entre os turnos de trabalho, o que gera um desgaste físico e emocional devido às longas jornadas de trabalho (CARUSO, 2014). Em relação à essa temática, é importante ressaltar que a amostra desse estudo é composta em sua maioria (71,7%) por mulheres, que ainda possuem a sobrecarga de serviços domésticos e cuidados com a família, o que aumenta a fadiga e diminui a duração de qualidade do tempo de sono (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

O trabalho por turnos pode promover comportamentos não saudáveis devido às alterações fisiológicas. Além disso, esses hábitos podem ser utilizados como uma estratégia de enfrentamento de distúrbios do sono, estresse na família e vida social. Essa substância surge como uma tentativa de alívio das tensões do trabalho e da vida familiar/social ocasionado pelos transtornos do trabalho por turnos (BUSHNELL, 2010).

6.3.2 Fator ocupacional demanda psicológica

No presente estudo, a demanda psicológica no trabalho foi um fator protetor para o abuso/dependência de álcool. A cada aumento de uma unidade da variável demanda, reduziu em 11% a prevalência de abuso/dependência de álcool (OR: 0,89; IC95%: 0,81-0,98). Não foram encontradas publicações que exploraram essa associação na categoria profissionais de saúde. No entanto, essa temática foi explorada em outros trabalhadores (BILDT; MICHELSEN, 2002; GIMENO, 2009; MARCHAND; BLANC, 2011).

É esperado que os indivíduos com altas demandas psicológicas no trabalho consumam mais álcool, pois esses trabalhadores estão expostos a altos desgastes psicológicos e possuem muitas tarefas a serem realizadas em um curto período de tempo (TSUTSIMI *et al.*, 2003; SIEGRIST; RODEL, 2006). No entanto, esse resultado não é uniforme na literatura, uma vez que há uma hipótese secundária e menos explorada, que os trabalhos passivos e monótonos também podem gerar efeitos nocivos à saúde, uma vez que ocasionam perda de habilidades, desinteresse e sentimentos de alienação no trabalho (SIEGRIST; RODEL, 2006; GIMENO, 2009). Nessa perspectiva, Marchand e Blanc (2011) encontraram resultados semelhantes ao estudo atual, que suportam a hipótese secundária. Eles realizaram uma coorte retrospectiva, entre nos anos de 1994-2003 com 6526 trabalhadores canadenses (gerente sênior, diretores, supervisores, colarinho branco e azul) e evidenciaram que a cada aumento de uma unidade no

nível de demanda psicológica, houve uma diminuição de 9% da prevalência de abuso de álcool.

De fato, outros estudos suportam essa hipótese. Gimeno *et al.* (2009) conduziram uma pesquisa com 2782 trabalhadores dos setores de serviços e manufaturas dos EUA. Os resultados mostraram que profissionais em trabalhos passivos apresentaram maior probabilidade de beber pesado. Além disso, trabalhadores com empregos considerados pouco complexos e com baixa restrição consumiam álcool com mais frequência. Bildt e Michelsen (2002) realizaram um estudo de coorte com uma população geral sueca e 484 participantes foram seguidos entre os anos de 1992-1997. Entre os resultados encontrados, destaca-se que a baixa estimulação no trabalho foi um fator de risco para a má saúde mental, inclusive para o consumo de álcool.

Essa associação protetora de altas demandas psicológicas com o abuso/dependência de álcool pode ser explicada pelo fato de que os trabalhos não exigentes, com baixas demandas psicológicas, podem reduzir a estimulação e o envolvimento do profissional com o ambiente de trabalho. Assim, o indivíduo pode consumir o álcool em excesso para diminuir a monotonia do trabalho (MARCHAND; BLANC, 2011). Além disso, trabalhos com pouco conteúdo, que não exigem pensamento e julgamento independente, podem criar uma sensação de alienação e os trabalhadores podem beber para escapar ou superar os sentimentos de alienação (GIMENO, 2009).

Na perspectiva do trabalho em saúde, destaca-se que, não raro, as interações no ambiente são construídas de maneira hierarquizada e verticalizada, o que pode gerar alienação desses trabalhadores. Essa maneira de trabalho se dá pelo fato do setor de saúde ainda ter características típicas industriais, a exemplo dos modelos taylorismo e fordismo. Além disso, há uma intensa divisão entre trabalho manual e intelectual, que gera práticas mecanizadas, sem aplicação integral dos conhecimentos científicos e subutilização de habilidades. Outro fato importante é a intensa burocratização do serviço em saúde, que pode gerar trabalhos rotineiros e com baixa autonomia (BROTTO; ARAÚJO, 2012).

6.3.3 Limitações e potencialidades

É importante ressaltar que se trata de um estudo transversal, que não estabelece uma relação causa-efeito, assim, é necessário a condução de pesquisas longitudinais para avançar na explicação do problema. Além disso, é válido considerar o “efeito do trabalhador sadio”, que ocorre em estudos transversais na área de saúde ocupacional. Dessa maneira, os

indivíduos em exercício de suas atividades laborais apresentam melhores condições de saúde em comparação com aqueles não empregados, uma vez que o uso de álcool e outras morbidades podem levar a licenças médicas, demissões e aposentadorias precoces (RAFFONE; HENNINGTON, 2005). Ademais, destaca-se a diversidade de instrumentos de triagens do uso de álcool utilizados em outras publicações, o que dificulta a comparabilidade da prevalência de abuso/dependência de álcool encontrada.

Outro fator importante a ser considerado é a omissão de informações sobre o abuso/dependência de álcool pelo participante em decorrências de questões pessoais, tais como: culpa, vergonha e medo de punições, mesmo diante dos esclarecimentos que os dados são sigilosos.

No que diz respeito às potencialidades, o estudo foi conduzido com uma amostra probabilística e representativa, o que garante altos poderes estatísticos. Além disso, as variáveis foram ajustadas por meio de técnicas de análise multivariada, utilizando modelo teórico. Os dados foram coletados por profissionais treinados e foi realizado um estudo piloto para adequação do instrumento de coleta. Por fim, as medidas foram aferidas com utilização de técnicas apropriadas, padronizadas e confiáveis.

7. CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer a dimensão do uso de álcool e sua relação com características do trabalho, individuais e familiares entre profissionais de saúde da rede municipal de saúde de Belo Horizonte.

A prevalência encontrada para abuso/dependência de álcool foi semelhante à evidenciada em outros estudos realizados com profissionais de saúde. No que diz respeito aos fatores associados, verificou-se que características do trabalho em saúde estão relacionadas ao abuso/dependência de álcool, uma vez que o horário de trabalho irregular e a demanda psicológica tiveram associação positiva e negativa com o desfecho, respectivamente. Além disso, tabagismo, TMC e sexo também se mantiveram independentemente relacionados ao abuso/dependência de álcool.

Nessa perspectiva, os resultados reforçam a importância de se considerar o abuso/dependência de álcool entre a categoria de profissionais de saúde um relevante problema social e de saúde pública, uma vez que, na maioria das vezes, é silencioso, ocorrendo de maneira despercebida entre colegas de profissão e gestores. No entanto, seu anonimato não priva o indivíduo e sua família de consequências físicas, psíquicas e sociais. Ademais, os profissionais de saúde necessitam de equilíbrio físico e mental para cuidar da saúde de outros indivíduos que se encontram em um estado de extrema fragilidade. O abuso/dependência de álcool, além de promover diversos efeitos maléficos no organismo e na vida social do trabalhador, pode prejudicar o desempenho das tarefas laborais diárias, o que coloca em risco a vida do paciente e dos outros profissionais.

REFERÊNCIAS

AERTGEERTS, B.; BUNTINX, F.; KESTER, A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 57, p.30-39, Jan., 2004.

ALVES, H.; KESSLERB, F.; RATTOC, L.R.C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, supl1, p.51-53, Maio, 2004.

ALVES, H.N.P *et al.* Perfil clínico e demográfico de anesthesiologistas usuários de álcool e outras drogas atendidos em um serviço pioneiro no Brasil. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v.62, n.3, p.356-364, Maio/Jun., 2012.

AMARAL, R.A.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP)- campus capital. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, n.3, p.156-163, Set., 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. (DSM IV)**. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)**. EUA, 2016. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. Acesso em: 25 maio 2015.

ARAÚJO, T.M. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.4, p. 424-433, Ago., 2003.

ARAÚJO, A.C; NETO, F.L. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM – 5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v.16, n.1, p.67-82, Abr., 2014.

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

ARAÚJO, T.M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. **Scandinavian Journal of Work, Environment e Health**, Finlândia, suppl, n.6, p.52-59, 2008.

ASSUNÇÃO, A.A.; LIMA, C.R. Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. Caderno de Textos. **NESCON**, Belo Horizonte, 2012, 82p.

BABOR, T.F *et al.* The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) – Guidelines for use in primary care. World Health Organization, 2001.

BABOR, T.F. *et al.* AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for Use in Primary Care. **World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Department**. Second edition, 2001.

BALDWIN, P.J.; DODD, M.; RENNIE, J.S. Young dentists-work, wealth, health and happiness. **British Dental Journal**, London, v.186, n.1, p.30-36, Jan., 1999.

BARBOSA, G.B. *et al.* Trabalho e saúde mental dos profissionais da estratégia saúde da família em um município do estado da Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.37, n.126, p.306-315, Jul./Dec., 2012.

BARNES, A.J.; ZIMMERMAN, F.J. Associations of occupational attributes and excessive drinking. **Social Science & Medicine**, New York, v.92, p.35-42, Jun., 2013.

BARROS, M.B.A *et.al.* Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.4, p.502-509, Maio/Ago., 2007.

BERRY, C.B. *et al.* Substance misuse amongst anaesthetists in the United Kingdom and Ireland. **Anaesthesia**, London, v.55, n.10, p.946-952, Out., 2000.

BILDT, C.; MICHELSEN, H. Gender differences in the effects from working conditions on mental health. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Berlin, v.75, n.4, p.252-258, Jan., 2002.

BRAGA, L.C.; CARVALHO, L.R.; BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl1, p.1585-1596, Jan./Jun., 2010.

BRASIL. PORTARIA 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Disponível em: <http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>. Acesso em: 12 mar 2016.

BROTTO, T.C.A.; ARAUJO, M.D. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.37, n.126, p.290-305, Jul./Dez., 2012.

BUSHNELL, P.T. *et al.* Work schedules and health behavior outcomes at a large manufacturer. **Industrial Health**, Kawasaki, v.48, n.4, p.395-405, 2010.

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

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

CARUSO, C.C. Negative impacts of shiftwork and long work hours. **Rehabilitation Nursing**, Evanston, v.39, n.1, p.16-25, Jun., 2014.

CASTROAND, D.S. *et al.* Sociodemographic characteristics associated with binge drinking among Brazilians. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v.126, n.1, p.272-276, Nov., 2012.

CHAIEB, J.A.; CASTELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependência humanas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.3, p.246-254, Jun., 1998.

CHENG, W.J. *et al.* Alcohol dependence, consumption of alcoholic energy drinks and associated work characteristics in the Taiwan working population. **Alcohol and Alcoholism**, New York, v.47, n.4, p.372-279, Jul./Ago., 2012.

CHIODI, M.B; MARZIALE, M.H.P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Revisão Bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n.2, p.212-217, Abr./Jun., 2006.

CHIODO, G.T.; TOLLE, S.W. Chemically dependent doctors. **General Dentistry**, Chicago, v.45, n.5 p.532-538, Nov./Dez., 1997.

CHOR, D. *et al.* The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.219-224, Jan., 2008.

COLLINS, R.L.; GOLLNISCH, G.; MORSHEIMER, E.T. Substance use among a regional sample of female nurses. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v.55, n.1-2, p.145-155, Jun., 1999.

CORRADI-WEBSTER, C.M; LAPREGA, M.R; FURTADO, E.F. Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, spe2, p.1213-1218, Nov./Dez., 2005.

COSTA, F.M.; VIEIRA, M.A.; SENA, R.R. Absenteísmo relacionado às doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.1, p.38-44, Jan./Fev., 2009.

CUNHA, N.O. Fatores associados ao abuso e dependência de álcool em trabalhadores do transporte coletivo urbano na região metropolitana de Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina UFMG, Belo Horizonte, 2015.

CUNHA, N.O.; GJATTI, L.; ASSUNÇÃO, A.A. Factors associated with alcohol abuse and dependence among public transport workers in the metropolitan region of Belo Horizonte. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Berlin, v.89, n.6, p.881-890, Ago, 2016.

DEDECCA, C.S.; TROVÃO, C.J.B.M. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1555-1567, Jun., 2013.

DELCOR, N.S. *et al.* Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.187-196, Jan./Fev., 2004.

DHALLA, S.; KOPEC, J.A. The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies. **Clinical & Investigative Medicine**, New York, v.30, n.1, p.33-41, 2007.

DUALIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p.839-848, Out., 2007.

DYRBYE, L.N. *et al.* Work-home conflicts have a substantial impact on career decisions that affect the adequacy of the surgical workforce. **Archives of surgery**, Chicago, v.147, n.10, p.933-939, Out., 2012.

FERNÁNDEZ, E.R. *et al.* Consumo de álcool entre profissionais médicos de atención primaria. **Atención Primaria**, Barcelona, v.28, n.4, p.259-262, Jan., 2001.

FERREIRA, L.N., *et al.* Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p.3409-3418, Nov., 2013.

FJELDHEIM, C.B. *et al.* Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and the effect of explanatory variables in paramedic trainees. **BMC Emergency medicine**, London, v. 14, n.11, p.1-7, Abr., 2014.

FRONE, M.R. Prevalence and distribution of alcohol use and impairment in the workplace: a U.S survey. **Journal of Studies on Alcohol**, New Brunswick, v. 67, n.1, p.147-156, Jan., 2006.

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

GIMENO, D *et al.* Work organization and drinking: an epidemiological comparison of two psychosocial work exposure models. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Berlin, v.82, n.3, p.305-317, Fev., 2009.

GROSS, S.R *et al.* Follow-up of Provision of Inpatient Treatment for UK Healthcare Professionals with Alcohol Dependence: Snapshot of a Pilot Specialist National Health Service. **Substance Use & Misuse**, London, v.44, n.13, p.1916-1925, 2009.

GUIMARÃES, V.V. *et al.* Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.13, n.2, p.314-325, Jun., 2010.

HEPONIEMI, T. *et al.* Is the public healthcare sector a more strenuous working environment than the private sector for a physician? **Scandinavian Journal of Public Health**, Stockholm, v.41, n.1, p.11-17, Fev., 2013.

INSTITUTO DA DROGA E TOXICODEPENDÊNCIA. Plano nacional de redução dos problemas ligados ao álcool 2009-2012. Portugal, 2009.

ISSA, B.A. *et al.* Hazardous alcohol use among doctors in a Nigerian Tertiary Hospital. **West African Journal of Medicine**, Pune, v.31, n.2, p.97-101, Jan./Jun., 2012.

JOMAR, R.T.; ABREU, A.M.; GRIEP, R.H. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.27-37, Jan., 2014.

JUNTUNEN, J.*et al.* Doctor's drinking habits and consumption of alcohol. **British Medical Journal Publishing Group**, London, v.297, n.6654, p.951-951, Out., 1988.

KARASEK, R. Job Content Questionnaire user's guide. Lowell: University of Massachusetts; 1985.

KARASEK, R.*et al.* The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v.3, n.4, p.322-355, Out., 1998.

KENNA, G.A.; LEWIS, D.C. Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, London, v.3, n.3, p.1-8, Jan., 2008.

KENNA, G.A.; WOOD, M.D. Alcohol use by healthcare professionals. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v. 75, n.1, p.107-116, Jul., 2004.

KENNA, G.A.; WOOD, M.D. The prevalence of alcohol, cigarette and illicit drug use and problems among dentists. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v.136, n.7, p.1023-1032, Jul., 2004.

KERR-CORRÊA, F. *et al.* Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.30, n.3, p.235-242, Set., 2008.

KIVIMAKI, M. *et al.* Does shift work lead to poor health habits? A comparison between women who had always done shift work with those who had never done shift work. **Work & Stress**, v.15, n.1, p.3-13, 2001.

KOLTERMANN, A.P. *et al.* Estresse ocupacional em trabalhadores bancários: prevalência e fatores associados. **Saúde (Santa Maria)**, v.37, n.2, p.33-48, Jul./Dez., 2011.

LARANJEIRA, R. *et al.* Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.32, n.3, p.231-241, Set., 2010.

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

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

LIMA, E.P.; ASSUNÇÃO, A.A.; BARRETO, S.M. Tabagismo e estressores ocupacionais em bombeiros, 2011. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.5, p.897-904, Out., 2013.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1639-1648, Ago., 2006.

MARCHAND, A. Alcohol use and misuse: What are the contributions of occupation and work organization conditions? **Bio Med Central Public Health**, London, v.8, p.1-12, Set., 2008.

MARCHAND, A.; BLANC, M.E. Occupation, work organization conditions, and alcohol misuse in Canada: an 8-year longitudinal study. **Substance Use & Misuse**, Monticello, v.46, n.8, p.1003-1014, Jan., 2011.

MARCHAND, A.; PARENT-LAMARCHE, A.; BLANC, M.E. Work and High-Risk Alcohol consumption in the Canadian Workforce. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v.8, n.7, p. 2692-2705, Jul., 2011.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P.A. Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, London, v.148, p.23-26, Jan., 1986.

MARIESTELA, M.; BRESSAN, L. Consumo de álcool entre estudantes do curso de enfermagem de um município do oeste catarinense. **Ciência e Cuidado em Saúde**, Maringá, v. 6, n.3, p. 319-324, Jul./Set., 2007.

MASUR, J.; MONTEIRO, M.G. Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Revista Brasileira de Pesquisas Médicas e Biológicas/Sociedade Brasileira de Biofísica**, São Paulo, v.16, n.3, p.215-218, Out., 1983.

MENDES, S.S.; MARTINO, M.M.F. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.6, p.1471-1476, Dez., 2012.

METZNER, R.J.; FISCHER, F.M. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. **Revistade Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.6, p.548-553, Dez., 2001.

MOORE, R.D.; MEAD, L.; PEARSON, T.A. Youthful precursors of alcohol abuse in physicians. **The American Journal of Medicine**, New York, v.88, n.4, p.322-326, Abr., 1990.

MOREIRA, L.B *et al.* Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, New Brunswick, v.57, n.3, p.253-259, May, 1996.

MORIKAWA, Y. *et al.* The effect of age on the relationship between work-related factors and heavy drinking. **Journal of Occupational Health**, Tokyo, v.56, n.2, p.141-149, Fev., 2014.

MORIKAWA, Y. *et al.* Correlation between shift-work-related sleep problems and heavy drinking in Japanese male factory workers. **Alcohol and Alcoholism**, New York, v.48, n.2, p.202-206, Mar./Abr., 2013.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. **Drinking Levels Defined**. EUA, 2016. Disponível em: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>. Acesso em: 23 abril 2015.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. **Screening for Alcohol use and alcohol-related problems**. EUA, 2005. Disponível em: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa65/AA65.pdf>. Acesso em 15 jan 2016.

NEVES, B.S.; PINHEIRO, T.M.M. Perfil epidemiológico e ocupacional dos anestesiológicos inseridos no mercado de trabalho de Belo Horizonte, Minas Gerais, em 2010. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v.62, n.5, p.612-624, Set./Out., 2012.

OLIVEIRA, L.C.B.; CHAVES-MAIA, E.M. Saúde psíquica dos profissionais de saúde em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, Bogotá, v.10, n.3, p. 405-413, Jul., 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10º ver.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

PIKÓ, B. Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions. **The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health**, London, v.119, n.3, p.156-162, Set., 1999.

PLANT, M.L.; PLANT, M.A.; FOSTER, J. Alcohol, tobacco and illicit drug use amongst nurses: a Scottish study. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v. 28, n.2, p.195-2002, Ago., 1991.

PRETTO, A.D.B.; PASTORE, C.A.; ASSUNÇÃO, M.C.F. Comportamentos relacionados à saúde entre profissionais de ambulatórios do Sistema Único de Saúde no município de Pelotas-RS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.23, n.4, p.635-644, Out./Dez., 2014.

RAFFONE, A.M; HENNINGTON, E.A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, p.669-676, Ago., 2005.

REGO, R.A. *et al.* Epidemiologia do alcoolismo: prevalência de positividade do teste CAGE em inquérito domiciliar no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.13, n.2, p.75-80, Abr./Jun., 1991.

RIBOLDI, L.; BORDINI, L.; FERRARIO, M.M. Fitness for work in health care workers: state of the art and possible operational recommendations for its formulation and management

in relationship to alcohol and drug addiction. **Medicina del Lavoro**, Milano, v.103, n.3, p.203-2011, Maio/Jun., 2012.

ROBAZZIL, M.L.C.C. *et al.* Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.526-532, Set., 2012.

RODAS, E.G. *et al.* Salud mental en médicos que realizan el servicio rural, urbano-marginal en salud en el Perú: un estudio de línea base. **Revista Peruana de Medicina Experimental e Saúde Pública**, Lima, v.28, n.2, p.277-281, Jun., 2011.

RODRIGUES, E.P. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.67, n.2, p.296-301, Mar./Abr., 2014.

ROOM, R.; BABOR, T.; REHM, J. Alcohol and public health. **The Lancet**, London, v.365, n.9458, p.519-530, Fev., 2005.

ROSTA, J. Drinking patterns of doctors: a comparison between Aarhus in Denmark and Mainz in Germany. **Drugs: education, prevention and policy**, London, v.9, n.4, p. 367-376, Jul., 2002.

ROSTA, J. Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. **Alcohol e Alcoholism**, New York, v.43, n.2, p.198-203, Mar./Abr., 2008.

ROSTA, J.; AASLAND, O.G. Female surgeons' alcohol use: a study of a national sample of Norwegian doctors. **Alcohol & Alcoholism**, New York, v.40, n.5, p.436-440, Set./Out., 2005.

SAADE, S.L.; MARCHAND, A. Work organization conditions, alcohol misuse: the moderating role of personality traits. **Work**, Reading, v.44, n.2, p.191-200, 2013.

SANTOS, J.L.G *et al.* Riscos e vulnerabilidades nas práticas dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n.2, p.205-212, Jun., 2012.

SANTOS, K.O.B.; ARAÚJO, T.M.; OLIVEIRA, N.F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.214-222, Jan., 2009.

SCHEFFER, M.; PASA, G.G. Dependência de álcool, cocaína e crack: transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.26, n.3, p. 533-541, Jul./Set., 2010.

SCHLUTER, P.J.; TURNER, C.; BENEFER, C. Long working and alcohol risk among Australian and New Zealand nurses and midwives: a cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, New York, v.49, n.6, p.701-709, Jun., 2012.

SCHUCKIT, M.A. Alcohol-use disorders. **The Lancet**, London, v.373, n.9662, p.492-501, Fev., 2009.

SEBO, P. *et al.* Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, London, v.7, n.5, p.1-8, Jan., 2007.

SHYANGWA, P.M.; JOSHI, D.; LAL, R. Alcohols and other substance use/abuse among junior doctors and medical students in a teaching institute. **Journal of the Nepal Medical Association**, Kathmandu, v.46, n.167, p.126-129, Jul./Set., 2007.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v.1, n.1, p.27-41, Jan., 1996.

SIEGRIST, J.; RODEL, A. Work stress and health risk behavior. **Scandinavian Journal of Work Environment & Health**, Helsinki, v. 32, n. 6 (especial), p.473-481, Dez., 2006.

SOBRINHO, C.L.N. *et al.* Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.131-140, Jan., 2006.

SOUZA, S.L. A representação do consumo de bebidas alcoólicas para adolescentes atendidos em uma Unidade de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.733-741, Maio, 2010.

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

TRINKOFF, A.M.; STORR, C. Work schedule characteristics and substance use in nurse. **American Journal of Industrial Medicine**, New York, v.34, n.3, p.266-271, Set., 1998.

TSUTSUMI, A. *et al.* Association between job characteristics and health behaviors in Japanese rural workers. **International Journal of Behavioral Medicine**, Hillsdale, v.10, n.2, p.125-142, 2003.

UNRATH, M. *et al.* Identification of possible risk factors for alcohol use disorders among general practitioners in Rhineland-Palatinate, Germany. **Swiss Medical Weekly**, Basel, v.142, Ago., 2012.

VARELLA, T.C.; PIERANTONI, C.R. Mercado de Trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.521-544, Set., 2008.

VOIGT, K. *et al.* Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). **BMC Health Services Research**, London, v. 9, n.219, p.1-7, Dez., 2009.

WINWOOD, P.C.; WINEFIELD, A.H.; LUSHINGTON, K. The role of occupational stress in the maladaptive use of alcohol by dentists: A study of South Australian general dental practitioners. **Australian Dental Journal**, Sydney, v.48, n.2, p.102-109, Jun., 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Disorders in Primary Care; a WHO education package**. Geneva: WHO; 1998. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67186/1/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf. Acesso em: 20 fev 2016.

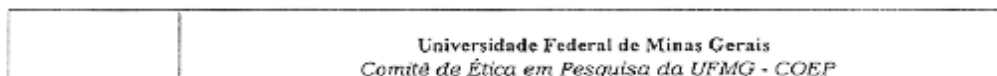
WORLD HEALTH ORGANIZATION. The global shortage of health workers and its impact. Fact sheet (302), Apr 2006a. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/en/index.html> Acesso em agosto de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Atlas of the Health Workforce**. World Health Organization, 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>. Acesso em: 28 jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Alcohol and Health-2014**. World Health Organization, 2014. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/. Acesso em 06 jun.2015.

WORLD HEATH ORGANIZATION. **The Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for Use in Primary Care**. WHO, 2001. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>. Acesso em: 29 fev. 2016.

ZANATTA, A.B.; LUCCA, S.R. Prevalência de síndrome de *burnout* em profissionais de saúde de um hospital oncohematológico infantil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n.2, p.253-260, 2015.

ANEXOS**ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais**

Parecer nº. ETIC 542/07

Interessado(a): Profa. Ada Ávila Assunção
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de novembro de 2007, o projeto de pesquisa intitulado **"Condições de emprego, condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO 2 – Parecer da SMSA-BH



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

Avaliação de projeto de pesquisa – **Protocolo 054/2006**

Projeto: Condições de Emprego, Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores de Saúde"

Pesquisadora: Maria Cristina Ramos de Vasconcellos

Pesquisador Responsável

- 1) Ada Avila Assunção (coordenação)
- 2) Soraya Almeida Belisário (coordenação)
- 3) Luciana Souza d'Ávila (Bolsista do Projeto)
- 4) Maria Cristina Ramos de Vasconcellos Coelho (Mestranda / Programa de Pós-graduação em Saúde Pública/UFMG)
- 5) Vivian Patricia Andrade de Souza (Bolsista do Projeto)
- 6) Juliana da Costa Martins

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2006

APÊNDICE

Apêndice 1 - Questionário



PROFISSIONAIS DA SAÚDE PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO

Início:	horas	min.
Final:	horas	min.

Número do Questionário: _____

Data: ____/____/20____

Este **questionário** é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho. Assim, solicitamos que não troque idéias com os colegas antes de responder este questionário.

Bloco 1 Identificação Geral Informações Sociodemográficas

1. Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	2. Idade: ____ anos	3. Tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos filhos: ____
4. Situação conjugal: <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) <input type="checkbox"/> União consensual, união estável		
5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série/grau que concluiu? <input type="checkbox"/> Ensino fundamental - Última série concluída: ____ série Ensino Médio - Série: <input type="checkbox"/> 1º ano <input type="checkbox"/> 2º ano <input type="checkbox"/> 3º ano Técnico: <input type="checkbox"/> Qual curso? [Anotar] _____ Ensino Superior: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto - Qual curso? [Anotar] _____ <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado		
6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela (oriental) <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Origem indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Não sabe		

Bloco 2 Informações Gerais sobre o seu Trabalho

1. Coloque o código correspondente ao cargo que você ocupa: Cód. _____
2. Há quanto tempo você trabalha no serviço público? ____ anos ____ meses
3. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual? ____ anos ____ meses
4. Você fez algum treinamento institucional para exercer sua função atual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, por favor, especifique qual _____
5. Seu vínculo de trabalho atual é: <input type="checkbox"/> Municipal com concurso <input type="checkbox"/> Municipalizado - Qual vínculo? [Anotar] _____ <input type="checkbox"/> Contratado sem concurso <input type="checkbox"/> Estagiário



6. Exerce cargo de:		
<input type="checkbox"/> 1 Nível elementar	<input type="checkbox"/> 2 Nível médio	<input type="checkbox"/> 3 Nível superior
<input type="checkbox"/> 4 Estagiário Ensino Superior	<input type="checkbox"/> 5 Estagiário Ensino Médio	
7. Seu regime de trabalho é:		
<input type="checkbox"/> 1 Diurno	<input type="checkbox"/> 2 Noturno	
<input type="checkbox"/> 3 Diurno em Regime de plantão	<input type="checkbox"/> 4 Noturno em Regime de plantão	
8. Qual a sua jornada real neste trabalho no município?		
<input type="checkbox"/> 1 Jornada semanal 8 horas	<input type="checkbox"/> 4 Jornada semanal 20 horas	<input type="checkbox"/> 7 Jornada semanal 36 horas
<input type="checkbox"/> 2 Jornada semanal 10 horas	<input type="checkbox"/> 5 Jornada semanal 24 horas	<input type="checkbox"/> 8 Jornada semanal 40 horas
<input type="checkbox"/> 3 Jornada semanal 12 horas	<input type="checkbox"/> 6 Jornada semanal 30 horas	<input type="checkbox"/> 9 Jornada semanal 44 horas
9. Você possui outro trabalho?		
<input type="checkbox"/> 1 Sim, na Prefeitura de BH	<input type="checkbox"/> 5 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada	
<input type="checkbox"/> 2 Sim, em outra Prefeitura	<input type="checkbox"/> 6 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada	
<input type="checkbox"/> 3 Sim, no Estado	<input type="checkbox"/> 7 Sim, tenho outro trabalho por conta própria	
<input type="checkbox"/> 4 Sim, no nível Federal	<input type="checkbox"/> 8 Não tenho outro trabalho	
10. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda? _____ horas semanais.		

Bloco 3 Sobre o seu Ambiente de Trabalho

1. Em geral, a ventilação do seu local de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória	
2. Em geral, a temperatura do seu local de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória	
3. Em geral, a iluminação em seu local de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória	
4. Em geral, você considera as cadeiras e as mesas do seu local de trabalho:			
<input type="checkbox"/> 2 Precárias	<input type="checkbox"/> 1 Razoáveis	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatórias	
5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos do seu local de trabalho são:			
<input type="checkbox"/> 2 Precários	<input type="checkbox"/> 1 Razoáveis	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatórios	
6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?			
<input type="checkbox"/> 0 Sim	<input type="checkbox"/> 1 Não	<input type="checkbox"/> 2 Não sei o que é isso	
Quais são eles? [ANOTAR] _____			
7. Você utiliza estes equipamentos?			
<input type="checkbox"/> 0 Sim	<input type="checkbox"/> 1 Não	<input type="checkbox"/> 2 Não se aplica	
Em caso afirmativo, qual(is)? _____			
8. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:			
<input type="checkbox"/> 0 Boa	<input type="checkbox"/> 1 Regular	<input type="checkbox"/> 2 Ruim	<input type="checkbox"/> 3 Muito ruim
9. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc?			
<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre
10. Você entra em contato com radiação ionizante (raio X, tomografia, radioterapia, radiofármacos)?			
<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre
11. Você entra em contato com gases anestésicos?			
<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre



12. Você entra em contato com anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
13. Você entra em contato com agentes citotóxicos (quimioterápicos)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
14. Você prepara e/ou administra medicamentos?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
15. Durante seu horário de trabalho, você adota posturas que podem gerar dores ou desconforto muscular no trabalho ou fora do trabalho?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
16. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
17. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
18. Seu trabalho exige que você ande muito?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
19. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
20. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
21. Você fica sem fazer pausas durante a jornada?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
22. Você trabalha em rodízio de turnos?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
23. Você trabalha no turno noturno?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
24. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é?	<input type="checkbox"/> Desprezível	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> Insuportável
25. Em geral, o ruído originado fora do seu local de trabalho é?	<input type="checkbox"/> Desprezível	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> Insuportável
26. Já tomou a vacina contra Febre Amarela?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, há quanto tempo?	<input type="checkbox"/> Menos de 10 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 10 anos		
27. Já tomou a vacina Anti-Rábica?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro
28. Já tomou a vacina contra Hepatite B?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses	
29. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses		
30. Já tomou a vacina contra Tétano?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu?	<input type="checkbox"/> Menos de 3 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há mais de 10 anos	<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há menos de 10 anos	



31. Já tomou a vacina contra Tuberculose (BCG)? Não Sim Não sei/não me lembro

32. Já tomou a vacina contra Varicela? Não Sim Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu: 1 dose 2 doses

33. No setor onde você trabalha existe:

Recursos	0 Não	1 Sim
1. Recursos materiais suficiente para realizar as tarefas		
2. Tempo disponível para você se alimentar		
3. Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho		
4. Copa/refeitório		
5. Sala de descanso		
6. Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho		
7. Escaninhos para guardar pertences		

34. No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:

- Em casa
 No próprio local de trabalho em condições confortáveis
 No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis
 Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho
 Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho
 Não se aplica

Bloco 4 Características Psicossociais do Trabalho

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda à sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2. Meu trabalho envolve muita repetitividade.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
4. Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por minha própria conta.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
5. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
6. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como eu devo fazê-lo.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
7. Em meu trabalho, posso fazer muitas coisas diferentes.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
8. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente



9. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
12. Meu trabalho exige muito esforço físico. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
13. Eu não sou solicitado para realizar um volume excessivo de trabalho. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
14. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
15. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
16. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
17. Eu freqüentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
18. Meu trabalho me exige muito emocionalmente. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
19. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
20. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5 Não tenho supervisor
21. Meu supervisor me trata com respeito. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5 Não tenho supervisor
22. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5 Não tenho supervisor
23. Meu chefe/coordenador é bem sucedido em promover o trabalho em equipe. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5 Não tenho supervisor
24. As pessoas no meu trabalho são amigáveis. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente
25. As pessoas com quem trabalho ajudam-se umas às outras a fazer o trabalho. <input type="checkbox"/> 1 Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 2 Discordo <input type="checkbox"/> 3 Concordo <input type="checkbox"/> 4 Concordo fortemente



26. Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
27. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
28. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
29. Minhas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente

Por favor, assinale até que ponto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo.

Agradecemos por responder a todas as afirmativas.

1. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
3. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e "me desligar" facilmente do meu trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
4. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
5. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
6. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
7. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço. <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo ➔ E com isso, eu fico: <input type="checkbox"/> Nem um pouco estressado <input type="checkbox"/> Um pouco estressado <input type="checkbox"/> Estressado <input type="checkbox"/> Muito estressado
8. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas. <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo ➔ E com isso, eu fico: <input type="checkbox"/> Nem um pouco estressado <input type="checkbox"/> Um pouco estressado <input type="checkbox"/> Estressado <input type="checkbox"/> Muito estressado
9. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado. <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo ➔ E com isso, eu fico: <input type="checkbox"/> Nem um pouco estressado <input type="checkbox"/> Um pouco estressado <input type="checkbox"/> Estressado <input type="checkbox"/> Muito estressado
10. Você está satisfeito (a) com o seu trabalho? <input type="checkbox"/> Não estou satisfeito (a) de forma nenhuma <input type="checkbox"/> Não estou satisfeito (a) <input type="checkbox"/> Estou satisfeito (a) <input type="checkbox"/> Estou muito satisfeito (a)
11. Você se candidataria ao seu emprego novamente? <input type="checkbox"/> Sim, sem hesitação <input type="checkbox"/> Sim, depois de refletir sobre isto <input type="checkbox"/> Definitivamente não



Bloco 5 Atividades Domésticas e Hábitos de Vida

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas)

Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa?

1. Quais as atividades domésticas, listadas abaixo, que você faz?

Atividade	0 Não	1 Sim	2 Não se aplica
2. Cuidar das crianças?			
3. Cuidar da limpeza?			
4. Cozinhar?			
5. Lavar roupa?			
6. Passar roupa?			
7. Feira/ supermercado			
8. Levar filho à escola			
9. Pequenos consertos			
10. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes			

11. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa?

Não Sim

12. Nas últimas duas semanas, você realizou atividades domésticas?

- Todos os dias da semana
 Três ou mais dias na semana
 Um ou dois dias na semana
 Apenas no final de semana
 Não realizou atividades domésticas

13. Você participa de atividades regulares de lazer?

Sim Não - Se SIM: de qual tipo de atividade?

Atividades culturais (cinema, teatro, exposição) Atividades sociais (visita amigos, festa, barzinho)

Atividades físicas (caminhadas, exercícios, prática de esportes etc)

Com que frequência você realiza as atividades físicas?

Nunca 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana

14. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:

Não fumante Ex-fumante Fumante atual

15. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?

Sim Não

16. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? Sim Não

17. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber? Sim Não

18. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? Sim Não

19. Atualmente, você está fazendo uso de medicamento prescrito por médico para (marque quantas opções forem necessárias):

Hipertensão arterial Depressão ou ansiedade Reumatismo Diabete

Alterações do sono Outros Nenhum

Bloco 6 Qualidade de Vida

Por favor, circule o número que lhe parece a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1. Como você avaliaria sua Qualidade de vida?	1	2	3	4	5



As questões abaixo abordam o grau de satisfação que você sente e sentiu a respeito de alguns aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
3. Quanto satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
4. Quanto satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

Bloco 7 Aspectos Relacionados à sua Saúde

1. Você possui diagnóstico médico das doenças listadas abaixo?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tuberculose	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Gastrite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Obesidade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Úlcera	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Pressão alta	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Hepatite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Câncer	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	LER/DORT	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Rinite/sinusite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Depressão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Asma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Distúrbios do sono	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfonia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Lombalgia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Outro(s)? [ANOTAR] _____

2. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale Nunca. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.

Problema	1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco Freqüente	4 Freqüente	5 Muito Freqüente
Dor nos braços					
Dor nas pernas					
Dor nas costas					
Fadiga					
Problemas de pele					
Problemas digestivos					
Cansaço mental					
Nervosismo					
Esquecimento					
Sonolência					
Insônia					
Irritação					

3. Nas duas últimas semanas, você tem sentido cansaço para falar?

Não De vez em quando Diariamente

4. Nas duas últimas semanas, você percebe piora na qualidade de sua voz?

Não De vez em quando Diariamente



5. Nos últimos 12 meses, você faltou ao trabalho por problemas de saúde? Não Sim
Se SIM, por qual motivo? _____

6. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho? Não Sim
Se SIM, por qual motivo? _____

7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?
 Não Sim
Em caso afirmativo, qual? _____
Há quanto tempo? _____ anos _____ meses
Houve emissão da CAT? Sim Não Não sei o que é CAT

8. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum acidente de trabalho que o colocou em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente?
Em caso afirmativo, qual tipo de líquido (s) corporal(is) _____
Houve emissão da CAT? Sim Não Não sei o que é CAT

9. Você procurou obter a Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde de Belo Horizonte?
 Sim Não Não tenho conhecimento da existência dessa Orientação

10. As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder uma questão, dê a melhor resposta que você puder.

1 - Dorme mal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2 - Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3 - Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4 - Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5 - Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6 - Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8 - Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9 - Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
10 - Tem dores de cabeça frequentemente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
11 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
13 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
14 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
15 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
16 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
17 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
20 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não


Bloco 8 Atos de Violência - Vitimização

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços (durante o seu trabalho)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Com frequência
4. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalhos (durante o seu trabalho)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Com frequência
5. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça vivenciada durante o seu trabalho? <input type="checkbox"/> Nunca pensei <input type="checkbox"/> Já pensei algumas vezes <input type="checkbox"/> Pensei com frequência

Esta seção trata de atos de violência **FORA** do trabalho dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 12 meses. Por favor, responda às seguintes questões:

6. Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses (fora do trabalho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, quem praticou a agressão? <input type="checkbox"/> Paciente/ usuário do serviço de saúde <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Amigo (a) <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmão/irmã <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Vizinho (a) <input type="checkbox"/> Desconhecido (a) <input type="checkbox"/> Outros - Especifique _____
7. Qual foi o tipo de agressão (fora do trabalho)? <input type="checkbox"/> Física - Especifique _____ <input type="checkbox"/> Psicológica - Especifique _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligência <input type="checkbox"/> Atos de destruição <input type="checkbox"/> Xingamentos <input type="checkbox"/> Outros - Especifique _____
8. Você foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Qual seu vencimento bruto mensal relativo a este trabalho? R\$ _____

10. Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:

Muito obrigado por sua colaboração!!



Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Emprego, trabalho e saúde no setor saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO

Estudo quantitativo

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que será realizada na Faculdade de Medicina da UFMG. A pesquisa **emprego, trabalho e saúde no setor saúde** pretende descrever as características ocupacionais e sócio-demográficas dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sorteados aleatoriamente. Caso concorde em participar desta pesquisa, você deverá responder ao questionário de caráter confidencial e individual. Sua participação neste estudo é voluntária e você poderá não concordar em fazer parte da nossa amostra sem que isto traga qualquer prejuízos no seu trabalho.

Todas as informações obtidas serão guardadas em segurança pelo pesquisador, sendo tais informações sigilosas. Você será identificado por um número e seu nome não será divulgado. Todos os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa científica e somente terão acesso a eles os pesquisadores envolvidos no projeto. Seu nome não será identificado em nenhuma publicação que resultar deste estudo.

Caso tenha dúvidas ou necessite obter outras informações, favor entrar em contato com Maria Núbia Alves Cruz (3409-9711) ou Ada Ávila Assunção (3409-9815). Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte no endereço Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro Funcionários, ou pelo telefone 3277-5309; ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais no endereço Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, Campus Pampuiha, ou pelo telefone (031) 3499-4592.

Consentimento:

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste Termo de Consentimento, que concordo com as propostas aqui descritas e que recebi uma cópia do mesmo com a minha assinatura. Decido participar da pesquisa **emprego, trabalho e saúde no setor saúde** respondendo ao questionário, ciente de que posso negar a minha participação no momento que desejar.

Local e data:

Nome:

Assinatura:

Assinatura do responsável pela pesquisa: