

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANALY DA SILVA MACHADO**

**PREVALÊNCIA DO USO DO ÁLCOOL E TABACO POR ENFERMEIROS  
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**BRASÍLIA**

**2016**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANALY DA SILVA MACHADO

PREVALÊNCIA DO USO DO ÁLCOOL E  
TABACO POR ENFERMEIROS DE UM  
HOSPITAL UNIVERITÁRIO

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Grau de Mestre em  
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem da Universidade de Brasília

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

BRASÍLIA

2016

MM149p Machado, Analy da Silva  
Prevalência do uso do álcool e tabaco por  
enfermeiros de um Hospital Universitário. / Analy da  
Silva Machado; orientador Prof. Dr. Pedro Sadi  
Monteiro. -- Brasília, 2016.  
113 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --  
Universidade de Brasília, 2016.

1. Enfermeiras e Enfermeiros. 2. Consumo de  
Bebidas Alcoólicas. 3. Consumo de Produtos Derivados  
do Tabaco. I. Monteiro, Prof. Dr. Pedro Sadi,  
orient. II. Título.

ANALY DA SILVA MACHADO  
PREVALÊNCIA DO USO DO ÁLCOOL E TABACO POR ENFERMEIROS DE UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 13 de dezembro de 2016

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro  
Universidade de Brasília  
Presidente

---

Prof. Dr. Antônio Raimundo Lima Cruz Teixeira  
Universidade de Brasília  
Membro

---

Prof. Dra Gisele Martins  
Universidade de Brasília  
Membro

---

Profa. Dra. Paula Frassinetti Guimarães de Sá  
Universidade Paulista  
Suplente

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, pela atenção e apoio durante o processo de definição e orientação.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília pela oportunidade.

Aos meus pais, Antônio e Elza pela dedicação e apoio durante todos os meus anos de estudo e amor incondicionais.

Aos meus irmãos, em especial minha irmã Anaely pela paciência e apoio técnico.

Ao meu esposo, Israel pela paciência e compreensão.

Aos meus amigos Rozânia Junqueira e Rafael Gazinelli pelo apoio técnico.

Aos funcionários que prontamente colaboraram com a realização desta pesquisa.

E, a todos que de alguma forma colaboraram com a realização desta pesquisa, os meus mais sinceros agradecimentos.

## RESUMO

M, A. **Prevalência do uso do álcool e tabaco por enfermeiros de um hospital universitário**. 2016. 119 folhas. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

**Introdução:** O consumo de álcool e tabaco pode acarretar riscos para a saúde, uma vez que seu consumo está associado a doenças e óbitos. Estudos populacionais buscam avaliar o padrão de consumo destas substâncias, bem como melhor entender a relação entre o consumo e os agravos à saúde. O presente estudo foca na análise do consumo de tais substâncias por enfermeiros, uma vez que as condições de trabalho da enfermagem podem representar fatores de risco para o abuso de substâncias. **Objetivos:** Conhecer a magnitude e o perfil do consumo de álcool e de tabaco por enfermeiros de um Hospital. **Método:** Trata-se de um estudo de base epidemiológica do tipo transversal analítico. O consumo de álcool foi analisado por meio do AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) e o consumo de tabaco por meio do GATS (*Global Adult Tobacco Survey*). A amostra é composta por 157 enfermeiros do Hospital Universitário de Brasília que foram entrevistados no período entre junho e julho de 2016. **Resultados:** Foi verificado que a maioria dos participantes (n=143, 91,1%) não apresentou problemas relacionados ao álcool - o que significa que obtiveram menos de oito pontos no somatório do AUDIT. Quanto ao consumo de tabaco, 153 (97,4%) relataram não fumar e quatro (2,5%) relataram fumar menos que diariamente. Nenhum participante afirmou fumar diariamente. **Conclusões:** Tanto em relação ao consumo de álcool como em relação ao consumo de tabaco, observou-se que os dados encontrados estão abaixo dos dados apresentados nos inquéritos populacionais nacionais e internacionais publicados recentemente. Assim, os resultados sugerem que o baixo consumo dessas substâncias é um ponto positivo da população estudada.

**Palavras – Chaves:** Enfermeiras e Enfermeiros; Consumo de Bebidas Alcoólicas; Consumo de Produtos Derivados do Tabaco.

## **ABSTRACT**

M, A. Prevalence of the use of alcohol and tobacco by nurses of a University Hospital. 2016. 119 pages. Dissertation (Master Degree) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasilia, Brasilia, 2016.

**Introduction:** The consumption of alcohol and tobacco can cause risks for health since their consumption is associated with diseases and deaths. Studies with population seek to describe the pattern of consumption of these substances, as well as understand the relationship between consumption and health consequences. This study focus on the analysis of the consumption of such substances by nurses, because working conditions of these profession can represent a risk factor for substance abuse. **Objectives:** The study attempts to describe the magnitude and the profile of the use of alcohol and tobacco by nurses of a university hospital. **Method:** It is an epidemiological cross-sectional analytical study. The consumption of alcohol was analyzed applying the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), while the consumption of tobacco was analyzed applying the Global Adult Tobacco Survey (GATS). The sample was composed by 157 nurses of the Brazilian University Hospital, who were interviewed in the period between June and July 2016. **Results:** It was verified that the majority of the sample (n=143, 91.1%) reported no problem related to alcohol consumption, which means that those nurses had eight points or less according the AUDIT scale. In addition, 153 nurses (97.4%) reported no smoking, while only four nurses (2.5%) reported smoking less than daily. No one reported smoking daily. **Conclusion:** The alcohol consumption as well as the tobacco consumption were reported to be low in the sample analyzed in comparison to related studies. So, the results suggest that the low consumption of these substances is a positive characteristic of the population studied.

**KEY WORD:** Nurses; Alcohol Drinking; Consumption of Tobacco-Derived Products.

## RESUMEN

M, A. Prevalencia del consumo de alcohol y tabaco por enfermeras de un Hospital Universitario. 2016. 119 hojas. Tesis (maestro) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia, Brasilia, 2016.

**Introducción:** El consumo de alcohol y tabaco puede provocar riesgos para la salud, pues estas sustancias están asociadas a enfermedades y muertes. Estudios de la población buscan evaluar el estándar del consumo de estas sustancias y comprender la relación entre el consumo y los daños para la salud. Este estudio se centra en el análisis del consumo de tales sustancias por enfermeros, una vez que las condiciones de trabajo de enfermería pueden representar factores de riesgo para el abuso de sustancias. **Objetivos:** Conocer la magnitud y el perfil del consumo de alcohol y tabaco por enfermeros. **Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico analítico transversal. El consumo de alcohol fue examinado por el AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) y el consumo de tabaco por el GATS (*Global Adult Tobacco Survey*). La muestra comprende 157 enfermeros del Hospital Universitario de Brasilia que fueron entrevistados durante el período entre junio y julio de 2016. **Resultados:** Fue verificado que la mayoría de los participantes (n = 143, 91,1%) no tienen problemas relacionados con el consumo de alcohol. Esto significa que estos participantes tienen menos de ocho puntos en la suma del AUDIT. Acerca el tabaco, 153 (97,4%) informaron no fumar y cuatro (2,5%) reportaron fumar, pero no a la diaria. Nadie dice fumar a diario. **Conclusiones:** Fue observado que el consumo de alcohol y tabaco es inferior en el estudio presentado en la comparación con otros estudios similares. Por lo tanto, los resultados sugieren que el bajo consumo de estas sustancias es una característica positiva de la población del estudio.

**DESCRITORES:** Enfermeros; Consumo de Bebidas Alcohólicas; Consumo de Productos Derivados del Tabaco.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PONTUAÇÃO DO AUDIT. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016 .....	36
TABELA 2 - PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO SEGUNDO O SEXO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016 .....	39
TABELA 3 - PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL SEGUNDO O SEXO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016.....	16
TABELA 4 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A FREQUÊNCIA DE INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016.....	21
TABELA 5 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A PERGUNTA: <i>NAS OCASIÕES EM QUE BEBE, QUANTAS DOSES VOCÊ COSTUMA TOMAR?</i> BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016 .....	23
TABELA 6 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A PERGUNTA: <i>NAS OCASIÕES EM QUE BEBE, QUANTAS DOSES VOCÊ COSTUMA TOMAR?</i> BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016 .....	24
TABELA 7 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A PERGUNTA: <i>COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TOMA "SEIS OU MAIS DOSES" EM UMA OCASIÃO.</i> BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016.....	25
TABELA 8 - PERFIL DOS PROFISSIONAIS POR ZONA DE RISCO PARA CONSUMO DE ÁLCOOL. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016.....	27
TABELA 9 - PADRÃO DE USO DO TABACO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016 .....	29
TABELA 10 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A PERGUNTA: <i>ATUALMENTE, VOCÊ FUMA TABACO DIARIAMENTE, MENOS QUE DIARIAMENTE, OU NÃO FUMA?</i> BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016 .....	34
TABELA 11 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A PERGUNTA: <i>"NO PASSADO, VOCÊ FUMOU TABACO DIARIAMENTE?"</i> APLICADA APENAS ÀQUELES QUE AFIRMARAM FUMAR MENOS QUE DIARIAMENTE. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016	35
TABELA 12 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A PERGUNTA: <i>NO PASSADO, VOCÊ FUMOU TABACO DIARIAMENTE, MENOS QUE DIARIAMENTE OU NÃO FUMOU?</i> BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016.....	37

TABELA 13 - p-VALOR DOS TESTES QUI-QUADRADO PARA AS VARIÁVEIS CATEGÓRICAS: SEXO, ESTADO CIVIL, FORMAÇÃO, TEMPO DE FORMAÇÃO E TURNO DE TRABALHO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016.....	39
TABELA 14 – p-VALOR DOS TESTES NÃO PARAMÉTRICOS DE KRUSKAL WALLIS PARA AS VARIÁVEIS QUANTITATIVAS: IDADE, TEMPO DE INSTITUIÇÃO, TOTAL DE VÍNCULOS E CARGA HORÁRIA SEMANAL. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016.....	40
TABELA 15 - TESTE QUI-QUADRADO ENTRE O PERFIL DOS PROFISSIONAIS POR ZONA DE RISCO PARA CONSUMO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016.....	41
TABELA 16 - RESULTADOS PARA REGRESSÕES LOGÍSTICAS MULTINOMIAIS DE ENFERMEIROS CLASSIFICADOS NA ZONA DE BAIXO RISCO E NA ZONA DE NOCIVO / PERIGOSO EM RELAÇÃO À ZONA DOS QUE NÃO BEBEM ATUALMENTE. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016 .....	41

## LISTA DE SIGLAS

AFUBRA – Associação dos Fumicultores do Brasil

AVAI – Anos de Vida Ajustados por Incapacidade

AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*

GATS - *Global Adult Tobacco Survey*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAHO – Panamerican Health Organization

PETab – Pesquisa Especial sobre Tabagismo

PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

Sinditabaco – Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco

VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

WHO – World Health Organization

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016.....	15
FIGURA 2 - PROPORÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO AUDIT. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016.....	19
FIGURA 3 - PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO PARA O CONSUMO DE ÁLCOOL AJUSTADA. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016 .....	26

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
<b>1.1</b> <b>ÁLCOOL</b> .....	18
<b>1.1.1</b> <b>A problemática do consumo de Álcool</b> .....	18
<b>1.1.2</b> <b>A indústria do álcool</b> .....	19
<b>1.1.3</b> <b>O consumo de álcool no Brasil e no Mundo</b> .....	19
<b>1.1.4</b> <b>O consumo de álcool e os prejuízos à saúde</b> .....	20
<b>1.1.5</b> <b>Políticas envolvendo o consumo de álcool</b> .....	21
<b>1.2</b> <b>TABACO</b> .....	22
<b>1.2.1</b> <b>A problemática do consumo de Tabaco</b> .....	23
<b>1.2.2</b> <b>A indústria do tabaco</b> .....	23
<b>1.2.3</b> <b>O consumo de tabaco no Brasil e no Mundo</b> .....	24
<b>1.2.4</b> <b>O consumo de tabaco e os prejuízos à saúde</b> .....	26
<b>1.2.5</b> <b>Políticas envolvendo o consumo de tabaco</b> .....	27
<b>1.3</b> <b>CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b> ....	31
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	33
<b>2.1</b> <b>OBJETIVO GERAL</b> .....	33
<b>2.2</b> <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	33
<b>3. RELEVÂNCIA SOCIAL</b> .....	34
<b>4. QUESTÃO NORTEADORA</b> .....	34
<b>5. MÉTODOS</b> .....	34
<b>5.1</b> <b>TIPO DE ESTUDO:</b> .....	34
<b>5.2</b> <b>DESCRIÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO:</b> .....	35
<b>5.3</b> <b>CÁLCULO DE AMOSTRA</b> .....	35
<b>5.4</b> <b>COLETA DE DADOS</b> .....	36
<b>5.5</b> <b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO</b> .....	37
<b>5.6</b> <b>ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS</b> .....	37
<b>5.7</b> <b>QUESTÕES ÉTICAS</b> .....	38
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	38
<b>6.1</b> <b>PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO</b> .....	38

6.2	ANÁLISE DO PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL.....	16
6.3	ANÁLISE DO PADRÃO DE CONSUMO DE TABACO .....	28
6.4	ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS E TESTES ESTATÍSTICOS.....	38
	<b>CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>45</b>
	<b>APÊNDICE .....</b>	<b>56</b>
	<b>APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados .....</b>	<b>56</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE .....</b>	<b>62</b>
	<b>APÊNDICE C – Artigo aceito para publicação.....</b>	<b>63</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>80</b>
	<b>ANEXO A – Documento de aprovação pelo Comitê de Ética .....</b>	<b>80</b>

## INTRODUÇÃO

O consumo de álcool e tabaco pode acarretar risco para a saúde, uma vez que é associado a doenças e óbitos. Por essa razão, diversos estudos buscam avaliar o padrão de consumo de tais substâncias pela população, de modo a diagnosticar um potencial consumo abusivo, bem como identificar fatores que agravam esse comportamento. Desses estudos, pode-se citar alguns mais recentes como o *Global status report on alcohol and health* (WHO, 2014); *WHO report on the global tobacco epidemic* (WHO, 2015). A situação do tabagismo no Brasil – Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009 (Brasil, 2011); II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD (UNIFESP, 2012); Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 – Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas (IBGE, 2014); Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab Relatório Brasil (INCA; OPS, 2011).

O consumo de álcool e o tabagismo juntamente com alimentação inadequada e inatividade física são os quatro principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dessas doenças, as quatro principais são: doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes (SCHMIDT, 2011).

Em 2011, 72,7% dos óbitos registrados foram em decorrência de DCNT, sendo que as quatro principais perfazem 79,8% dos óbitos por DCNT (MALTA et al., 2014). Em 2013, esses óbitos representaram 72,6% do total (PORTAL DA SAÚDE, não paginado, 2016).

Seguindo a tendência de avaliar qual a participação do consumo de álcool e tabaco na carga global das doenças, desenvolveu-se um padrão de medida conhecido como Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI), na qual é possível avaliar a carga imposta à sociedade devido a mortes prematuras e anos vividos com incapacidades. Esse modelo mostrou que o consumo de álcool e tabaco eram fatores causais importantes de mortalidade e incapacidade no mundo. Entre os dez principais fatores de risco quanto à carga das doenças evitáveis, o tabaco era o quarto fator e o álcool o quinto em 2000. O tabaco e o álcool contribuíram, respectivamente, com 4,1% e 4,0%, para a carga das doenças em 2000, ao passo que as substâncias ilícitas contribuíram com 0,8% (WHO, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), atualmente cerca de 3,3 milhões de mortes anuais (correspondente a 6% de todas as mortes no mundo) estão direta ou indiretamente relacionadas ao consumo de álcool. Indivíduos jovens (entre 20 e 49 anos) são

as principais vítimas em relação às mortes associadas ao uso do álcool, representando uma importante perda de pessoas economicamente ativas.

Atualmente, o consumo de tabaco é responsável por cerca de cinco milhões de mortes por ano no mundo. Em 2011, o tabagismo foi fator causal de 147.072 óbitos no Brasil, o que corresponde a 14,7% do total de óbitos ocorridos no país. Hoje em dia, o tabaco mata mais do que o alcoolismo, AIDS, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios juntos, o que representa uma situação preocupante para autoridades mundiais (PINTO; RIVIERE; BARDACH, 2015).

Diante desse cenário, uma série de ações governamentais são constantemente implantadas e regularmente reavaliadas com o intuito de reduzir a prevalência do consumo de álcool e tabaco e os danos associados ao abuso dessas substâncias.

Diversos estudos apontam que profissionais de saúde tais como médicos e enfermeiros estão mais suscetíveis ao uso e desenvolvimento de dependência a alguma substância psicoativas, devido à maior possibilidade de autoadministração, uma vez que tem livre acesso a estas substâncias no ambiente de trabalho e por serem os responsáveis pelo armazenamento e controle (ZEFERINO et al., 2006).

Em vista da relevância do tema, estudos analisam o consumo de álcool e tabaco entre grupos específicos. O presente estudo foca na análise do consumo de tais substâncias por enfermeiros, uma vez que as condições de trabalho da enfermagem podem representar fatores de risco para o abuso de substâncias (SCHLUTER; TURNER; BENEFER, 2012; OLIVEIRA et al., 2013; CHEUNG; YIP, 2015). Os baixos salários, por exemplo, levam os profissionais a terem mais de um emprego. Consequentemente, a sobrecarga de trabalho associado ao estresse comum do exercício da profissão pode contribuir para o maior consumo de substâncias psicotrópicas, pois o profissional pode ser levado ao uso deste tipo de substância para conseguir cumprir a jornada de trabalho ou com a finalidade de relaxar (MARTINS; ZEITOUNE, 2007).

O estudo de Schluter, Turner e Benefer (2012) com enfermeiras e parteiras da Austrália e Nova Zelândia constatou uma relação significativa entre consumo de álcool e a jornada de trabalho. De forma similar, Oliveira et al. (2013) avaliaram o consumo da substância por enfermeiro e constataram uma relação positiva entre o comportamento e problemas como: insatisfação com o trabalho, estresse no trabalho, problemas financeiros, conflitos com a chefia e colegas de trabalho.

Diante da importância da problemática entre profissionais de saúde, o presente trabalho apresenta um estudo de base epidemiológica do tipo transversal analítico com o

intuito de conhecer a magnitude do uso de álcool e de tabaco por enfermeiros de um Hospital Universitário. Desse modo o trabalho apresenta o perfil epidemiológico, o perfil acerca do uso de álcool e o perfil acerca do uso do tabaco do grupo de estudo.

O estudo foi baseado em entrevistas realizadas no período de junho a julho de 2016 com 157 enfermeiros do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

O instrumento de coleta de dados foi construído em três partes. A primeira parte apresenta a caracterização sócio demográfica dos participantes da pesquisa, abrangendo variáveis como sexo, idade, estado civil, formação acadêmica, tempo de formação acadêmica e tempo de trabalho na instituição. A segunda parte consistiu na caracterização do padrão de consumo de álcool, composta pelo questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Por fim, a terceira parte é composta dos trabalhos realizados pela *Global Tobacco Surveillance System* a partir do manual “Perguntas sobre Tabaco para pesquisas: Um subconjunto de perguntas chave da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos” (WHO, 2001, WHO, 2011).

Para análise dos dados, as questões objetivas foram analisadas de forma quantitativa e qualitativa, por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) Versão 21, que auxiliou na construção da base de dados, análise das variáveis e confecção de gráficos e tabelas. Os testes estatísticos utilizados na verificação de associações e magnitude foram o Teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas (sexo, estado civil, formação, tempo de formação e turno de trabalho) e os testes não paramétricos de Kruskal Wallis para as variáveis quantitativas (idade, tempo de instituição, total de vínculos e carga horária semanal). Foram consideradas diferenças significativas às comparações cujo valor de P calculado foi inferior ou igual a 5%.

Foi utilizada a análise de regressão logística multinomial com a variável tricotômica das zonas de classificação: atualmente não bebe (escore=0), baixo risco (escore  $\leq 7$ ) e nocivo / perigoso (escore  $\geq 8$ ) com as variáveis independentes: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, tempo de formação, tempo de instituição, quantidade de vínculos, carga horária semanal e turno de trabalho.

## **1. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **1.1 ÁLCOOL**

#### **1.1.1 A problemática do consumo de Álcool**

Desde a antiguidade, o consumo de bebidas alcoólicas está presente em diversas culturas associado a celebrações, situações de negócios e sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais (BRASIL, 2007).

Embora o consumo de bebidas alcoólicas seja visto com muita reserva atualmente, na antiguidade era comum o consumo de grandes quantidades de álcool nas mais diversas ocasiões. No século XIX, o padrão de consumo correspondia ao dobro do atual. Não se sabe ao certo quando se deu a criação da bebida alcoólica, porém os estudos datam o ano de 8.000 a.C. na China como os primeiros relatos. Foram analisados jarros localizados na cidade de Jiahu, na região norte do país que continham uma substância fermentada feita com arroz, mel, uvas e cereja. Estudos posteriores mostraram que se tratava de uma bebida que poderia estar entre a cerveja e o vinho. Já os Sumérios (civilização que vivia no atual Iraque) conseguiram um aperfeiçoamento da fórmula criando 19 tipos de bebidas alcólicas, sendo que 16 deles eram a base de cevada e trigo. Estava criada, portanto, a cerveja, considerada uma bebida da elite. A bebida logo popularizou-se e no Egito era considerada um “pão líquido”. Os trabalhadores que construíram as pirâmides de Gizé recebiam cinco litros de cerveja por dia, sendo o alimento que proporcionava que tais trabalhadores aguentassem as exaustivas jornadas de trabalho, além do que, seu efeito ajudava a conter as massas (GATELY, 2008).

Acredita-se que o vinho tenha sido criado por volta de 2.000 a.C, sendo possível afirmar que cerca de 1.000 a.C. já havia consumo de álcool por toda a civilização da África à Ásia. À partir daí, estava estabelecido o comércio e até a exportação destas bebidas, tendo grande importância geopolítica desde então. Entre os anos de 1680 e 1713, os senhores de engenho e ingleses chegaram a trocar 5,2 milhões de litros de bebida por 60 mil africanos (cada escravo avaliado em 60 litros de rum, em valores atuais, cerca de R\$1.800,00) (GATELY, 2008).

A Revolução Industrial mudou e modernizou a fabricação de bebidas, as quais passaram a ser produzidas em maior quantidade, ficaram mais baratas e passaram a ser consumidas em grandes quantidades. Em 1830, cada americano consumia o equivalente a 10 litros de álcool puro por ano, nível superior ao de 2010 de 6,2 litros (GATELY, 2008). Foi a partir daí que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas começou a ser visto como um

problema, dando início às primeiras associações e campanhas contra este consumo (GATELY, 2008).

### **1.1.2 A indústria do álcool**

Atualmente, de acordo com a Associação Brasileira da Indústria da Cerveja, esta indústria é responsável por 1,6% do PIB nacional, gera 2,2 milhões de empregos e arrecada R\$ 21 bilhões em impostos (Associação Brasileira da Indústria da Cerveja, não paginado, 2016).

### **1.1.3 O consumo de álcool no Brasil e no Mundo**

Em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou um relatório acerca do consumo de álcool no mundo. Segundo este documento, estima-se que o consumo médio mundial desta substância entre os indivíduos com idade de 15 anos ou mais foi em torno de 6,2 litros de álcool puro por pessoa em 2010 (equivalente a cerca de 13,5g por dia). Além disso, no mesmo ano, cerca de 48% da população mundial nunca havia feito uso de álcool, enquanto, no Brasil, esse percentual era de 42% (WHO, 2014).

Segundo o mesmo estudo, o consumo total estimado equivale a 8,7L por pessoa/ano no Brasil, superando a média mundial. Apesar desse elevado valor, percebe-se uma redução no consumo na comparação com 2005, quando o consumo total estimado girava em torno de 9,8L entre os brasileiros. No país, o consumo anual entre os homens é estimado em 13,6L, enquanto as mulheres consomem em média 4,2L. Restringindo a análise apenas para os indivíduos que consomem álcool, a média sobe para 15,1L de álcool puro por pessoa, sendo 8,9L para as mulheres e 19,6L para os homens (WHO, 2014).

Além da quantidade consumida, o padrão de consumo ao longo do tempo interfere no risco para prejuízos. O uso pesado episódico, padrão de uso que equivale a 60 gramas ou mais (cerca de 5 doses ou mais) de álcool puro em uma única ocasião ao menos uma vez no último mês, está associado a diversos problemas agudos, como acidentes e violência. Segundo a OMS (2014), com base em dados para 2010, tal padrão foi constatado, no mundo, em 16% dos consumidores de álcool e no Brasil, em 22% (sendo que, entre os brasileiros, cerca de 11% das mulheres se encontram nesse padrão, enquanto esse valor chega a 30% entre os homens).

A pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrou que o percentual da população com 18 anos ou mais de idade que costumava consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana foi de 24,0% no

Brasil em 2013. Relacionando este hábito por sexo, observou-se a proporção de 36,3% para os homens e 13,0% para as mulheres. Observou-se, também, que os adultos com maior grau de escolaridade apresentaram maiores prevalências de consumo de álcool (30,5%) do que os adultos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (19,9%) (BRASIL, 2014).

Essa mesma pesquisa mostrou que a idade média de iniciação do consumo de bebida alcoólica no Brasil foi em média 18,7 anos. Ao realizar esta análise por sexo, observou-se a iniciação deste hábito mais precocemente entre os homens (idade média de 17,9 anos) do que entre as mulheres (idade média de 20,6 anos) (PNS,2014).

De acordo com a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico (VIGITEL) realizada em 2014 no Brasil, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias) foi de 16,5%, sendo que essa frequência é aproximadamente 2,5 vezes maior em homens (24,8%) na comparação com mulheres (9,4%). Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os indivíduos de 25 a 34 anos, apresentando tendência de aumento com o nível de escolaridade (BRASIL, 2015).

#### **1.1.4 O consumo de álcool e os prejuízos à saúde**

Dados da OMS (2014) apontam que 3,3 milhões de mortes a cada ano estão direta ou indiretamente relacionadas ao consumo de álcool, o que corresponde a 6% de todas as mortes por ano no mundo. Nota-se que os indivíduos entre 20 e 49 anos são os principais afetados vítimas em relação às mortes associadas ao uso do álcool, representando uma importante perda de pessoas economicamente ativas.

A OMS (1994) classificou os padrões de consumo de álcool em “beber social”, “beber intenso”, “beber problemático”, “consumo compulsivo periódico” e “beber intenso” (WHO, 1994).

O consumo moderado é considerado um termo inadequado, por se impreciso, pois significa beber em quantidades moderadas e que não ocasionam problemas. Por outro lado, a própria OMS afirma que não existe um nível seguro para o consumo de álcool, pois ao beber o indivíduo já está sujeito a problemas de saúde. O risco é ainda maior se a pessoa consome mais do que duas doses por dia ou não deixa de beber por pelo menos dois dias na semana (WHO, 1994).

O “beber social” se refere ao consumo de bebidas alcoólicas de acordo com costumes sociais, em companhia de outras pessoas por razões socialmente aceitáveis. O “beber intenso” seria um padrão que excede as normas do beber moderado e é definido como o consumo que excede certo volume diário ou determinadas quantidades por vez como, por exemplo, três doses por dia ou cinco doses por semana (WHO, 1994).

O “beber problemático” é utilizado para o padrão em que a pessoa consome álcool e causa problemas de saúde ou sociais. Não está necessariamente associado ao alcoolismo. Porém pode ser considerado como um estágio inicial ou menos grave desta doença. O “consumo compulsivo periódico” de bebida é um padrão de ingestão intensa durante um período prolongado. Porém estes indivíduos geralmente apresentam períodos de abstinência intercalados com os períodos de consumo compulsivo (WHO, 1994).

Por fim, o “beber intenso” é definido como o consumo de 60 gramas ou mais (cerca de 5-6 doses) de álcool puro em uma única ocasião, ao menos uma vez por mês. Este alto consumo em uma única ocasião está relacionado a casos de intoxicação, lesões e violência (WHO, 1994).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) possui em sua classificação cerca de 25 doenças crônicas ou condições de saúde relacionadas exclusivamente ao consumo de álcool (OMS, 2016). Não obstante, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas está associado a diversas DCNT como câncer (principalmente relacionados ao trato gastrointestinal), diabetes, transtornos mentais e comportamentais, condições neurológicas como demências e epilepsia, doenças cardiovasculares e circulatórias e por fim as doenças cerebrovasculares. Não se pode também deixar de citar as doenças digestivas, principalmente as de fígado (como a cirrose hepática) e as pancreatites, além dos distúrbios sexuais atribuídos ao consumo de álcool (SHIELD; PARRY; REHM, 2013).

Um levantamento realizado por Coutinho et al. (2016) mostrou que no período de 2008-2010 foram gastos, no Brasil, cerca de oito milhões de dólares com serviços hospitalares e ambulatoriais em tratamentos ou ações relacionados com o consumo de álcool.

### **1.1.5 Políticas envolvendo o consumo de álcool**

As políticas brasileiras relacionadas ao álcool tiveram início com o Grupo de Trabalho Interministerial, criado por meio de decreto em 28 de maio de 2003 diante da necessidade da construção de um plano de atenção integral ao usuário de álcool. A criação do grupo levou em consideração a necessidade de elaboração de propostas legislativas para restringir

propagandas de bebidas alcoólicas em todos os meios de comunicação, assim como de educação sanitária referente aos malefícios do álcool, em especial aos jovens, e à redução da iniciação do hábito de consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2003).

Tal grupo de trabalho foi responsável pela criação do Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007 que aprovou a Política Nacional sobre o Álcool, dispondo sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade (BRASIL, 2007).

A Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, popularmente conhecida como “Lei seca”, foi um passo importante, pois vetou a condução de veículos por condutores que apresentem qualquer taxa alcoólica no sangue, além de proibir a comercialização de bebidas alcoólicas às margens de autoestradas (BRASIL, 2008). Em de 20 de dezembro de 2012, foi sancionada a Lei nº 12.760, que endurecia ainda mais as regras e punições para condutores sob efeito de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2012).

Várias portarias publicadas também versam sobre o consumo e abuso de bebidas alcoólicas:

- Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009 - Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas (BRASIL, 2009).
- Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 - Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros (BRASIL, 2012).
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).
- Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 - Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012).

## **1.2 TABACO**

### **1.2.1 A problemática do consumo de Tabaco**

O tabaco (*Nicotiana tabacum*) é uma planta da família das solanáceas. Desta, é extraída a nicotina, um estimulante do sistema nervoso central. Não se sabe ao certo desde quando o tabaco é utilizado, porém sabe-se que sua origem se deu na América e era amplamente consumido pelos nativos à época dos grandes Descobrimentos no século XVI. As culturas indígenas em todo o continente americano possuíam esse costume e experimentavam uma espécie de ritual mágico-religioso e sagrado, no qual o sacerdote, cacique ou pajé e seus circunstantes entravam em transe aspirando o fumo do tabaco. Entre os indígenas, o tabaco era consumido de diferentes maneiras (comido, bebido, mascado, aspirado e fumado), mas o hábito de fumar predominava e esta forma de consumo acabou se difundindo pelo mundo ao longo dos anos. Com a chegada das caravelas e a ligação entre os continentes, logo o tabaco chegou à Europa por meio da Espanha, Portugal, França e Inglaterra (ROSEMBERG, 2003).

O tabaco espalhou-se pela Europa exponencialmente e apenas cinquenta anos após sua chegada, essa substância era consumida em forma de cachimbo em todo o continente desde os nobres até os plebeus, soldados e marinheiros (ROSEMBERG, 2003).

No século XVII o mundo conheceu o costume de aspirar rapé, costume muito assimilado por cerca de 200 anos. No século XVIII surgiu o charuto e, logo depois, o cigarro. Na década de 1880, os Estados Unidos inventaram uma máquina que produzia duzentas unidades de cigarro por minuto, e logo surgiram máquinas capazes de produzir centenas de milhões de cigarros por dia. Os fatores que levaram à rápida popularização do cigarro foram o fato de ser mais econômico e mais cômodo de carregar e usar (ROSEMBERG, 2003).

Atualmente, a forma mais comum de consumo de tabaco é por meio do cigarro. Porém há outras formas menos usuais de consumo como o charuto, cachimbo, narguilé e os produtos do tabaco sem fumaça, que consistem no tabaco mascado e nas preparações para absorção pelas mucosas (VIEGAS, 2008).

### **1.2.2 A indústria do tabaco**

Atualmente, o Brasil é o segundo maior produtor mundial de tabaco (850 mil toneladas que correspondem a US\$ 1,5 bilhão ao ano) e líder em exportações desde 1993, perdendo apenas para a China (2 milhões de toneladas). A Índia ocupa a terceira colocação desse ranking com produção de 700 mil toneladas ao ano (SINDITABACO, 2016, não paginado).

De acordo com o Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco (SINDITABACO), o tabaco representou 1,14% do total das exportações brasileiras em 2015, com US\$ 2,19 bilhões

embarcados. Na safra de 2014/2015, da produção de 692 mil toneladas, 85% foi enviada para o mercado externo, principalmente para a União Europeia, que correspondeu a 43% dos envios, seguida pelo Extremo Oriente com 25%, América do Norte (11%), Leste Europeu (8%), África/Oriente Médio (7%) e América Latina (6%) (SINDITABACO, 2016, não paginado).

Na Região Sul do país se concentra a maior produção (96%), sendo esta uma das atividades agroindustriais mais importantes daquela região. Nesse sentido, também em 2015, o Rio grande do Sul, Santa Catarina e Paraná foram responsáveis por 96% da produção total brasileira, enquanto que os 4% restantes são produzidos nos estados da Bahia e Alagoas, na região Nordeste (SINDITABACO, 2016, não paginado). A produção legal do tabaco emprega 2,5 milhões de pessoas, além de ser a mola propulsora de desenvolvimento de 619 municípios, concentrados principalmente na região sul do país. É um gerador de divisas de US\$ 2,5 bilhões na exportação e R\$ 5 bilhões de receita aos produtores integrados (AFUBRA, 2016, não paginado).

No ano de 2012, foram consumidos 5.771,480 bilhões de cigarros ao redor do mundo. A China ocupa a primeira posição com 2.562,050 bilhões consumidos, seguida de Índia com 465,510 bilhões e Estados Unidos com 441,720 bilhões. O Brasil ocupa a décima posição com 88 bilhões (AFUBRA, 2016, não paginado).

No ano de 2014 o governo arrecadou R\$12,81 bilhões em impostos com a produção de tabaco, o que corresponde a 50,9% do valor total da produção (AFUBRA, 2016, não paginado).

### **1.2.3 O consumo de tabaco no Brasil e no Mundo**

Segundo a OMS, o tabaco é responsável, anualmente, por cerca de seis milhões de mortes ao redor do mundo, sendo que dessas, cerca de seiscentas mil decorrem dos efeitos causados pelo fumo passivo (WHO, 2015).

O tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental semelhante ao que ocorre com o uso de outras drogas como álcool, cocaína e heroína. Ademais, seu consumo está relacionado a problemas de saúde, incapacidades e mortes por doenças crônicas não transmissíveis (ROSEMBERG, 2004; WHO, 2015).

Em 2013, na Assembleia Mundial de Saúde, foi definida como meta a redução de 30% na prevalência do uso atual de tabaco na população acima de 15 anos. Essa meta é importante

para subsidiar a formulação e implementação de políticas e programas de atenção ao tabagismo, bem como incentivar a sua monitorização e alcance de metas (WHO, 2013).

Graças às ações e políticas voltadas para o controle do tabaco, observa-se que o número de fumantes vem apresentando uma queda significativa ao longo dos anos. A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, realizada em 1989, apontava que 34,8% da população acima de 18 anos era fumante. Em 2003, a Pesquisa Mundial de Saúde mostrou que este mesmo percentual caiu para 22,4%. Em 2008, o percentual chegou a 18,5%, segundo a Pesquisa Especial sobre Tabagismo (WHO,2008).

No Brasil, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013 - que investigou o uso de tabaco em pessoas de 18 anos ou mais de idade - mostraram uma prevalência de 15,0% no consumo de tabaco entre brasileiros, o que corresponde a 21,9 milhões de usuários de produtos derivados de tabaco (fumado e não fumado). Entre os homens, observou-se 19,2 % de usuários, ao passo que entre as mulheres essa proporção foi de 11,2%. Em relação ao nível de instrução, observou-se que os percentuais mais elevados de usuários atuais de tabaco eram apresentados pelo grupo de pessoas sem grau de instrução ou com nível fundamental incompleto (20,2%). Por idade, aqueles na faixa etária entre 40 e 59 anos apresentaram o maior percentual (19,4%) (IBGE, 2014).

Restringindo apenas ao tabaco fumado, a proporção de fumantes foi de 14,7% (12,7% de fumantes diários). A prevalência de consumidores de cigarro foi de 14,5%, sendo de 18,9% entre os homens e 11,0% entre as mulheres. Foi observado que o cigarro industrializado foi o produto do tabaco mais utilizado no Brasil (IBGE,2014).

Dados da VIGITEL mostram que a proporção de adultos fumantes foi de 10,8% no Brasil, sendo maior no sexo masculino (12,8%) do que no feminino (9,0%). Observou-se que, entre os homens, a frequência foi menor antes dos 25 anos de idade. Para ambos os sexos, a frequência foi menor após os 65 anos. A frequência do hábito de fumar entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (16,4% e 12,1%, respectivamente) foi aproximadamente duas vezes a frequência observada entre indivíduos com 12 ou mais anos de estudo (BRASIL, 2015).

Observa-se uma queda da prevalência de fumantes em relação a este mesmo inquérito realizado em 2006, no qual a prevalência foi de 16,2% de fumantes, sendo que entre os homens foi de 20,3% e entre as mulheres 12,8% (MOURA et al., 2008).

#### 1.2.4 O consumo de tabaco e os prejuízos à saúde

A magnitude dos prejuízos causados pelo tabaco é tão extensa que diversas estratégias de prevenção e tratamento são foco de atenção tanto de organismos nacionais quanto internacionais. A nível internacional, a OMS orienta estas atividades, dentre as quais cita-se o *Tobacco Free Initiative* (WHO, 2003). No Brasil, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer (INCA) são os responsáveis pelo desenvolvimento destas ações que atualmente são concentradas no Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). No mundo, países vêm tomando decisões com o objetivo de reduzir o consumo desta substância, com estratégias como proibição de veiculação publicitária e elevação dos preços de produtos com tabaco, bem como exaustivas campanhas de conscientização em massa (ROMERO; SILVA, 2011).

O PNCT tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil. Nesse sentido, segue um conjunto de ações educativas, de comunicação e de atenção à saúde associadas à adoção e cumprimento de medidas legislativas e econômicas. Um dos principais objetivos é prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens, além de promover a cessação de fumar e proteger à população como um todo da exposição ambiental da fumaça. O PNCT articula a Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde, campanhas e outras ações educativas e a promoção de ambientes livres (ROMERO; SILVA, 2011; INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, não paginado, 2016).

Opaleye et al. (2012) realizaram um estudo para conhecer os fatores associados ao consumo diário de cigarros e o padrão de uso de cigarros do tabagista brasileiro em 2005. Os autores observaram que 16,4% da população do estudo eram tabagistas, sendo que essa população apresentava idade entre 30 e 59 anos, desemprego, menor escolaridade e menor poder aquisitivo.

Quando se consome o tabaco, independentemente da forma (seja por inalação, aspiração ou mastigação), mais de 4.700 substâncias tóxicas são introduzidas no organismo, incluindo nicotina (responsável pela dependência química), monóxido de carbono (o mesmo gás que sai do escapamento de automóveis) e alcatrão, que é constituído por aproximadamente 48 substâncias pré-cancerígenas, como agrotóxicos e substâncias radioativas (que causam câncer). O tabagismo é fator causal de cerca de 50 diferentes doenças incapacitantes e fatais. O tabaco desencadeia e agrava condições como a hipertensão, diabetes, anginas e doenças pulmonares, além de aumentar o risco das pessoas desenvolverem

e morrerem por tuberculose. Além disso, a substância é responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% dos casos de doença respiratória crônica e quase 10% dos casos de doenças cardiovasculares (DUNCAN, 2016).

O consumo de tabaco é responsável atualmente por cerca de cinco milhões de mortes por ano no mundo. No Brasil, são cerca de 200 mil mortes anuais. Se as perspectivas se mantiverem, em 2020 serão dez milhões de mortes por ano no mundo, das quais estima-se que 70% ocorrem em países em desenvolvimento. O tabaco, hoje, mata mais do que o alcoolismo, AIDS, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios juntos, preocupando autoridades mundiais (WHO, 2015).

De acordo com Pinto, Riviere e Bardach (2015) o tabagismo foi fator causal de 147.072 óbitos no país em 2011, o que corresponde a 14,7% do total de óbitos ocorridos no Brasil. Observaram também que 81% das mortes por câncer de pulmão, 78% das mortes por DPOC, 21% das mortes por doenças cardíacas, 18% das mortes por Acidentes Vasculares Encefálicos e 31% das mortes por neoplasias tiveram o tabagismo como fator de risco.

Esse mesmo estudo mostrou que o Brasil gasta, por meio do SUS, cerca de R\$ 23 bilhões (23.374.477.024) ao ano com tratamento de doenças ligadas ao tabagismo. Isso equivale a praticamente o dobro do valor arrecadado em impostos pelo governo por meio da indústria do tabaco (PINTO; RIVIERE; BARDACH, 2015).

### **1.2.5 Políticas envolvendo o consumo de tabaco**

Em 2005, entrou em vigor a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (WHO Framework Convention on Tobacco Control), com o objetivo de salvar vidas por meio da prevenção e do controle do uso de produtos derivados do tabaco. Atualmente, 180 países tornaram-se parte da Convenção (PORTES, 2015).

No Brasil, o Decreto de 1º de agosto de 2003 criou a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos. Composta pelos Ministérios da Saúde; das Relações Exteriores; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; da Fazenda; da Justiça; do Trabalho e Emprego; da Educação; do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; do Desenvolvimento Agrário; das Comunicações; do Meio Ambiente; da Casa Civil; da Ciência e Tecnologia; Planejamento e Orçamento; da Secretaria Nacional Antidrogas; e da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (BRASIL, 2003).

Em 28 de outubro de 2005, o Decreto n.º 1.012 aprovou o texto da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, assinada pelo Brasil, em 16 de junho de 2003. E por meio do Decreto n.º 5.658 de 02 de janeiro de 2006 promulgou a Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003 (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005).

A CQCT é composta por 38 artigos que buscam medidas para diminuir tanto a demanda do público por produtos derivados do tabaco, como sua oferta, reduzindo a quantidade de tabaco produzido em todo o mundo, bem como a fabricação e comércio desses produtos (PORTES, 2015).

O MPOWER é um pacote de políticas baseado nas medidas da CQCT, cuja capacidade de reduzir a prevalência do consumo de tabaco já foi comprovada (WHO, 2008). Consiste em:

- **Monitor** – Monitorar o uso de tabaco e políticas de prevenção.
- **Protect** – Proteger a população contra a fumaça do tabaco.
- **Offer** – Oferecer ajuda para cessação do fumo.
- **Warn** – Advertir sobre os perigos do tabaco.
- **Enforce** – Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio.
- **Raise** – Aumentar os impostos sobre o tabaco.

Por meio da implementação de leis e normas em conformidade com a CQCT, muitos países membro, inclusive o Brasil, têm visto quedas significativas na prevalência atual de tabagismo corroborado pelos estudos anteriormente citados.

No Brasil, a Lei n.º 9.294 de 15 de julho de 1996 dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos. Proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, em recinto coletivo privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas, entre outros. Mais tarde alterada pelas leis n.º 10.167 de 27 de dezembro de 2000 e pela lei n.º 12.546, de 14 de dezembro de 2011 que restringem a publicidade de produtos derivados do tabaco à afixação de pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda, proibindo-a, conseqüentemente, em revistas, jornais, televisão, rádio e outdoors. Proíbe a propaganda por meio eletrônico, inclusive Internet, a propaganda indireta contratada, também denominada merchandising e a propaganda em estádios, pistas, palcos ou locais similares. Proíbe o patrocínio de eventos esportivos

nacionais e culturais. Além de alterar a sistemática de tributação do IPI e instituir uma política de preços mínimos para os cigarros (BRASIL, 1996; BRASIL, 2000; BRASIL, 2011)

Em 29 de janeiro de 2016, o Art.7º do Decreto nº 8.656 alterou os Art. 5º e 7º do Decreto 7.555 de 19 de agosto de 2011, que regulamenta a Lei 12.546, definindo nova alíquota ad valorem para os pacotes com 20 cigarros a partir de 1º de Maio de 2016 (63,3%), e novo aumento após 1º de dezembro de 2016 (66,7%). O decreto também elevou o preço mínimo do pacote com 20 cigarros para R\$ 5,00 após 1º de maio de 2016 (BRASIL, 2016).

O Brasil conta hoje com uma série de outras legislações sobre o assunto, seguem as mais relevantes:

- Portaria Interministerial nº 3.257 de 22 de setembro de 1988 – Recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho (BRASIL, 1988).
- Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº 06 de 05 de fevereiro de 2001 – Proíbe o trabalho do menor de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo (BRASIL, 2001).
- Portaria Interministerial nº 1.498 de 22 de agosto de 2002 – Recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da exposição tabagística ambiental (BRASIL, 2002).
- Portaria do Ministério da Saúde nº 1.035 de 31 de maio de 2004 – Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).
- Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/MS nº 442 de 13 de agosto de 2004 – Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina (BRASIL, 2004).
- Portaria do Ministério da Saúde nº 2.608 de 28 de dezembro de 2005 – Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Controle de Doenças e Agravos Não- Transmissíveis, dentre as quais o fomento a ambientes livres do tabaco, por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais (BRASIL, 2005).
- Portaria do Ministério da Saúde nº 300 de 09 de fevereiro de 2006 – Institui o programa “Ministério da Saúde Livre do Tabaco”, com a finalidade de

elaborar e implementar ações educativas destinadas a conscientizar os funcionários e os visitantes da instituição em relação aos males provocados pelo uso do tabaco. Proíbe fumar em todas as dependências do Ministério da Saúde, tanto as sediadas no Distrito Federal como as sediadas nos estados e nos municípios. Revoga a Portaria nº 2.818/GM de 28/05/98 (BRASIL, 2006).

- Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.680 de 12 de julho de 2007 – Institui comissão para promover a internalização da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

- Portaria GM/MS nº 571 de 5 de abril de 2013 – Atualiza as diretrizes de atenção à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências (BRASIL, 2013).

- Portaria do Ministério da Saúde n.º 761 de 21 de junho de 2016 - Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina (BRASIL, 2016).

- Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 46 de 28 de março de 2001 – Estabelece os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na corrente primária da fumaça dos cigarros comercializados no País, para no máximo 10 mg/cig, 1mg/cig e 10 mg/cig. Proíbe a utilização, em embalagens ou material publicitário, de descritores, tais como, classes, ultrabaixos teores, baixos teores, suave, light, soft, leve, teores moderados, altos teores, e outros que possam induzir o consumidor a uma interpretação equivocada quanto aos teores contidos nos cigarros (BRASIL, 2001).

- Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 304 de 07 de novembro de 2002 - Proíbe a produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos na forma de cigarros, charutos, cigarrilhas, ou qualquer outro produto derivado do tabaco. Proíbe o uso de embalagens de alimentos que simulem as embalagens de cigarros ou que utilizem nomes de marcas pertencentes a produtos derivados do tabaco (BRASIL, 2002).

- Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 15 de 17 de janeiro de 2003 – Regulamenta as disposições dadas pela Lei n.º 9.294 de 15 de julho de 1996, proíbe a venda de produtos derivados de tabaco na internet (BRASIL, 2003).

- Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 199 de 24 de julho de 2003 – Regulamenta a Lei n.º 10.702/03 sobre as frases de advertência do Ministério da Saúde exibidas durante a transmissão no país de eventos esportivos e culturais internacionais (BRASIL, 2003).
- Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 335 de 21 de novembro de 2003 – Revoga as Resoluções da ANVISA n.º 104/01 e 14/03. Dispõe sobre a inserção de novas advertências, acompanhadas de imagens, nas embalagens e no material de propaganda dos produtos fumígenos derivados do tabaco. Determina a impressão da seguinte frase nas embalagens dos produtos derivados do tabaco: “Venda proibida a menores de 18 anos - Lei 8.069/1990 e Lei 10.702/2003”, proibindo o uso de frases como “Somente para adultos” e “Produto para maiores de 18 anos”. Altera a Resolução da ANVISA n.º 46/01, determinando a impressão da seguinte informação nas embalagens de cigarros: "Este produto contém mais de 4.700 substâncias tóxicas, e nicotina que causa dependência física ou psíquica. Não existem níveis seguros para consumo destas substâncias" (BRASIL, 2003).
- Resolução da Diretoria Colegiada - Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 54 de 06 de agosto de 2008 - Altera a RDC n.º 335, de 21 de novembro de 2003 e introduz novas imagens e frases de advertência nas embalagens e materiais de propaganda dos produtos fumígenos (BRASIL, 2003).

### 1.3 CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Estudos específicos buscaram relatar o problema do consumo de álcool e tabaco entre profissionais de saúde e alguns buscaram estabelecer relações entre o consumo destas substâncias e as condições de trabalho.

Em 2013, Oliveira et al. (2013) investigaram o consumo de álcool entre profissionais de enfermagem de um hospital geral, com base em uma amostra de 90 profissionais, sendo 31(34,4%) enfermeiros e 59(65,5%) técnicos. Com base no estudo, os autores observaram que a maioria investigada (78,8%) consumiu bebidas alcoólicas na vida e uma parcela significativa (67,7%) consumiu bebidas nos últimos 12 meses que antecederam a realização do estudo. Da amostra, 23,3% referiram o consumo acima de cinco doses em uma única ocasião, configurando o uso nocivo ou problemático. Além do mais, um número expressivo de sujeitos correlacionou o consumo a problemas como: insatisfação com o trabalho, estresse no trabalho, problemas financeiros, conflitos com a chefia e colegas de trabalho. O estudo de

Oliveira et al. (2013) permite concluir sobre a relevância do problema e a necessidade de mais estudos.

Outros estudos que também buscaram estabelecer o consumo de álcool e suas correlações com o trabalho mostraram resultados similares aos apresentados no estudo de Oliveira et al. (2013).

Schluter, Turner e Benefer (2012) estabeleceram uma relação entre as longas jornadas de trabalho e o consumo de álcool por enfermeiros e parteiras australianas, analisando uma amostra de 3552 enfermeiras e 867 parteiras. Da amostra, 13,9% apresentaram um consumo de álcool considerado de risco e 1,6% apresentaram dependência. Além do mais, foi significativa a correlação entre o consumo de mais de duas doses de álcool diariamente com maiores jornadas de trabalho. Perry, Gallagher e Duffield (2015) também acharam essa correlação significativa em estudo realizado no mesmo país alguns anos depois. Para os autores, o resultado mais preocupante do estudo foi o fato de um maior consumo de álcool estar associado ao sexo feminino e a enfermeiras com menos de 35 anos de idade.

Dorrian et al. (2015) realizaram um estudo para descrever o sono, estresse e comportamentos compensatórios em enfermeiras e parteiras australianas com uma população de 41 enfermeiras e 21 parteiras de hospitais australianos. Houve relatos de moderado a elevados níveis de estresse e exaustão além de distúrbios do sono. Cerca de 60% dos participantes relataram utilizar alguma substância para dormir: cerca de 20% do total da amostra relataram uso de medicação prescrita, enquanto 44% das enfermeiras e 9% das parteiras consumiam álcool como auxílio para dormir pelo menos uma vez durante o estudo. Estresse e dias de trabalho foram preditores significativos do uso de sedativos.

Fernandes (2015) buscou verificar a presença da Síndrome de Burnout entre profissionais da área de Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário de Botucatu e a existência de associação com o consumo de álcool e tabaco. A população do estudo foi composta por 160 profissionais de Enfermagem de 04 Unidades de Terapia Intensiva da instituição. Dessa amostra, 18 profissionais afirmaram ser fumantes (01 auxiliar de Enfermagem, 12 Técnicos de Enfermagem e 05 Enfermeiros). Em relação ao consumo de álcool, 6,4% dos Auxiliares de Enfermagem, 50% Técnico de Enfermagem e 71,4% Enfermeiros bebiam no padrão moderado; 5,4% Auxiliares de Enfermagem e 14,3% Enfermeiros consumiam álcool no padrão de beber de risco e somente 01 Técnico de Enfermagem apresentou possível dependência de álcool. Nesse estudo, a Síndrome de Burnout se associou positivamente com tabagismo na UTI Adulto ( $p=0,0406$ ).

Rocha e David (2015) descreveram a prevalência e padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde, assim como as formas de enfrentamento do trabalhador e das instituições empregadoras. O estudo foi realizado com 111 alunos de cursos de Pós-Graduação *lato sensu* de uma faculdade pública de enfermagem do Rio de Janeiro. Observou-se que 83% dos participantes já haviam experimentado ou usado drogas, sendo em maior proporção a bebida alcoólica (51,4%), seguida pelos derivados do tabaco (17,9%) e ansiolíticos e sedativos (10,4%). Neste estudo, cerca de 67,6% concordaram que o uso de drogas por funcionários pode estar relacionado com estresse e/ou condições de trabalho.

Observa-se na literatura uma ampla quantidade de pesquisas desta natureza, cujo público alvo foi composto por jovens universitários, principalmente universitários das Ciências da Saúde. Porém, há poucos estudos desse tipo, cuja população de estudo seja de profissionais da saúde, inclusive enfermeiros.

No Brasil, há poucos estudos dessa natureza, além do que, geralmente, as amostras são compostas tanto por enfermeiros quanto por técnicos de enfermagem, impossibilitando a avaliação em separado para cada categoria profissional.

Com base no exposto, o presente estudo propõe estabelecer o padrão de consumo apenas entre profissionais enfermeiros. A escolha por esse grupo de profissionais em específico tem por base que enfermeiros são os profissionais de nível superior cujas ações orientam todo o trabalho da equipe de enfermagem. Estes profissionais têm seu exercício profissional regulamentado pela Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, no qual é privativo do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Conhecer a magnitude do uso de álcool e de tabaco por enfermeiros de um Hospital Universitário.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Conhecer o perfil epidemiológico: formação, tempo de formação e tempo de trabalho na instituição, idade, sexo, estado civil, características do ambiente de trabalho, número de vínculos empregatícios e carga horária semanal de trabalho;

Traçar um perfil acerca do uso de álcool: frequência, quantidades consumidas e problemas de saúde relacionados ao uso da substância;

Traçar um perfil acerca do uso do tabaco: formas e quantidade consumidas, gastos e problemas de saúde atribuídos ao uso da substância.

### **3. RELEVÂNCIA SOCIAL**

Na literatura, há muitos estudos que abordam a questão do consumo de álcool e uso do tabaco por estudantes universitários, tanto de cursos da área da saúde quanto de enfermagem em específico. Porém, há poucos relatos da realização deste tipo de investigação sobre profissionais de saúde atuantes em nível hospitalar.

A proposta de realização desse estudo objetiva gerar informações sobre o tema em pauta, como forma de contribuir para o conhecimento da magnitude do problema, visando subsidiar as autoridades sanitárias na elaboração de políticas e de programas que auxiliem na redução dos níveis atuais e, por consequência, minimizar os riscos inerentes a saúde dos usuários e de seus familiares.

### **4. QUESTÃO NORTEADORA**

A ideia da realização desse estudo partiu da observação de profissionais da área de enfermagem que usam álcool e tabaco. Por serem profissionais que atuam em áreas cujo comportamento pode influenciar seus pares, é preocupante a tendência de que esses profissionais mantenham hábitos nocivos, que afetam pessoas de seu convívio, como familiares e colegas de trabalho. Dessa forma, o presente trabalho busca responder à questão sobre a população de estudo: Qual o perfil do consumo de álcool e tabaco entre enfermeiros?

### **5. MÉTODOS**

#### **5.1 TIPO DE ESTUDO:**

Trata-se de um estudo de base epidemiológica do tipo transversal analítico (PEREIRA, 2010).

O estudo transversal avalia as relações exposição-doença de uma determinada população em um determinado momento. Com isso, o estudo fornece um retrato da situação das variáveis envolvidas em uma dada ocasião, dado pelo momento da coleta de dados. São estudos úteis para descrever variáveis e avaliar seus padrões de distribuição, permitindo descrever as características dos eventos na população e identificar casos específicos. Portanto, o estudo transversal é metodologicamente adequado para avaliar as questões propostas por esse estudo (PEREIRA, 2010 e HULLEY et al., 2015).

## 5.2 DESCRIÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO:

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) é um hospital terciário e apresenta uma ampla diversidade de especialidades médicas, que vão desde clínica médica até transplante de rim e de córnea. O HUB tem em sua estrutura uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, uma unidade de adulto e uma Unidade Coronariana. Ademais, apresenta 252 leitos nas diversas clínicas de atendimento. O Hospital possui aproximadamente 2100 funcionários, dos quais 103 são médicos, 252 enfermeiros, 441 técnicos de enfermagem e 280 auxiliares de enfermagem.

## 5.3 CÁLCULO DE AMOSTRA

A representatividade da amostra é de fundamental importância em qualquer pesquisa estatística onde se deseja realizar inferências para a população. Além do problema de se determinar o tamanho da amostra, deseja-se que a mesma seja aleatória, permitindo assim a reprodução da veracidade dos fatos para a população em questão.

De acordo com levantamento preliminar junto à Divisão de Gestão de Pessoas do Hospital Universitário de Brasília em maio de 2016, o tamanho da população é de 252 enfermeiros. Fixando um erro máximo da estimativa de 5% e um nível de confiança de 95%, pode-se determinar o tamanho da amostra conforme a fórmula a seguir:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NP(1-P)}{\varepsilon^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)} = \frac{1,96^2 * 252 * 0,5 * (1 - 0,5)}{0,05^2(1 - 252) + 1,96^2 * 0,5 * (1 - 0,5)} = 153$$

Em que  $N$  é o tamanho da população,  $Z_{\alpha/2}$  é o valor crítico para o nível de significância  $\alpha$  e  $\varepsilon$  é a margem de erro máximo da estimativa. Quando não se sabe o valor de  $P$ , uma forma alternativa que produz um valor conservativo para  $n$ , consiste em utilizar  $P = 0,5$  (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

Pela fórmula acima, uma amostra de 153 enfermeiros, selecionados aleatoriamente, seria suficiente para a realização de uma inferência, correspondendo a 61% da população. Assim, pode-se afirmar que as especificações para o tamanho da amostra de estudo foram atingidas, uma vez que foram entrevistados 157 profissionais, representando 62,3% da população total.

#### 5.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de junho a julho de 2016, nos três turnos de trabalho da instituição. Todos os profissionais em atividade no momento da coleta foram abordados e orientados sobre os objetivos da pesquisa. Aqueles que concordaram em participar foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento de coleta de dados com questões objetivas foi respondido pelo participante, não havendo campos de identificação pessoal no instrumento, sendo, portanto, anônimo. Assim, a coleta de dados procurou garantir total privacidade em relação à identificação dos participantes. O instrumento de coleta de dados foi construído em três partes, sendo a primeira responsável pela caracterização sócio demográfica do participante da pesquisa. Neste tópico, foram coletados dados que abrangem as variáveis como sexo, idade, estado civil, formação acadêmica, tempo de formação acadêmica e tempo de trabalho na instituição.

A segunda parte consistiu na caracterização do padrão de consumo de álcool. Esta parte é composta pelo questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) desenvolvido pela OMS e validado em vários países e no Brasil, na versão em português (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011; LIMA et al., 2005 E MENDEZ, 1999). Esse teste é composto por 10 questões que avaliam o consumo de álcool, os comportamentos do indivíduo quando bebe e os problemas relacionados ao consumo do álcool. Cada resposta é pontuada no valor de 0 a 4, devendo ser contabilizado os pontos ao final (WHO, 2001). Na maioria dos casos, a pontuação alcançada irá refletir o nível de risco relacionado ao álcool tendo uma boa aplicabilidade neste tipo de estudo (JOMAR, DA PAIXÃO; ABREU, 2015).

Os resultados dos escores obtidos podem ser classificados da seguinte forma:

TABELA 1 - PONTUAÇÃO DO AUDIT. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

	Tipo de intervenção	Pontuação no AUDIT
Zona I	Educação para o uso de álcool	0-7
Zona II	Aconselhamento simples	8-15
Zona III	Aconselhamento simples mais psicoterapia breve e monitoramento contínuo	16-19
Zona IV	Encaminhamento para especialista para avaliação diagnóstica e	20-40

A terceira e última parte é composta dos trabalhos realizados pela *Global Tobacco Surveillance System* a partir do manual “Perguntas sobre Tabaco para pesquisas: Um subconjunto de perguntas chave da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos” – *Global Adult Tobacco Survey* (GATS). A GATS foi desenvolvida para fornecer um protocolo padrão internacional para o monitoramento uniforme do consumo de tabaco em adultos. A versão definitiva do Questionário Padrão da GATS foi concluída em 2008, passando por uma atualização em novembro de 2010. O Questionário foi testado pelos países que inicialmente implementaram a GATS, incluindo o Brasil, que utilizou o questionário GATS na Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab) em 2011 (WHO, 2011).

### 5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A população alvo foi constituída por enfermeiros de acordo com os seguintes critérios:

**Inclusão:** Ter um ou mais anos de trabalho na Instituição;

**Exclusão:** Profissionais que estejam afastados de suas atividades, por motivos de férias, licenças ou atestados médicos no período de coleta de dados, ou que se negaram a participar da pesquisa.

### 5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Para análise dos dados, as questões objetivas foram analisadas de forma quantitativa e qualitativa, por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Versão 21*, que auxiliou na construção da base de dados, análise das variáveis e confecção de gráficos e tabelas. Os testes estatísticos utilizados na verificação de associações e magnitude foram o Teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas (sexo, estado civil, formação, tempo de formação e turno de trabalho) e os testes não paramétricos de Kruskal Wallis para as variáveis quantitativas (idade, tempo de instituição, total de vínculos e carga horária semanal). Foram consideradas diferenças significativas as comparações cujo valor de P calculado foi inferior ou igual a 5%.

Foi utilizada a análise de regressão logística multinomial com a variável tricotômica das zonas de classificação: atualmente não bebe (escore=0), baixo risco (escore  $\leq 7$ ) e nocivo / perigoso (escore  $\geq 8$ ) com as variáveis independentes: sexo, idade, estado civil, nível de

escolaridade, tempo de formação, tempo de instituição, quantidade de vínculos, carga horária semanal e turno de trabalho.

### **5.7 QUESTÕES ÉTICAS**

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde e o início da pesquisa só se deu mediante aprovação do projeto pelo mesmo sob número de CAEE: 54269916.0.0000.0030.

A pesquisa foi realizada dentro dos preceitos éticos de respeito à dignidade da pessoa humana, da vontade livre e esclarecida.

Para a participação no estudo o(a) profissional que estivesse de acordo em participar da pesquisa assinou o TCLE, observando os aspectos ético-legais preconizados pela Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O material de coleta ficará em posse do pesquisador por um período mínimo de cinco anos, caso se faça necessário realizar consultas posteriores.

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **6.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO**

Os resultados descritos a seguir envolveram a participação de 157 profissionais. Na Tabela 1, é apresentada a distribuição dos profissionais pesquisados em um Hospital Universitário, em Brasília, em relação ao perfil sócio demográfico.

TABELA 2 - PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO SEGUNDO O SEXO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

	Masculino n (%)	IC 95 %	Feminino n (%)	IC 95 %	Total n (%)	IC 95 %
Sexo	29(18,5)	–	128(81,5)	–	157	12,4 - 24,5
Idade						
≤ 30	10 (34,5)	17,2 - 51,8	47 (36,7)	28,4 - 45,1	57 (36,3)*	28,8 - 43,8
31 - 40	14 (48,3)	30,1 - 66,5	46 (35,9)	27,6 - 44,2	60 (38,2)*	30,6 - 45,8
41 - 50	4 (13,8)	1,2 - 26,3	19 (14,8)	8,7 - 21,0	23 (14,6)*	9,1 - 20,2
≥ 51	1 (3,4)	0,0 - 10,1	9 (7,0)	2,6 - 11,5	10 (6,4)*	2,5 - 10,2
Estado civil						
Solteiro	12 (41,4)	23,5 - 59,3	50 (39,1)	30,6 - 47,5	62 (39,5)	31,8 - 47,1
Casado	16 (55,2)	37,1 - 73,3	67 (52,3)	43,7 - 61,0	83 (52,9)	45,1 - 60,7
Separado	0 (0,0)	0,0 - 0,0	2 (1,6)	0,0 - 3,7	2 (1,3)	0,0 - 3,0
Divorciado	1 (3,4)	0,0 - 10,1	8 (6,3)	2,1 - 10,4	9 (5,7)	2,1 - 9,4
Viúvo	0 (0,0)	0,0 - 0,0	1 (0,8)	0,0 - 2,3	1 (0,6)	0,0 - 1,9
Formação						
Graduado	2 (6,9)	0,0 - 16,1	9 (7,0)	2,6 - 11,5	11 (7,0)	3,0 - 11,0
Especialização	24 (82,8)	69,0 - 96,5	105 (82,0)	75,4 - 88,7	129 (82,2)	76,2 - 88,2
Mestrado	3 (10,3)	0,0 - 21,4	14 (10,9)	5,5 - 16,3	17 (10,8)	6,0 - 15,7
Tempo de formação						
1 a 5 anos	6 (20,7)	5,9 - 35,4	32 (25,0)	17,5 - 32,5	38 (24,2)	17,5 - 30,9
6 a 10 anos	13 (44,8)	26,7 - 62,9	53 (41,4)	32,9 - 49,9	66 (42,0)	34,3 - 49,8
11 a 15 anos	4 (13,8)	1,2 - 26,3	12 (9,4)	4,3 - 14,4	16 (10,2)	5,5 - 14,9
16 a 20 anos	1 (3,4)	0,0 - 10,1	11 (8,6)	3,7 - 13,4	12 (7,6)	3,5 - 11,8
21 a 25 anos	4 (13,8)	1,2 - 26,3	12 (9,4)	4,3 - 14,4	16 (10,2)	5,5 - 14,9
26 a 30 anos	0 (0,0)	0,0 - 0,0	5 (3,9)	0,5 - 7,3	5 (3,2)	0,4 - 5,9
Mais de 30 anos	1 (3,4)	0,0 - 10,1	3 (2,3)	0,0 - 5,0	4 (2,6)	0,1 - 5,0
Tempo de trabalho na instituição						
1 ano	10 (34,5)	17,2 - 51,8	50 (39,1)	30,6 - 47,5	60 (38,2)	30,6 - 45,8
2 anos	11 (37,9)	20,3 - 55,6	45 (35,2)	26,9 - 43,4	56 (35,7)	28,2 - 43,2
≥ 3 anos	8 (27,6)	11,3 - 43,9	33 (25,8)	18,2 - 33,4	41 (26,1)	19,2 - 33,0
Número de vínculos						
1 vínculo	10 (34,5)	17,2 - 51,8	86 (67,2)	59,1 - 75,3	96 (61,1)	53,5 - 68,8
2 vínculos	17 (58,6)	40,7 - 76,5	41 (32,0)	23,9 - 40,1	58 (36,9)	29,4 - 44,5
3 vínculos	2 (6,9)	0,0 - 16,1	1 (0,8)	0,0 - 2,3	3 (1,9)	0,0 - 4,1
Carga horária semanal						
≤ 40 horas	10 (34,5)	17,2 - 51,8	85 (66,4)	58,2 - 74,6	95 (60,5)	52,9 - 68,2
41 a 60 horas	13 (44,8)	26,7 - 62,9	32 (25,0)	17,5 - 32,5	45 (28,7)	21,6 - 35,7
≥ 61 horas	6 (20,7)	5,9 - 35,4	11 (8,6)	3,7 - 13,4	17 (10,8)	6,0 - 15,7
Turno de trabalho predominante						
Diurno	13 (44,8)	26,7 - 62,9	110 (85,9)	79,9 - 92,0	123 (78,3)	71,9 - 84,8
Noturno	6 (20,7)	5,9 - 35,4	7 (5,5)	1,5 - 9,4	13 (8,3)	4,0 - 12,6
Misto	10 (34,5)	17,2 - 51,8	11 (8,6)	3,7 - 13,4	21 (13,4)	8,1 - 18,7

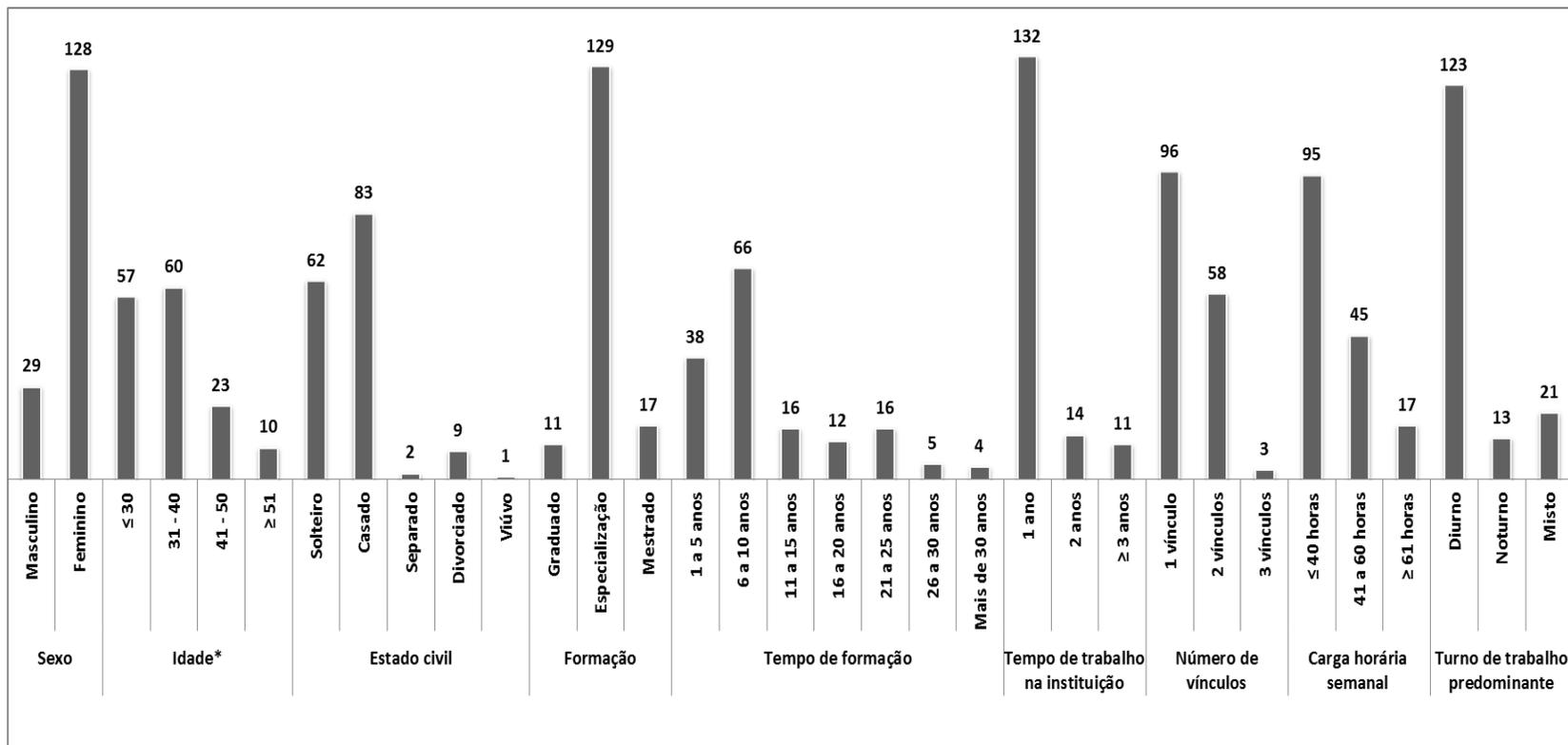


FIGURA 1 – PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

Dos 157 participantes, 29 (18,5%) são do sexo masculino e 128 (81,5%) do feminino, mostrando majoritariamente que é uma profissão eminentemente feminina.

Em relação à idade, observou-se uma média de 35,19 anos e mediana de 33 anos. Na amostra, 57 (38,0%) enfermeiros têm idade inferior ou igual a 30 anos, 60 (40,0%) entre 31 e 40. Das 157 observações, sete indivíduos não responderam à esta questão. Além disso, a idade máxima observada foi de 57 anos (n=2) e a idade mínima foi de 20 anos (n=1).

Observou-se também que 14 (48,3%) homens estão na faixa entre 41 a 50 anos. Já as mulheres estão mais bem distribuídas, com 47 (36,7%) apresentando idade  $\leq$  30 anos e 46 (35,9%) entre 41-50 anos.

Quanto ao estado civil, 62 (39,5%) declaram-se solteiros, 83 (52,9%) casados, 9 (5,7%) divorciados, 2 (1,3%) separados e 1 (0,6%) viúvo. A proporção para cada estado civil se manteve próxima avaliando os homens e mulheres separadamente: a proporção de solteiros em cada grupo foi de 41,4% para homens e 39,1% para mulheres; enquanto que a proporção de casados foi de 55,2% e 52,3%, respectivamente.

Em relação ao grau de formação, 129 (82,2%) afirmaram possuir especialização, 17 (10,8%) eram mestres, e 11 (7,0%) possuíam apenas a graduação. Não foi observado nenhum profissional com formação no grau de Doutorado.

Na questão referente ao tempo de formação profissional, observou-se que a maioria dos profissionais (n=66, 42%) estava formada há um período entre 6 a 10 anos, 38 (24,2%) entre 1 a 5 anos e 16 (10,2%) entre 11 e 15 anos, sendo o mesmo resultado para a faixa de 21 a 25 anos. Observou-se 12 (7,6%) entrevistados na faixa de 16 a 20 anos; cinco (3,2%) entre 26 a 30 anos; e quatro (2,5%) com mais de 30 anos de formação.

Quanto ao tempo de trabalho na instituição, observou-se que houve uma renovação da força de trabalho, uma vez que a maioria dos profissionais trabalha no HUB há dois anos ou menos. Da amostra, 60 (38,2%) trabalham na instituição há um ano, 56 (35,7%) trabalham há dois e os demais 41 (26,1%) há três anos ou mais. Os maiores registros de tempo de trabalho na instituição observados foram 25 anos (n=1), 30 anos (n=1) e 32 anos (n=1).

Para a questão referente ao vínculo empregatício, observou-se que 96 (61,1%) trabalham apenas na instituição de estudo, 58 (36,9%) possuem dois vínculos e três (1,9%) possuem três vínculos. Além disso, as mulheres, 86/128 (67,2%) possuem apenas um vínculo, ao passo que entre os homens a proporção foi de dois empregos, 17/29 (58,6%).

Em relação à carga horária semanal, a média foi de 45 horas de trabalho semanais e a mediana foi 36 horas semanais (54,8%, n=86), com desvio padrão de 12,8 horas. A menor

carga horária observada foi de 30 horas semanais (n=7), e a maior de 86 horas semanais (n=1). Observou-se que, entre os homens, 13/29 (44,8%) trabalham entre 41 a 60 horas semanais, enquanto que, entre as mulheres, 85/128 (66,4%) trabalham até 40 horas semanais.

Quanto ao turno de trabalho, 123 (78,3%) trabalham predominantemente no período diurno, 13 (8,3%) no período noturno e 21 (13,4%) em turnos mistos. Ademais, 110/128 (85,9%) das mulheres trabalham no período diurno.

## 6.2 ANÁLISE DO PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL

No quesito em referência, a análise buscou conhecer o padrão de consumo de álcool por enfermeiros por meio do instrumento AUDIT, conforme mostrado na Tabela 3.

TABELA 3 - PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL SEGUNDO O SEXO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016 (continua)

	Masculino n=29 (%)	IC 95 %	Feminino n=128(%)	IC 95 %	Total n=157(%)	IC 95 %
Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?						
Nunca	6 (20,7)	5,9 - 35,4	40 (31,3)	23,2 - 39,3	46 (29,3)	22,2 - 36,4
Uma vez por mês ou menos	11 (37,9)	20,3 - 55,6	44 (34,4)	26,1 - 42,6	55 (35,0)	27,6 - 42,5
2 - 4 vezes por mês	9 (31,0)	14,2 - 47,9	40 (31,3)	23,2 - 39,3	49 (31,2)	24,0 - 38,5
2 - 3 vezes por semana	3 (10,3)	0,0 - 21,4	3 (2,3)	0,0 - 5,0	6 (3,8)	0,8 - 6,8
4 ou mais vezes por semana	0 (0,0)	0,0 - 0,0	1 (0,8)	0,0 - 2,3	1 (0,6)	0,0 - 1,9
Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?						
1 ou 2	12 (41,4)	23,5 - 59,3	73 (57,0)	48,5 - 65,6	85 (54,1)	46,3 - 61,9
3 ou 4	10 (34,5)	17,2 - 51,8	33 (25,8)	18,2 - 33,4	43 (27,4)	20,4 - 34,4
5 ou 6	6 (20,7)	5,9 - 35,4	18 (14,1)	8,0 - 20,1	24 (15,3)	9,7 - 20,9
7 a 9	1 (3,4)	0,0 - 10,1	3 (2,3)	0,0 - 5,0	4 (2,5)	0,1 - 5,0
10 ou mais	0 (0,0)	0,0 - 0,0	1 (0,8)	0,0 - 2,3	1 (0,6)	0,0 - 1,9
Com que frequência você toma "seis ou mais doses" em uma ocasião?						
Nunca	14 (48,3)	30,1 - 66,5	94 (73,4)	65,8 - 81,1	108 (68,8)	61,5 - 76,0
Menos de 1 vez por mês	11 (37,9)	20,3 - 55,6	22 (17,2)	10,7 - 23,7	33 (21,0)	14,6 - 27,4
No mínimo 1 vez/mês	4 (13,8)	1,2 - 26,3	10 (7,8)	3,2 - 12,5	14 (8,9)	4,5 - 13,4
No mínimo 1 vez/semana	0 (0,0)	0,0 - 0,0	1 (0,8)	0,0 - 2,3	1 (0,6)	0,0 - 1,9
Diária ou quase diariamente	0 (0,0)	0,0 - 0,0	1 (0,8)	0,0 - 2,3	1 (0,6)	0,0 - 1,9
Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?						
Nunca	25 (86,2)	73,7 - 98,8	124 (96,9)	93,9 - 99,9	149 (94,9)	91,5 - 98,3
Menos de 1 vez por mês	3 (10,3)	0,0 - 21,4	2 (1,6)	0,0 - 3,7	5 (3,2)	0,4 - 5,9
Pelo menos uma vez por semana	1 (3,4)	0,0 - 10,1	1 (0,8)	0,0 - 2,3	2 (1,3)	0,0 - 3,0
Diariamente ou quase diariamente	0 (0,0)	0,0 - 0,0	1 (0,8)	0,0 - 2,3	1 (0,6)	0,0 - 1,9
Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?						
Nunca	27 (93,1)	83,9 - 100,0	126 (98,4)	96,3 - 100,0	153 (97,5)	95,0 - 99,9
Menos de 1 vez por mês	2 (6,9)	0,0 - 16,1	1 (0,8)	0,0 - 2,3	3 (1,9)	0,0 - 4,1
Pelo menos uma vez por mês	0 (0,0)	0,0 - 0,0	1 (0,8)	0,0 - 2,3	1 (0,6)	0,0 - 1,9
Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?						
Nunca	28 (96,6)	89,9 - 100,0	127 (99,2)	97,7 - 100,0	155 (98,7)	97,0 - 100,5
Menos de 1 vez por mês	1 (3,4)	0,0 - 10,1	1 (0,8)	0,0 - 2,3	2 (1,3)	0,0 - 3,0

TABELA 3 - PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL SEGUNDO O SEXO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016  
(conclusão)

	Masculino n=29 (%)	IC 95 %	Feminino n=128(%)	IC 95 %	Total n=157(%)	IC 95 %
Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?						
Nunca	23 (79,3)	64,6 - 94,1	120 (93,8)	89,6 - 97,9	143 (91,1)	86,6 - 95,5
Menos de 1 vez por mês	5 (17,2)	3,5 - 31,0	6 (4,7)	1,0 - 8,3	11 (7,0)	3,0 - 11,0
Pelo menos uma vez por mês	1 (3,4)	0,0 - 10,1	1 (0,8)	0,0 - 2,3	2 (1,3)	0,0 - 3,0
Pelo menos uma vez por semana	0 (0,0)	0,0 - 0,0	1 (0,8)	0,0 - 2,3	1 (0,6)	0,0 - 1,9
Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?						
Nunca	25 (86,2)	73,7 - 98,8	119 (93,0)	88,5 - 97,4	144 (91,7)	87,4 - 96,0
Menos de 1 vez por mês	4 (13,8)	1,2 - 26,3	8 (6,3)	2,1 - 10,4	12 (7,6)	3,5 - 11,8
Pelo menos uma vez por mês	0 (0,0)	0,0 - 0,0	1 (0,8)	0,0 - 2,3	1 (0,6)	0,0 - 1,9
Alguma vez na vida você ou alguma pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido?						
Não	27 (93,1)	83,9 - 100,0	120 (93,8)	89,6 - 97,9	147 (93,6)	89,8 - 97,5
Sim, mas não no último ano.	2 (6,9)	0,0 - 16,1	7 (5,5)	1,5 - 9,4	9 (5,7)	2,1 - 9,4
Sim, durante o último ano.	0 (0,0)	0,0 - 0,0	1 (0,8)	0,0 - 2,3	1 (0,6)	0,0 - 1,9
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?						
Não	25 (86,2)	73,7 - 98,8	125 (97,7)	95,0 - 100,0	150 (95,5)	92,3 - 98,8
Sim, mas não no último ano.	3 (10,3)	0,0 - 21,4	2 (1,6)	0,0 - 3,7	5 (3,2)	0,4 - 5,9
Sim, durante o último ano.	1 (3,4)	0,0 - 10,1	1 (0,8)	0,0 - 2,3	2 (1,3)	0,0 - 3,0
Classificação do AUDIT de acordo com o escore						
Zona 1	23 (79,3)	64,6 - 94,1	120 (93,8)	89,6 - 97,9	143 (91,1)	86,6 - 95,5
Zona 2	6 (20,7)	5,9 - 35,4	7 (5,5)	1,5 - 9,4	13 (8,3)	4,0 - 12,6
Zona 4	0 (0,0)	0,0 - 0,0	1 (0,8)	0,0 - 2,3	1 (0,6)	0,0 - 1,9

Em relação à frequência do uso de bebida alcoólica, verificou-se que 46 (29,3%) relataram nunca ter bebido, 55 (35%) referiram beber uma vez por mês ou menos, 49 (31,2%) de duas a quatro vezes por mês, seis (3,8%) de duas a três vezes por semana e um (0,6%) quatro ou mais vezes por semana. Observou-se, também, que não houve diferenças proporcionais significativas entre os sexos.

No questionamento sobre a quantidade de doses que o profissional costumava consumir nas ocasiões em que bebia, verificou-se que 85 (54,1%) afirmaram consumir uma ou duas doses, 43 (27,4%) consumiam de três a quatro doses, 24 (15,3%) consumiam de cinco a seis doses, quatro (2,5%) consumiam de sete a nove doses e por fim, um (0,6%) afirmou consumir dez ou mais doses. Dos 85 profissionais que afirmaram consumir uma ou duas doses, 12 são do sexo masculino e representam 41,4% dos homens. Entre as mulheres, 73 afirmaram esse padrão, correspondendo a 57% do universo feminino.

Somando os profissionais que relataram consumir até quatro doses em uma ocasião típica em que bebem, obteve-se um total de 128 (82,2%). Assim, verificou-se que este dado se assemelha com o encontrado por Bakhshi, Sun, Murrells e While (2015), no qual esta mesma proporção foi 88%.

Em relação à frequência do uso em que profissional consumia seis ou mais doses em uma ocasião, 108 (68,8%) afirmaram que nunca, 33 (21%) menos de uma vez por mês, 14 (8,9%) pelo menos uma vez por mês, um (0,6%) pelo menos uma vez por semana e um (0,6%) diariamente ou quase diariamente. Entre as mulheres, 94 (73,4%) afirmaram o padrão nunca, ao passo que entre os homens a proporção foi de 14 (48,3%) que relataram o mesmo padrão e 11 (37%) afirmaram consumir seis ou mais doses em uma ocasião menos de uma vez por mês.

Sobre a frequência do uso no último, o profissional relatou que achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar, 149 (94,9%) responderam nunca, 5 (3,2%) menos de uma vez por mês, 2 (1,3%) pelo menos uma vez por semana e 1 (0,6%) diariamente ou quase diariamente. Não houve respostas para “Pelo menos uma vez por mês”. Tanto entre os homens quanto entre as mulheres, esse padrão se manteve proporcional, sendo entre os sexos, 25 (86,2%) e 124 (96,9%) respectivamente.

Em relação à frequência, durante o último ano, em que o profissional não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida, 153 (97,5%) responderam nunca, três (1,9%) menos de uma vez por mês e um (0,6%) pelo menos uma vez por mês. Não houve registros de respostas para “Pelo menos uma vez por semana” e “Diariamente ou quase diariamente”.

No questionamento sobre a frequência, que depois de ter bebido muito, o profissional precisou beber pela manhã para se sentir melhor durante o último ano, 155 (98,7%) responderam nunca e dois (1,3%) reportarem que o fizeram “menos de uma vez por mês”. Não houve registros de respostas para os padrões “Pelo menos uma vez por mês”, “Pelo menos uma vez por semana” e “Diariamente ou quase diariamente”.

Em relação à frequência, durante o último ano, em que o profissional sentiu culpa ou remorso depois de beber, 143 (91,1%) responderam nunca, 11 (7,0%) menos de 1 vez por mês, dois (1,3%) pelo menos uma vez por mês e um (0,6%) pelo menos uma vez por semana. Não houve registros para o padrão “Diariamente ou quase diariamente”. Nesta questão, entre os homens 23 (79,3%) afirmaram nunca enquanto que 5 (17,2%) afirmaram menos de uma vez por mês e entre as mulheres constatou-se que 120 (93,8%) afirmaram nunca para a mesma questão.

No questionamento sobre a frequência, durante o último ano, que o profissional não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida, 144 (91,7%) responderam nunca”, 12 (7,6%) menos de uma vez por mês, um (0,6%) pelo menos uma vez

por semana. Não houve registros para os padrões “Pelo menos uma vez por mês” e “Diariamente ou quase diariamente”. Entre os homens, observou-se que 25 (86%) afirmaram nunca e 4 (13%) menos de uma vez por mês. Já entre as mulheres, 119 (93%) responderam nunca para a questão.

No questionamento sobre o profissional ter se machucado ou prejudicado, ou ter causado algum dano a outra pessoa por estar sob efeito de álcool, 147 (93,6%) responderam não, nove (5,7%) sim, mas não no último ano e um (0,6%) sim, durante o último ano.

Na décima pergunta, sobre se alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já havia se preocupado com o profissional por causa de bebida ou havia lhe dito para parar de beber, 150 (95,5%) responderam não, cinco (3,2%) sim, mas não no último ano e dois (1,3%) sim, durante o último ano.

Com base nessa análise, foi calculado o escore do AUDIT, cujo somatório varia de zero a 40. Quanto maior a pontuação, maior o consumo de álcool e, portanto, maior é o risco para dependência e danos. A Figura 10 mostra a distribuição dos profissionais de acordo com o escore obtido no somatório do teste.

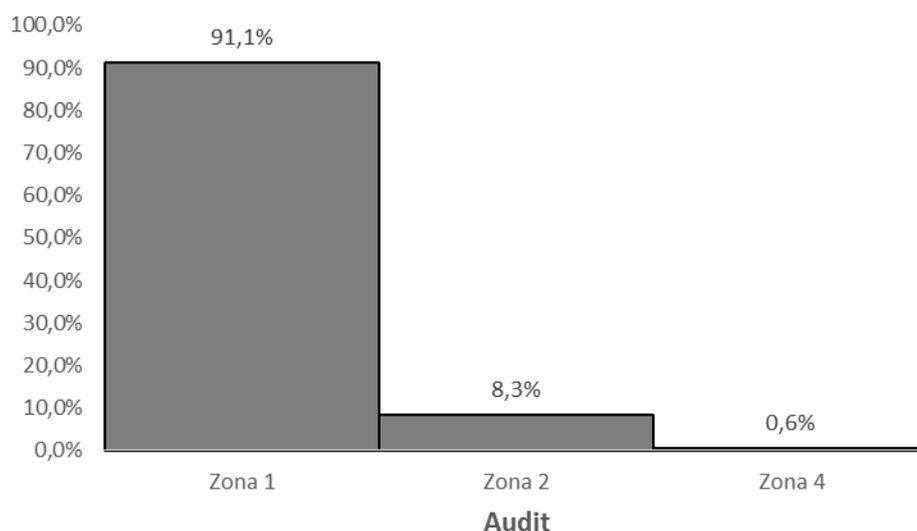


FIGURA 2 - PROPORÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO AUDIT. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

Foi verificado que a maioria dos participantes não apresentou problemas relacionados ao álcool – o que significa que obtiveram menos de oito pontos, permanecendo, portanto, na zona 1 (n=143, 91,1%). Entretanto, 13 (8,3%) pontuaram entre oito e quinze pontos, perfazendo a pontuação da zona 2, considerada uma zona de risco para o consumo de álcool. Um indivíduo (0,6%) somou mais de 20 pontos, ocupando a zona 4, indicando alto nível para

problemas relacionados com o álcool. Não houve registros de profissionais na Zonas 3. Estudo realizado por Flo et al. (2012), na Noruega, utilizando a versão reduzida do AUDIT, chamado de AUDIT-C, que consiste apenas nas três primeiras perguntas do teste, com pontuação variando de 0 a 12, observou-se média de 3,9 no escore dos enfermeiros para o AUDIT. Fazendo o mesmo cálculo para esse estudo, observou-se escore médio de 2,2 pontos.

Buchvold, Pallesen, Oyane e Bjorvatn (2015), realizando um estudo também na Noruega, aplicaram o AUDIT-C entre enfermeiras e obtiveram escore médio de 3,7. Rocha e David (2015), ao aplicar o AUDIT no Rio de Janeiro, observaram que 6,3% apresentaram escores totais entre oito e 15 pontos (Zona 2) e 1,8% apresentaram escores acima de 16 pontos (Zona 3 ou 4).

Perry, Gallagher e Duffield (2015), avaliando a saúde global dos enfermeiros australianos e a presença de doenças crônicas, evidenciaram que 92,5% dos participantes relataram consumir bebidas alcoólicas, dos quais 3,5% ingeriam a substância diariamente. Ademais, 39,9% dos participantes que consumiam bebidas alcoólicas estavam no grupo de alto risco para problemas relacionado ao consumo de álcool.

Bakhshi, Sun, Murrells e While (2015), em um estudo realizado no Reino Unido, observaram que 22% dos enfermeiros do estudo nunca haviam consumido álcool e que 25% dos que consumiam estavam em risco ou com problemas relacionados ao consumo desta substância.

Em relação ao sexo, 23 (79,3%) dos homens estão na Zona 1 e 6 (20,7%) na Zona 2. Entre as mulheres, 120 (93,8%) estão na Zona 1, 7 (5,5%) na Zona 2 e uma (0,8%) na Zona 4.

Dos 157 entrevistados, pode-se dizer que 14 (8,9%) profissionais estão em risco para problemas com consumo de álcool. Desses, os 13 que estão na Zona 2 deveriam receber um aconselhamento simples, e a profissional classificada dentro da Zona 4 necessita de acompanhamento imediato nos programas específicos para pessoas com problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas.

Na Tabela 4 são mostradas as proporções das respostas para a primeira questão do AUDIT: *“Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?”* em relação ao perfil sócio demográfico da população de estudo.

TABELA 4 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A FREQUÊNCIA DE INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

	Nunca n=46(%) n=44(%)*	Uma vez por mês ou menos n=55(%) n=53(%)*	2 – 4 vezes por mês n=49(%) n=46(%)*	2 – 3 vezes por semana n=6 (%) n=6(%)*	4 ou mais vezes por semana n=1(%) n=1(%)*	Total n=157(%) n= 150 (%)*
<b>Sexo</b>						
Masculino	6 (20,7)	11 (37,9)	9 (31,0)	3 (10,3)	0 (0,0)	29 (18,5)
Feminino	40 (31,3)	44 (34,4)	40 (31,3)	3 (2,3)	1 (0,8)	128 (81,5)
<b>Idade</b>						
≤ 30	13 (22,8)*	22 (38,6) *	20 (35,1) *	1 (1,8) *	1 (1,8) *	57 (38,0)*
31 - 40	21 (35,0) *	19 (31,7) *	18 (30,0) *	2 (3,3) *	0 (0,0) *	60 (40,0)*
41 - 50	6 (26,1) *	7 (30,4) *	7 (30,4) *	3 (13,0) *	0 (0,0) *	23 (15,3)*
≥ 51	4 (40,0) *	5 (50,0) *	1 (10,0) *	0 (0,0) *	0 (0,0) *	10 (6,7)*
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	14 (22,6)	21 (33,9)	24 (38,7)	2 (3,2)	1 (1,6)	62 (39,5)
Casado	30 (36,1)	30 (36,1)	19 (22,9)	4 (4,8)	0 (0,0)	83 (52,9)
Separado	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,3)
Divorciado	2 (22,2)	2 (22,2)	5 (55,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (5,7)
Viúvo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
<b>Formação</b>						
Graduado	4 (36,4)	5 (45,5)	2 (18,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (7,0)
Especialização	38 (29,5)	44 (34,1)	40 (31,0)	6 (4,7)	1 (0,8)	129 (82,2)
Mestrado	4 (23,5)	6 (35,3)	7 (41,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (10,8)
<b>Tempo de formação</b>						
1 a 5 anos	9 (23,7)	13 (34,2)	14 (36,8)	1 (2,6)	1 (2,6)	38 (24,2)
6 a 10 anos	21 (31,8)	23 (34,8)	21 (31,8)	1 (1,5)	0 (0,0)	66 (42,0)
11 a 15 anos	6 (37,5)	5 (31,3)	4 (25,0)	1 (6,3)	0 (0,0)	16 (10,2)
16 a 20 anos	2 (16,7)	6 (50,0)	3 (25,0)	1 (8,3)	0 (0,0)	12 (7,6)
21 a 25 anos	5 (31,3)	4 (25,0)	5 (31,3)	2 (12,5)	0 (0,0)	16 (10,2)
26 a 30 anos	1 (20,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (3,2)
Mais de 30 anos	2 (50,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (2,5)
<b>Tempo de trabalho na instituição</b>						
1 ano	37 (28,0)	46 (34,8)	45 (34,1)	3 (2,3)	1 (0,8)	132 (84,1)
2 anos	5 (35,7)	7 (50,0)	1 (7,1)	1 (7,1)	0 (0,0)	14 (8,9)
≥ 3 anos	4 (36,4)	2 (18,2)	3 (27,3)	2 (18,2)	0 (0,0)	11 (7,0)
<b>Número de vínculos</b>						
1 vínculo	28 (29,2)	34 (35,4)	31 (32,3)	3 (3,1)	0 (0,0)	96 (61,1)
2 vínculos	16 (27,6)	21 (36,2)	17 (29,3)	3 (5,2)	1 (1,7)	58 (36,9)
3 vínculos	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,9)
<b>Carga horária semanal</b>						
≤ 40 horas	27 (28,4)	34 (35,8)	31 (32,6)	3 (3,2)	0 (0,0)	95 (60,5)
41 a 60 horas	13 (28,9)	15 (33,3)	13 (28,9)	3 (6,7)	1 (2,2)	45 (28,7)
≥ 61 horas	6 (35,3)	6 (35,3)	5 (29,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (10,8)
<b>Turno de trabalho predominante</b>						
Diurno	36 (29,3)	46 (37,4)	36 (29,3)	4 (3,3)	1 (0,8)	123 (78,3)
Noturno	4 (30,8)	3 (23,1)	6 (46,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (8,3)
Misto	6 (28,6)	6 (28,6)	7 (33,3)	2 (9,5)	0 (0,0)	21 (13,4)

\*Nota: Somente 150 profissionais informaram a idade, sendo assim, a proporção foi calculada de acordo com as variáveis respondidas.

Em relação à distribuição, observa-se que, entre os homens, 11(37,9%) referiram beber uma vez por mês ou menos, seguido de 9(31%) que referiram beber de duas a quatro vezes por mês. Entre as mulheres, observou-se que esta distribuição está proporcionalmente

dividida, sendo que 40(31,3%) nunca bebem, 44(34,4%) bebem uma vez por mês ou menos e 40(31,3%) bebem de duas a quatro vezes por semana.

Em relação à idade, observou-se que na faixa etária de até 30 anos 22 (38,6%) referiram beber uma vez por semana ou menos e 20 (35,1%) de duas a quatro vezes por semana. Na faixa de 31 a 40 anos, 21 (35%) referiram nunca beber, enquanto que 19 (31,7%) afirmaram beber uma vez por mês ou menos e 18(30,0%) de duas a quatro vezes por mês. Na faixa de 41 a 50 anos, 7(30,4%) relataram beber uma vez por mês ou menos e a mesma proporção se manteve para os que relataram beber de duas a quatro vezes por mês. Na faixa etária maior de 51 anos, observou-se que 5 (50%) afirmaram beber uma vez por mês ou menos.

Entre os solteiros, 21(33,9%) referiram beber uma vez por mês ou menos e 24 (38,7%) de duas a quatro vezes por mês. Os casados relataram a mesma proporção 30(36,1) tanto para nunca quanto para beber uma vez por mês ou menos. Entre os separados, 2(100%) relataram beber uma vez por mês ou menos. Entre os divorciados, 5(55%) relataram beber de duas a quatro vezes por mês.

Entre os graduados, 5(45,5%) referiram beber uma vez por mês ou menos. Entre os especialistas, 44(34,1%) bebem uma vez por mês ou menos e, entre os mestres, 7(41,2%) bebem de duas a quatro vezes por mês.

Em relação ao tempo de formação, observou-se que dos profissionais formados entre um e cinco anos, 14(36,8%) afirmaram beber de duas a quatro vezes por mês, seguidos de 13(34,2%) que bebem uma vez por mês ou menos. Dos profissionais formados entre 6 e 10 anos, 23 (34,8%) também bebem uma vez por mês ou menos. Dos formados entre 11 e 15 anos, 6 (37,5%) relataram nunca ter bebido. Dentre os formados entre 16 e 20 anos, 6(50%) afirmaram beber uma vez por mês ou menos. Na faixa entre 21 e 25 anos, 5(31,3%) relataram nunca ter bebido, ao passo que essa mesma proporção se manteve para os que relataram beber de duas a quatro vezes por mês. No grupo dos formados entre 26 e 30 anos, 2(40%) relataram beber uma vez por mês ou menos e o mesmo padrão se repetiu para beber de duas a quatro vezes por mês. Entre os formados há mais de 30 anos, observou-se que 2(50%) relataram nunca beber e 2 (50%) beber uma vez por mês ou menos.

Em relação ao tempo de trabalho na instituição, observa-se que 46(34,8) afirmaram beber uma vez por mês ou menos e 45(34,1%) de duas a quatro vezes por mês. Entre os que trabalham há dois anos, 7(50%) afirmaram beber uma vez por mês ou menos. Por fim entre os que trabalham há mais de três anos, 4(36,4%) relataram nunca ter bebido.

Quanto ao número de vínculos, entre aqueles que possuem apenas um, 34(35,4%) bebiam uma vez por mês ou menos enquanto que 31(32,3%) afirmaram beber de duas a quatro vezes por mês. Entre aqueles que possuem dois vínculos, 2(36,2%) bebem uma vez por mês ou menos seguidos de 17(29,3%) que bebem de duas a quatro vezes por mês. Em relação aos que possuem três vínculos, 2(66,7%) relataram nunca ter bebido.

Em relação à carga horária semanal trabalhada, entre aqueles que trabalham até 40 horas semanais, 34(35,8%) bebem uma vez por mês ou menos. Dos que trabalham entre 41 e 60 horas, 15(33,3%) também bebem nesse mesmo padrão. Já entre aqueles que trabalham mais de 61 horas semanais, 6(35,3%) nunca bebem e a mesma proporção se manteve entre aqueles que relataram beber uma vez por mês ou menos. Nesse ponto é possível inferir que uma maior jornada de trabalho não está relacionada a um maior consumo de álcool nesse estudo, diferente do resultado encontrado por Schluter, Turner e Benefer (2012).

Quanto ao turno de trabalho, entre os que trabalham no período diurno, 46(37,4%) bebem uma vez por mês ou menos. Entre os que trabalham no período noturno, 6(46,2%) bebem de duas a quatro vezes por mês. E sobre os que trabalham em turnos mistos, 7(33,3%) também bebem nesse mesmo padrão. Apesar de ser discreto, pode-se observar que profissionais que trabalham em turnos mistos ou noturnos tendem a consumir mais álcool que os que trabalham predominantemente durante a noite.

Na Tabela 5 – são mostradas as distribuições de respostas para a segunda pergunta do AUDIT “*Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?*”

TABELA 5 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A PERGUNTA: *NAS OCASIÕES EM QUE BEBE, QUANTAS DOSES VOCÊ COSTUMA TOMAR?* BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

	1 ou 2 n=85 (%) n=83 (%)*	3 ou 4 n=43 (%) n= 41 (%)*	5 ou 6 n= 24 (%) n= 22 (%)*	7 a 9 n= 4 (%) n=4 (%)*	10 ou mais n= 1 (%) n= 0 (%)*	Total n=157 (%) n= 150 (%)*
(continua)						
Sexo						
Masculino	12 (41,4)	10 (34,5)	6 (20,7)	1 (3,4)	0 (0,0)	29 (18,5)
Feminino	73 (57,0)	33 (25,8)	18 (14,1)	3 (2,3)	1 (0,8)	128 (81,5)
Idade						
≤ 30	33 (57,9)*	11 (19,3) *	11 (19,3) *	2 (3,5) *	0 (0,0) *	57 (38,0)*
31 - 40	31 (51,7) *	19 (31,7) *	8 (13,3) *	2 (3,3) *	0 (0,0) *	60 (40,0)*
41 - 50	11 (47,8) *	9 (39,1) *	3 (13,0) *	0 (0,0) *	0 (0,0) *	23 (15,3)*
≥ 51	8 (80,0) *	2 (20,0) *	0 (0,0) *	0 (0,0) *	0 (0,0) *	10 (6,7)*
Estado civil						
Solteiro	33 (53,2)	14 (22,6)	12 (19,4)	2 (3,2)	1 (1,6)	62 (39,5)
Casado	47 (56,6)	25 (30,1)	9 (10,8)	2 (2,4)	0 (0,0)	83 (52,9)
Separado	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,3)
Divorciado	4 (44,4)	2 (22,2)	3 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (5,7)
Viúvo	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)

TABELA 6 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A PERGUNTA: *NAS OCASIÕES EM QUE BEBE, QUANTAS DOSES VOCÊ COSTUMA TOMAR?* BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

	(conclusão)					
	1 ou 2 n=85 (%) n=83 (%)*	3 ou 4 n=43 (%) n= 41 (%)*	5 ou 6 n= 24 (%) n= 22 (%)*	7 a 9 n= 4 (%) n=4 (%)*	10 ou mais n= 1 (%) n= 0 (%)*	Total n=157 (%) n= 150 (%)*
<b>Formação</b>						
Graduado	9 (81,8)	2 (18,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (7,0)
Especialização	68 (52,7)	34 (26,4)	22 (17,1)	4 (3,1)	1 (0,8)	129 (82,2)
Mestrado	8 (47,1)	7 (41,2)	2 (11,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (10,8)
<b>Tempo de formação</b>						
1 a 5 anos	22 (57,9)	10 (26,3)	4 (10,5)	2 (5,3)	0 (0,0)	38 (24,2)
6 a 10 anos	37 (56,1)	15 (22,7)	14 (21,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	66 (42,0)
11 a 15 anos	8 (50,0)	7 (43,8)	0 (0,0)	1 (6,3)	0 (0,0)	16 (10,2)
16 a 20 anos	4 (33,3)	5 (41,7)	3 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (7,6)
21 a 25 anos	9 (56,3)	4 (25,0)	2 (12,5)	1 (6,3)	0 (0,0)	16 (10,2)
26 a 30 anos	1 (20,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	5 (3,2)
Mais de 30 anos	4 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (2,5)
<b>Tempo de trabalho na instituição</b>						
1 ano	69 (52,3)	38 (28,8)	20 (15,2)	4 (3,0)	1 (0,8)	132 (84,1)
2 anos	9 (64,3)	2 (14,3)	3 (21,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (8,9)
≥ 3 anos	7 (63,6)	3 (27,3)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (7,0)
<b>Número de vínculos</b>						
1 vínculo	57 (59,4)	21 (21,9)	14 (14,6)	3 (3,1)	1 (1,0)	96 (61,1)
2 vínculos	26 (44,8)	21 (36,2)	10 (17,2)	1 (1,7)	0 (0,0)	58 (36,9)
3 vínculos	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,9)
<b>Carga horária semanal</b>						
≤ 40 horas	56 (58,9)	21 (22,1)	14 (14,7)	3 (3,2)	1 (1,1)	95 (60,5)
41 a 60 horas	21 (46,7)	16 (35,6)	7 (15,6)	1 (2,2)	0 (0,0)	45 (28,7)
≥ 61 horas	8 (47,1)	6 (35,3)	3 (17,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (10,8)
<b>Turno de trabalho predominante</b>						
Diurno	67 (54,5)	31 (25,2)	21 (17,1)	3 (2,4)	1 (0,8)	95 (60,5)
Noturno	8 (61,5)	3 (23,1)	1 (7,7)	1 (7,7)	0 (0,0)	45 (28,7)
Misto	10 (47,6)	9 (42,9)	2 (9,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (10,8)
<b>Total</b>	<b>85 (54,1)</b>	<b>43 (27,4)</b>	<b>24 (15,3)</b>	<b>4 (2,5)</b>	<b>1 (0,6)</b>	

\*Nota: Somente 150 profissionais informaram a idade, sendo assim, a proporção foi calculada de acordo com as variáveis respondidas.

Quanto à quantidade de doses que o profissional costuma ingerir nas ocasiões em que bebe, observa-se que, de um modo geral, a população consome majoritariamente uma ou duas doses nas ocasiões em que bebe em quase todos os perfis estabelecidos, seguido pelo consumo de três ou quatro doses. Observa-se proporções entre 7,7% e 25 % entre aqueles que consomem cinco ou seis doses e 0 a 7,7% entre os que consomem de sete a nove doses. Apenas um participante respondeu consumir de dez ou mais doses em uma única ocasião.

Tendo em vista a predominância do padrão de consumo de uma ou duas doses, será discorrido apenas as observações não enquadradas neste padrão, portanto, a referência aqui é o tempo de formação profissional. Neste, entre os formados entre 16 e 20 anos, 4(33,3%) consomem uma ou duas doses, enquanto que 5(41,7%) consomem entre três ou quatro doses.

Dentre os formados entre 26 e 30 anos, 1(20%) afirmou consumir uma ou duas doses nas ocasiões em que bebe, ao passo que, 2(40,0%) consomem três ou quatro doses. O consumo de mais de três doses em uma única ocasião é considerado um comportamento de risco para o consumo de álcool, sendo observado em 72(45,8%) participantes.

TABELA 7 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A PERGUNTA: *COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TOMA "SEIS OU MAIS DOSES" EM UMA OCASIÃO.* BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

	Nunca n=108 (%) n= 104 (%)*	Menos de uma vez por mês n= 33 (%) n= 32 (%)*	Pelo menos uma vez por mês n= 14 (%) n= 12 (%)*	Pelo menos uma vez por semana n= 1 (%) n= 1 (%)*	Diariamente ou quase diariamente n= 1 (%) n= 1 (%)*	Total n=157 (%) n= 150 (%)*
<b>Sexo</b>						
Masculino	14 (48,3)	11 (37,9)	4 (13,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	29 (18,5)
Feminino	94 (73,4)	22 (17,2)	10 (7,8)	1 (0,8)	1 (0,8)	128 (81,5)
<b>Idade</b>						
≤ 30	37 (64,9)*	11 (19,3)*	7 (12,3)*	1 (1,8)*	1 (1,8)*	57 (38,0)*
31 - 40	40 (66,7)*	16 (26,7)*	4 (6,7)*	0 (0,0)*	0 (0,0)*	60 (40,0)*
41 - 50	18 (78,3)*	4 (17,4)*	1 (4,3)*	0 (0,0)*	0 (0,0)*	23 (15,3)*
≥ 51	9 (90,0)*	1 (10,0)*	0 (0,0)*	0 (0,0)*	0 (0,0)*	10 (6,7)*
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	39 (62,9)	12 (19,4)	10 (16,1)	0 (0,0)	1 (1,6)	62 (39,5)
Casado	62 (74,7)	18 (21,7)	2 (2,4)	1 (1,2)	0 (0,0)	83 (52,9)
Separado	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,3)
Divorciado	4 (44,4)	3 (33,3)	2 (22,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (5,7)
Viúvo	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
<b>Formação</b>						
Graduado	8 (72,7)	2 (18,2)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (7,0)
Especialização	87 (67,4)	28 (21,7)	12 (9,3)	1 (0,8)	1 (0,8)	129 (82,2)
Mestrado	13 (76,5)	3 (17,6)	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (10,8)
<b>Tempo de formação</b>						
1 a 5 anos	24 (63,2)	8 (21,1)	4 (10,5)	1 (2,6)	1 (2,6)	38 (24,2)
6 a 10 anos	44 (66,7)	15 (22,7)	7 (10,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	66 (42,0)
11 a 15 anos	13 (81,3)	3 (18,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	16 (10,2)
16 a 20 anos	9 (75,0)	2 (16,7)	1 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (7,6)
21 a 25 anos	11 (68,8)	5 (31,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	16 (10,2)
26 a 30 anos	3 (60,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (3,2)
Mais de 30 anos	4 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (2,5)
<b>Tempo de trabalho na instituição</b>						
1 ano	88 (66,7)	29 (22,0)	13 (9,8)	1 (0,8)	1 (0,8)	132 (84,1)
2 anos	12 (85,7)	1 (7,1)	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (8,9)
≥ 3 anos	8 (72,7)	3 (27,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (7,0)
<b>Número de vínculos</b>						
1 vínculo	67 (69,8)	18 (18,8)	10 (10,4)	1 (1,0)	0 (0,0)	96 (61,1)
2 vínculos	39 (67,2)	14 (24,1)	4 (6,9)	0 (0,0)	1 (1,7)	58 (36,9)
3 vínculos	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,9)
<b>Carga horária semanal</b>						
≤ 40 horas	66 (69,5)	18 (18,9)	10 (10,5)	1 (1,1)	0 (0,0)	95 (60,5)
41 a 60 horas	31 (68,9)	9 (20,0)	4 (8,9)	0 (0,0)	1 (2,2)	45 (28,7)
≥ 61 horas	11 (64,7)	6 (35,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (10,8)
<b>Turno de trabalho predominante</b>						
Diurno	85 (69,1)	24 (19,5)	12 (9,8)	1 (0,8)	1 (0,8)	95 (60,5)
Noturno	8 (61,5)	4 (30,8)	1 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	45 (28,7)
Misto	15 (71,4)	5 (23,8)	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (10,8)

\*Nota: Somente 150 profissionais informaram a idade, sendo assim, a proporção foi calculada de acordo com as variáveis respondidas.

Como mostrado nas Tabelas 5 e 6, observou-se que majoritariamente 108 (68,8%) dos profissionais relataram que nunca consomem seis ou mais doses em uma única ocasião. Observou-se, também, que 49(31,2%) pontuaram acima de um ponto nesta questão, o que pode ser considerado um comportamento de risco.

Para um melhor ajuste dos testes estatísticos, algumas categorias foram modificadas, o escore AUDIT foi desmembrado em três novas zonas de risco. A primeira “*Atualmente não bebe*” consiste daqueles que obtiveram pontuação igual à zero no somatório, a segunda “*Baixo Risco*” consiste daqueles que pontuaram entre um e sete pontos e o terceiro “*Nocivo/Perigoso*” é composto por profissionais que obtiveram escore maior ou igual a oito pontos.

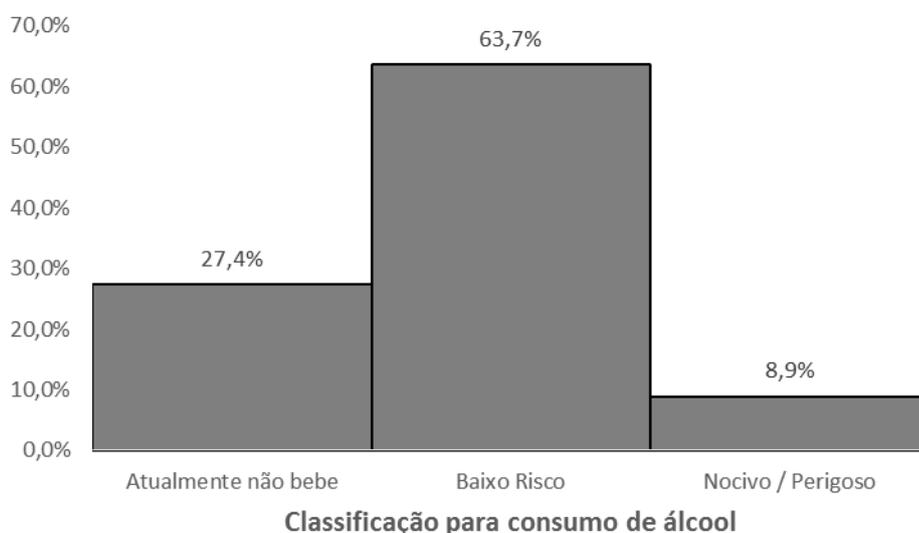


FIGURA 3 - PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO PARA O CONSUMO DE ÁLCOOL AJUSTADA. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

O estado civil foi ajustado para duas categorias, a primeira categoria “solteiro” engloba todos os demais estados civis (solteiros, separados, divorciados ou viúvos) e a segunda categoria engloba os que se declararam casados. O grau de formação passou para duas categorias, a primeira para aqueles que possuem somente graduação e a segunda para aqueles que possuem especialização ou mestrado.

O Tempo de formação foi ajustado para três categorias: de 1 a 10 anos, 11 a 20 anos e mais de 21 anos de formação. Por fim em relação ao número de vínculos foi ajustada para ter ou não ter mais de um vínculo de trabalho.

A proporção das respostas dos participantes de acordo com estas três classificações para o consumo de álcool é mostrada na Tabela 7.

TABELA 8 - PERFIL DOS PROFISSIONAIS POR ZONA DE RISCO PARA CONSUMO DE ÁLCOOL.  
BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

Perfil	Atualmente não bebe		Baixo Risco		Nocivo / Perigoso		Total n= 157 (%) n= 150 (%)*
	n=43 (%) n= 42 (%)*	IC 95%	n=100 (%) n= 96 (%)*	IC 95%	n=14 (%) n=12 (%)*	IC 95%	
<b>Sexo</b>							
Masculino	6 (20,7)	5,9 - 35,4	17 (58,6)	40,7 - 76,5	6 (20,7)	5,9 - 35,4	29 (18,5)
Feminino	37 (28,9)	21,1 - 36,8	83 (64,8)	56,6 - 73,1	8 (6,3)	2,1 - 10,4	128 (81,5)
<b>Idade</b>							
≤ 30	13(22,8)*	11,9 - 33,7	37(64,9)*	52,5 - 77,3	7(12,3)*	3,8 - 20,8	57(38,0)*
31 - 40	19(31,7)*	19,9 - 43,4	38(63,3)*	51,1 - 75,5	3(5,0)*	0,0 - 10,5	60(40,0)*
41 - 50	6(26,1)*	8,1 - 44,0	15(65,2)*	45,8 - 84,7	2(8,7)*	0,0 - 20,2	23(15,3)*
≥ 51	4(40,0)*	9,6 - 70,4	6(60,0)*	29,6 - 90,4	0(0,0)*	0,0 - 0,0	10(6,7)*
<b>Estado civil</b>							
Solteiro (não casados)	15 (20,3)	11,1 - 29,4	50 (67,6)	56,9 - 78,2	9 (12,2)	4,7 - 19,6	74 (48,1)
Casado	28 (33,7)	23,6 - 43,9	50 (60,2)	49,7 - 70,8	5 (6,0)	0,9 - 11,1	83 (52,9)
<b>Formação</b>							
Graduado	4 (36,4)	7,9 - 64,8	6 (54,5)	25,1 - 84,0	1 (9,1)	0,0 - 26,1	11 (7,0)
Especializa ção e Mestrado	39 (26,7)	19,5 - 33,9	94 (64,4)	56,6 - 72,2	13 (8,9)	4,3 - 13,5	146 (93,0)
<b>Tempo de formação</b>							
1 a 10 anos	27 (26,0)	17,5 - 34,4	67 (64,4)	55,2 - 73,6	10 (9,6)	3,9 - 15,3	104 (66,2)
11 a 20 anos	8 (28,6)	11,8 - 45,3	19 (67,9)	50,6 - 85,2	1 (3,6)	0,0 - 10,4	28 (17,8)
Mais de 20 anos	8 (32,0)	13,7 - 50,3	14 (56,0)	36,5 - 75,5	3 (12,0)	0,0 - 24,7	25 (15,9)
<b>Tempo de trabalho na instituição</b>							
1 ano	34 (25,8)	18,3 - 33,2	86 (65,2)	57,0 - 73,3	12 (9,1)	4,2 - 14,0	132 (84,1)
2 anos	5 (35,7)	10,6 - 60,8	7 (50,0)	23,8 - 76,2	2 (14,3)	0,0 - 32,6	14 (8,9)
≥ 3 anos	4 (36,4)	7,9 - 64,8	7 (63,6)	35,2 - 92,1	0 (0,0)	0,0 - 0,0	11 (7,0)
<b>Possui outros vínculos</b>							
Sim	25 (26,0)	17,3 - 34,8	64 (66,7)	57,2 - 76,1	7 (7,3)	2,1 - 12,5	96 (61,1)
Não	18 (29,5)	18,1 - 41,0	36 (59,0)	46,7 - 71,4	7 (11,5)	3,5 - 19,5	61 (38,9)
<b>Carga horária semanal</b>							
≤ 40 horas	24 (25,3)	16,5 - 34,0	64 (67,4)	57,9 - 76,8	7 (7,4)	2,1 - 12,6	95 (60,5)
41 a 60 horas	13 (28,9)	15,6 - 42,1	26 (57,8)	43,3 - 72,2	6 (13,3)	3,4 - 23,3	45 (28,7)
≥ 61 horas	6 (35,3)	12,6 - 58,0	10 (58,8)	35,4 - 82,2	1 (5,9)	0,0 - 17,1	17 (10,8)
<b>Turno de trabalho predominante</b>							
Diurno	34 (27,6)	19,7 - 35,5	79 (64,2)	55,8 - 72,7	10 (8,1)	3,3 - 13,0	123 (78,3)
Noturno	4 (30,8)	5,7 - 55,9	7 (53,8)	26,7 - 80,9	2 (15,4)	0,0 - 35,0	13 (8,3)
Misto	5 (23,8)	5,6 - 42,0	14 (66,7)	46,5 - 86,8	2 (9,5)	0,0 - 22,1	21 (13,4)

\*Nota: Somente 150 profissionais informaram a idade, sendo assim, a proporção foi calculada de acordo com as variáveis respondidas.

Diante dessas análises, observou-se que, de um modo geral, os participantes estão na zona de baixo risco para consumo de bebidas alcoólicas, sendo que 100 (63,7%) participantes ficaram nesse grupo. Entre os homens, 17 (58,6%) estão nessa faixa e 83 (64,8%) entre as mulheres. Observou-se também que 6 (20,7%) homens estão na faixa de consumo “Nocivo/perigoso” enquanto que 8 (6,3%) também estão nesta categoria, conforme mostrado na tabela 11.

Cheung e Yip (2015) estudaram depressão, ansiedade e estresse entre enfermeiros de Hong Kong, observaram que 23,7% da população afirmaram não consumir bebidas alcoólicas. Valor bem inferior aos 63,7% observados neste estudo.

### **6.3 ANÁLISE DO PADRÃO DE CONSUMO DE TABACO**

Na Tabela 8 é mostrada a proporção de respostas para a primeira pergunta sobre o consumo de tabaco “*Atualmente, você fuma tabaco diariamente, menos que diariamente, ou não fuma?*”.

TABELA 9 - PADRÃO DE USO DO TABACO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

	Masculino n=29 (%)	Feminino n=128 (%)	(continua) n=157 (%)
Atualmente fuma tabaco:			
Menos que diariamente	0 (0,0)	4 (100,0)	4 (2,5)
Não fuma	29 (19,0)	124 (81,0)	153 (97,5)
No passado fumou tabaco diariamente:			
Sim	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (25,0)
Não	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (75,0)
No passado fumou tabaco:			
Diariamente	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (3,9)
Menos que diariamente	0 (0,0)	4 (100,0)	4 (2,6)
Não fumou	25 (17,5)	118 (82,5)	143 (93,5)
Em média, quantos produtos atualmente fuma por dia/semana?			
Cigarros industrializados	-	-	-
Menos que um por dia, mais que 0 por semana ou mês	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (100)
Cigarros de cravo	-	-	-
Por dia	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100)
Narguilé	-	-	-
Por dia	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100)
Atualmente usa algum produto de tabaco sem fumaça:			
Diariamente	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,6)
Não usa	28 (18,2)	126 (81,8)	154 (99,0)
Não sabe	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,6)
No passado usou produtos de tabaco sem fumaça:			
Diariamente	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Não usa	27 (17,6)	126 (82,4)	153(99,3)
Frequência que alguém fuma dentro de casa:			
Diariamente	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (3,2)
Semanalmente	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (1,3)
Menos que mensalmente	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (4,5)
Nunca	25 (18,7)	109 (81,3)	134 (85,9)
Não sabe	1 (12,5)	7 (87,5)	8 (5,1)
Ambiente de trabalho:			
Fechado	20 (20,6)	77 (79,4)	97 (61,8)
Aberto	2 (8,0)	23 (92,0)	25 (15,9)
Ambos	7 (20,0)	28 (80,0)	35 (22,3)
Alguém fumou em algum ambiente fechado de trabalho nos últimos 30 dias:			
Sim	4 (30,8)	9 (69,2)	13 (9,8)
Não	20 (17,5)	94 (82,5)	114 (86,3)
Não sabe	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (3,8)
Tentou parar de fumar nos últimos 12 meses:			
Sim	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (50,0)
Não	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (50,0)
Consultou um médico ou outro profissional de saúde nos últimos 12 meses:			
Sim	19 (17,4)	90 (82,6)	109 (72,6)
Não	9 (22,0)	32 (78,0)	41 (27,3)
Aconselhado a parar de fumar tabaco durante atendimento feito por um médico ou profissional da saúde nos últimos 12 meses			
Sim	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100)

TABELA 8 - PADRÃO DE USO DO TABACO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

	Masculino n=29 (%)	Feminino n=128 (%)	(conclusão) n=157 (%)
Viu informações sobre riscos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar em jornais e revistas nos últimos 30 dias:			
Sim	14 (19,4)	58 (80,6)	72 (46,2)
Não	3 (6,8)	41 (93,2)	44 (28,2)
Não aplicável	12 (30,0)	28 (70,0)	40 (25,6)
Viu informações sobre os perigos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar na televisão nos últimos 30 dias:			
Sim	15 (27,3)	40 (72,7)	55 (35,0)
Não	6 (9,4)	58 (90,6)	64 (40,8)
Não aplicável	8 (21,1)	30 (78,9)	38 (24,2)
Viu alguma advertência sanitária nos maços de cigarro nos últimos 30 dias:			
Sim	9 (20,9)	34 (79,1)	43 (27,4)
Não	6 (12,2)	43 (87,8)	49 (31,2)
Não viu nenhum maço de cigarro	14 (21,5)	51 (78,5)	65 (41,4)
As advertências nos maços de cigarro fizeram você pensar em parar de fumar nos últimos 30 dias?			
Não	0 (0,0)	4 (100,0)	4 (100)
Nos últimos 30 dias, você notou alguma propaganda ou anúncios promovendo os cigarros em estabelecimentos comerciais onde cigarros são vendidos?			
Sim	7 (50,0)	7 (50,0)	14 (8,9)
Não	14 (15,7)	75 (84,3)	89 (56,7)
Não se aplica	8 (14,8)	46 (85,2)	54 (34,4)
Nos últimos 30 dias, você notou algum dos seguintes tipos de promoção de cigarros?			
a. Oferta de amostra grátis de cigarros?			
Não	23 (16,8)	114 (83,2)	137 (87,3)
Não sabe	6 (30,0)	14 (70,0)	20 (12,7)
b. Cigarros a preço de venda?			
Sim	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (3,2)
Não	20 (15,6)	108 (84,4)	128 (81,5)
Não sabe	6 (25,0)	18 (75,0)	24 (15,3)
c. Cupons para cigarros?			
Não	22 (16,3)	113 (83,7)	135 (86,0)
Não sabe	7 (31,8)	15 (68,2)	22 (14,0)
d. Presentes ou descontos especiais em outros produtos na compra de cigarros?			
Não	21 (15,7)	113 (84,3)	134 (85,4)
Não sabe	8 (34,8)	15 (65,2)	23 (14,6)
e. Roupas ou outros: itens com o nome comercial ou logo de cigarro?			
Sim	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (1,3)
Não	21 (15,6)	114 (84,4)	135 (86,0)
Não sabe	7 (35,0)	13 (65,0)	20 (12,7)
f. Promoção de cigarros pelo correio?			
Não	21 (15,4)	115 (84,6)	136 (86,6)
Não sabe	8 (38,1)	13 (61,9)	21 (13,4)

Sobre a primeira questão referente ao consumo de tabaco, *“Atualmente, você fuma tabaco diariamente, menos que diariamente, ou não fuma?”*, 153 (97,4%) reportaram que “Não fumam” e quatro (2,5%) “fumam menos que diariamente”. Nenhum participante afirmou fumar “Diariamente”. Observou-se que a proporção de fumantes na população de estudo é bem inferior à proporção nacional, que segundo a PNS era de 15,0% em 2013 (Brasil, PNS, 2014). No estudo de Cheung e Yip (2015), observou-se que 1,1% da população do estudo afirmou fumar menos que diariamente, ao passo que 0,4% afirmou fumar diariamente.

No estudo de Bakhshi, Sun, Murrells e While (2015), 72% relataram não fumar atualmente e nunca terem fumado no passado. Sendo que 17% afirmaram ter fumado no passado e 11% relataram consumir tabaco na ocasião da coleta dos dados.

Dos que afirmaram que fumavam menos que diariamente, em relação à questão *“No passado, você fumou tabaco diariamente?”*, apenas um (25%) respondeu “sim”.

Já daqueles que responderam que “não fumam” e responderam à questão *“No passado, você fumou tabaco diariamente, menos que diariamente ou não fumou?”*, 143 (93%) afirmaram que “não fumou”, seis (4%) que “fumou diariamente” e quatro (3%) que “fumou menos que diariamente”.

Para os participantes que afirmaram fumar atualmente, foi questionada a quantidade média de produtos consumidos diária ou semanalmente. Dois participantes afirmaram consumir cigarros industrializados no padrão de “Menos que um por dia, mais que zero por semana ou mês”, um participante afirmou consumir “diariamente” cigarros de cravo e um participante afirmou consumir também “diariamente” narguilé. Não houve nenhum registro de consumo de outros produtos (cigarros de palha ou cigarros enrolados à mão, bidis ou cigarros indianos, cachimbos e outros).

Foi perguntado aos participantes *“Atualmente, você usa algum produto de tabaco sem fumaça diariamente, menos que diariamente ou não usa?”*. Dos entrevistados, 154 (98,1%) afirmaram que “não usa”, 1(0,6%) afirmou que usa “diariamente”, um (0,6%) afirmou que “não sabe” e um profissional não respondeu à questão.

Aos indivíduos que afirmaram não usar esses produtos (n=154) foi questionado *“No passado, você usou produtos de tabaco sem fumaça diariamente, menos que diariamente ou não usou?”*. Desses, 153(99%) afirmaram “não ter usado” e um (1%) usou “diariamente”.

Como não houve registro de consumo atual de produtos de tabaco sem fumaça no padrão de “menos que diariamente”, nenhum participante respondeu à questão “No passado, você usou diariamente produtos de tabaco sem fumaça”.

Em seguida foi questionado “Com que frequência alguém fuma dentro de sua casa? Você diria diariamente, semanalmente, mensalmente, menos que mensalmente, ou nunca?”. Sobre essa questão, 134 (85,4%) responderam “nunca”, cinco (3,2%) responderam “diariamente”, dois (1,3%) responderam “semanalmente”, sete (4,5%) responderam “menos que mensalmente” e oito (5,1%) responderam que “não sabem”. Além disso, um indivíduo não respondeu à pergunta.

Em relação ao local de trabalho, foi perguntado “Você, geralmente, trabalha em ambiente fechado ou aberto?”. Sobre isso, 97 (61,8%) afirmaram trabalhar em ambiente fechado, 25 (15,9%) em ambiente aberto e 35 (22,3%) em ambos.

Para aqueles que trabalhavam em ambiente fechado ou ambos (n=132) foi questionado se “Durante os últimos 30 dias, alguém fumou em algum ambiente fechado onde você trabalha?”. Desses, 114 (86%) responderam “não”, 13(9,8%) responderam “sim” e cinco (3,7%) responderam que não.

Quanto à pergunta “Durante os últimos 12 meses, você tentou parar de fumar?”, dentre os quatro que afirmaram fumar atualmente, apenas um indivíduo (25%) respondeu que “sim”.

Em seguida, foi perguntado “Nos últimos 12 meses, você consultou um médico ou outro profissional de saúde?”, sendo que 109 (69,4%) responderam que “sim”, 41 (26,1%) responderam que “não” e sete indivíduos não responderam à pergunta.

Para a pergunta “Nos últimos 12 meses, durante atendimento feito por um médico ou profissional da saúde, você foi aconselhado a parar de fumar tabaco?”, apenas um participante respondeu que “sim”.

Em seguida, foi perguntado “Nos últimos 30 dias, você viu informações sobre riscos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar em jornais e revistas?”. Sobre essa questão, 72 (45,9%) responderam que “sim”, 44 (28%) responderam que “não” e para os demais 41 (26,1%) a questão “não se aplicava”.

Para a questão “Nos últimos 30 dias, você viu informação sobre os perigos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar na televisão?”, 55 (35%) responderam “sim”, 64 (40,8%) responderam “não” e para 38 (24,2%) não se aplicava.

Na questão “Nos últimos 30 dias, você viu alguma advertência sanitária nos maços de cigarro?”, 43 (27,4%) responderam “sim”, 49 (31,2%) responderam “não” e 65 (41,4%) afirmaram que “não viu nenhum maço de cigarro”.

Para a questão “Nos últimos 30 dias, as advertências nos maços de cigarro fizeram você pensar em parar de fumar?”, quatro (100%) dos fumantes responderam “não”.

Foi questionado se “Nos últimos 30 dias, você notou alguma propaganda ou anúncios promovendo os cigarros em estabelecimentos comerciais onde cigarros são vendidos?”. Sobre isso, 14 (8,9%) responderam “sim”, 89 (56,7%) responderam “não” e 54 (34,4%) “não se aplicava”.

Para a pergunta “Nos últimos 30 dias, você notou algum dos seguintes tipos de promoção de cigarros?”, as respostas são descritas a seguir:

Ofertas de amostra grátis de cigarros: 137 (87,3%) responderam “não” e 20 (12,7%) afirmaram “não saber”.

Cigarros a preço de venda: 5(3,2%) responderam “sim”, 128(81,5%) responderam “não” e 24(15,3%) afirmaram “não saber”.

Cupons para cigarros: 135 (86%) responderam “não” e 22 (14%) afirmaram não saber.

Presentes ou descontos especiais em outros produtos na compra de cigarros: 134 (85,4%) responderam “não” e 23 (14,6%) afirmaram “não saber”.

Roupas ou outros itens com o nome comercial ou logo de cigarro: dois (1,3%) responderam “sim”, 135 (86%) responderam “não” e 20 (12,7%) afirmaram “não saber”.

Promoção de cigarros pelo correio: 136 (96,6%) responderam “não” e 21 (13,4%) afirmaram “não saber”.

Por fim foi questionado aos fumantes, “*Na última vez que você comprou cigarros para uso próprio, quantos cigarros comprou?*”, sendo que apenas quatro participantes responderam essa pergunta. Dois participantes compraram um maço com 20 cigarros e gastaram R\$ 9,00 na última compra. O terceiro participante também comprou um maço com 20 cigarros, porém pagou R\$ 9,50 por ele; o quarto participante comprou 2 maços com 20 cigarros cada e pagou R\$ 12,00 por eles.

Para melhor analisar o perfil dos participantes em relação ao consumo de tabaco, foram cruzados os dados sócio demográficos com as três primeiras perguntas sobre o consumo de tabaco. A Tabela 9 mostra esta proporção para a pergunta “*Atualmente, você fuma tabaco diariamente, menos que diariamente, ou não fuma?*”

TABELA 10 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A PERGUNTA: *ATUALMENTE, VOCÊ FUMA TABACO DIARIAMENTE, MENOS QUE DIARIAMENTE, OU NÃO FUMA?* BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

	Menos que diariamente n=4 (%) n=4 (%)*	Não fuma n=153 (%) n=146 (%)*	Total n=157 (%) n= 150 (%)*
<b>Sexo</b>			
Masculino	0 (0,0)	29 (100,0)	29 (18,5)
Feminino	4 (3,1)	124 (96,9)	128 (81,5)
<b>Idade</b>			
≤ 30	2 (3,5)*	55 (96,5)*	57 (38,0)*
31 - 40	0 (0,0)*	60 (100,0)*	60 (40,0)*
41 - 50	2 (8,7)*	21 (91,3)*	23 (15,3)*
≥ 51	0 (0,0)*	10 (100,0)*	10 (6,7)*
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	3 (4,8)	59 (95,2)	62 (39,5)
Casado	0 (0,0)	83 (100,0)	83 (52,9)
Separado	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (1,3)
Divorciado	1 (11,1)	8 (88,9)	9 (5,7)
Viúvo	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,6)
<b>Formação</b>			
Graduado	0 (0,0)	11 (100,0)	11 (7,0)
Especialização	4 (3,1)	125 (96,9)	129 (82,2)
Mestrado	0 (0,0)	17 (100,0)	17 (10,8)
<b>Tempo de formação</b>			
1 a 5 anos	1 (2,6)	37 (97,4)	38 (24,2)
6 a 10 anos	1 (1,5)	65 (98,5)	66 (42,0)
11 a 15 anos	0 (0,0)	16 (100,0)	16 (10,2)
16 a 20 anos	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (7,6)
21 a 25 anos	1 (6,3)	15 (93,8)	16 (10,2)
26 a 30 anos	0 (0,0)	5 (100,0)	5 (3,2)
Mais de 30 anos	0 (0,0)	4 (100,0)	4 (2,5)
<b>Tempo de trabalho na instituição</b>			
1 ano	3 (2,3)	129 (97,7)	132 (84,1)
2 anos	0 (0,0)	14 (100,0)	14 (8,9)
≥ 3 anos	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (7,0)
<b>Número de vínculos</b>			
1 vínculo	0 (0,0)	96 (100,0)	96 (61,1)
2 vínculos	4 (6,9)	54 (93,1)	58 (36,9)
3 vínculos	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (1,9)
<b>Carga horária semanal</b>			
≤ 40 horas	0 (0,0)	95 (100,0)	95 (60,5)
41 a 60 horas	3 (6,7)	42 (93,3)	45 (28,7)
≥ 61 horas	1 (5,9)	16 (94,1)	17 (10,8)
<b>Turno de trabalho predominante</b>			
Diurno	4 (3,3)	119 (96,7)	95 (60,5)
Noturno	0 (0,0)	13 (100,0)	45 (28,7)
Misto	0 (0,0)	21 (100,0)	17 (10,8)

\*Nota: Somente 150 profissionais informaram a idade, sendo assim, a proporção foi calculada de acordo com as variáveis respondidas.

Como já citado anteriormente, apenas quatro profissionais relataram fumar, e mesmo assim no padrão de “menos que diariamente”. As quatro pessoas que responderam positivamente à essa questão são do sexo feminino. A partir desta análise, observa-se que

duas têm menos de 30 anos e 2 com idade entre 41 e 50 anos. Observa-se também que as quatro possuem dois vínculos empregatícios, três trabalham entre 41 e 60 horas semanais e uma trabalha mais de 61 horas. Todas trabalham no período diurno.

A Tabela 10 representa a proporção das respostas para a pergunta “*No passado, você fumou tabaco diariamente?*”, sendo que apenas as quatro pessoas que afirmaram fumar atualmente responderam a esta questão.

TABELA 11 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A PERGUNTA: “*NO PASSADO, VOCÊ FUMOU TABACO DIARIAMENTE?*” APLICADA APENAS ÀQUELES QUE AFIRMARAM FUMAR MENOS QUE DIARIAMENTE. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

	Sim n=1 (%)	Não n=3 (%)	Total n= 4 (%)
Sexo			
Feminino	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (100)
Idade			
≤ 30	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (50)
41 - 50	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (50)
Estado civil			
Solteiro	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (75)
Divorciado	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (25)
Formação			
Especialização	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (100)
Tempo de formação			
1 a 5 anos	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (25)
6 a 10 anos	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (25)
16 a 20 anos	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (25)
21 a 25 anos	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (25)
Tempo de trabalho na instituição			
1 ano	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (75)
≥ 3 anos	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (25)
Número de vínculos			
2 vínculos	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (100)
Carga horária semanal			
41 a 60 horas	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (75)
≥ 61 horas	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (25)
Turno de trabalho predominante			
Diurno	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (100)

Apenas profissionais do sexo feminino afirmaram que atualmente fumam. Em relação ao consumo passado, apenas uma afirmou que fumou diariamente. Esta pessoa tem idade maior ou igual a 51 anos, é divorciada e possui especialização como grau de formação. Está formada entre 16 e 20 anos, trabalha na instituição há um. Possui dois vínculos empregatícios e trabalha entre 41 e 60 horas semanais no período diurno.

As três profissionais que relataram que, no passado, não fumaram diariamente, duas tem idade menor ou igual a 30 anos e uma idade maior ou igual a 51 anos. Em relação ao estado civil, as três são solteiras e também possuem especialização como grau de formação. Em relação ao tempo de formação, uma está formada entre um e cinco anos, uma entre seis e

10 anos e uma entre 21 e 25 anos. Em relação ao tempo de trabalho na instituição, duas trabalham há um ano e uma há mais de três anos. Todas as três possuem dois vínculos empregatícios, sendo que duas trabalham entre 41 e 60 horas semanais e uma mais que 61 horas. E as três trabalham no período diurno.

Na Tabela 11 é mostrada a proporção das respostas para a pergunta “*No passado, você fumou tabaco diariamente, menos que diariamente ou não fumou?*” Esta questão foi respondida por 153 profissionais que responderam que não fumavam na primeira questão sobre o consumo de tabaco “*Atualmente, você fuma tabaco diariamente, menos que diariamente ou não fuma?*”.

TABELA 12 - PROPORÇÃO DAS RESPOSTAS PARA A PERGUNTA: *NO PASSADO, VOCÊ FUMOU TABACO DIARIAMENTE, MENOS QUE DIARIAMENTE OU NÃO FUMOU?* BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

	Diariamente n=6 (%) n=5 (%)*	Menos que diariamente n=4 (%) n=3 (%)*	Não fumou n= 143 (%) n= 138 (%)*	Total n= 153 (%) n= 146 (%)*
<b>Sexo</b>				
Masculino	4 (13,8)	0 (0,0)	25 (86,2)	29 (19,0)
Feminino	2 (1,6)	4 (3,2)	118 (95,2)	124 (81,0)
<b>Idade</b>				
≤ 30	1 (1,8)*	2 (3,6)*	52 (94,5)*	55 (35,9)*
31 - 40	3 (5,0)*	0 (0,0)*	57 (95,0)*	60 (39,2)*
41 - 50	0 (0,0)*	1 (4,8)*	20 (95,2)*	21 (13,7)*
≥ 51	1 (10,0)*	0 (0,0)*	9 (90,0)*	10 (6,5)*
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	4 (6,8)	1 (1,7)	54 (91,5)	59 (38,6)
Casado	1 (1,2)	3 (3,6)	79 (95,2)	83 (54,2)
Separado	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (1,3)
Divorciado	1 (12,5)	0 (0,0)	7 (87,5)	8 (5,2)
Viúvo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,7)
<b>Formação</b>				
Graduado	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (100,0)	11 (7,2)
Especialização	4 (3,2)	4 (3,2)	117 (93,6)	125 (81,7)
Mestrado	2 (11,8)	0 (0,0)	15 (88,2)	17 (11,1)
<b>Tempo de formação</b>				
1 a 5 anos	1 (2,7)	2 (5,4)	34 (91,9)	37 (24,2)
6 a 10 anos	2 (3,1)	2 (3,1)	61 (93,8)	65 (42,5)
11 a 15 anos	1 (6,3)	0 (0,0)	15 (93,8)	16 (10,5)
16 a 20 anos	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (100,0)	11 (7,2)
21 a 25 anos	1 (6,7)	0 (0,0)	14 (93,3)	15 (9,8)
26 a 30 anos	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (100,0)	5 (3,3)
Mais de 30 anos	1 (25,0)	0 (0,0)	3 (75,0)	4 (2,6)
<b>Tempo de trabalho na instituição</b>				
1 ano	4 (3,1)	4 (3,1)	121 (93,8)	129 (84,3)
2 anos	1 (7,1)	0 (0,0)	13 (92,9)	14 (9,2)
≥ 3 anos	1 (10,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	10 (6,5)
<b>Número de vínculos</b>				
1 vínculo	2 (2,1)	3 (3,1)	91 (94,8)	96 (62,7)
2 vínculos	3 (5,6)	1 (1,9)	50 (92,6)	54 (35,3)
3 vínculos	1 (33,3)	0 (0,0)	2 (66,7)	3 (2,0)
<b>Carga horária semanal</b>				
≤ 40 horas	2 (2,1)	3 (3,2)	90 (94,7)	95 (62,1)
41 a 60 horas	3 (7,1)	1 (2,4)	38 (90,5)	42 (27,5)
≥ 61 horas	1 (6,3)	0 (0,0)	15 (93,8)	16 (10,5)
<b>Turno de trabalho predominante</b>				
Diurno	4 (3,4)	3 (2,5)	112 (94,1)	119 (77,8)
Noturno	1 (7,7)	0 (0,0)	12 (92,3)	13 (8,5)
Misto	1 (4,8)	1 (4,8)	19 (90,5)	21 (13,7)

\*Nota: Somente 150 profissionais informaram a idade, sendo assim, a proporção foi calculada de acordo com as variáveis respondidas.

Observa-se que dos 153 profissionais que responderam a esse questionamento, 10 afirmaram fumar no passado, sendo que 6 (3,9%) fumavam diariamente e 4(2,6%) menos que diariamente. Entre os homens, 4(13,8%) afirmaram fumar diariamente no passado e nenhum “menos que diariamente”. Entre as mulheres, duas (1,6%) fumaram diariamente e quatro (3,2%) “menos que diariamente”.

Dos quatro profissionais que afirmaram fumar diariamente no passado e haviam informado a idade, três estão na faixa de 31-40 anos de idade. Entre o total (6) que afirmaram fumar diariamente no passado, quatro possuem especialização como grau de formação, quatro trabalham na instituição há um ano. Dois possuem apenas um vínculo, três possuem dois e um possui três vínculos de trabalho. Em relação à carga horária, dois trabalham até 40 horas semanais, três trabalham entre 41 e 60 horas semanais e um trabalha mais de 61 horas semanais.

Dentre os profissionais que afirmaram fumar menos que diariamente 4 (quatro), todos são do sexo feminino, destes, apenas três informaram a idade, sendo que duas tem idade menor ou igual a 30 anos. Em relação ao estado civil, três são casadas e uma solteira. Todas são especialistas quanto ao grau de formação e duas estão formadas entre um e cinco anos e duas entre seis e 10 anos. Todas trabalham na instituição há um ano, três possuem apenas um vínculo empregatício e uma possui dois vínculos. Dessa forma, três trabalham até 40 horas semanais e uma entre 41 e 60 horas. Em relação ao turno de trabalho, três trabalham no período diurno e uma em turnos mistos.

#### **6.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS E TESTES ESTATÍSTICOS**

Todas as associações e testes estatísticos foram realizadas de acordo com as novas classes estabelecidas, já descritas na Tabela 7.

A Tabela 12 demonstra o p-valor resultantes dos testes qui-quadrado para as variáveis categóricas, a saber: sexo, estado civil, grau de formação e turno de trabalho predominante.

TABELA 13 - p-VALOR DOS TESTES QUI-QUADRADO PARA AS VARIÁVEIS CATEGÓRICAS: SEXO, ESTADO CIVIL, FORMAÇÃO, TEMPO DE FORMAÇÃO E TURNO DE TRABALHO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

AUDIT	Sexo	Estado civil	Formação	Tempo de formação	Turno de trabalho
1 – Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?	0,27	0,079	0,784	0,823	0,782
2 – Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?	0,602	0,394	0,376	0,239	0,669
3 – Com que frequência você toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?	0,77	0,023*	0,994	0,93	0,981
4 – Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?	0,056	0,32	0,673	0,95	0,915
5 – Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?	0,085	0,446	0,19	0,801	0,549
6 – Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?	0,248	0,935	0,694	0,383	0,094
7 – Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?	0,06	0,287	0,115	0,355	0,877
8 – Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?	0,349	0,071	0,38	0,971	0,966
9 – Alguma vez na vida você ou alguma pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido?	0,856	0,491	0,178	0,112	0,982
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?	0,025*	0,265	0,759	0,891	0,036*

\*  $p < 0,05$

Verifica-se na Tabela 12 que apenas três testes foram significativos. Constatou-se que o estado civil foi significativamente ( $p\text{-valor}=0,023$ ) associado a questão do AUDIT “*Com que frequência você toma seis ou mais doses em uma ocasião?*”, em que os solteiros têm maior probabilidades de responderem que pelo menos uma vez for mês tomam mais de 6 doses em uma ocasião em relação aos casados.

Já para a questão do AUDIT “*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?*” duas variáveis foram significativas: sexo ( $p\text{-valor}=0,025$ ) e turno de trabalho ( $p\text{-valor}=0,036$ ). Nota-se, ainda, que o homem tem maior probabilidade de responder “Sim,

mas não no último ano”, do que as mulheres e que os profissionais do turno noturno têm maior probabilidade de estarem na zona 3 “*nocivo / perigoso*”.

Na Tabela 13 – São mostrados o valor de p-valor resultantes dos testes não paramétricos de Kruskal Wallis para as variáveis quantitativas, a saber: idade, tempo de trabalho na instituição, total de vínculos empregatícios e carga horária semanal trabalhada.

TABELA 14 – p-VALOR DOS TESTES NÃO PARAMÉTRICOS DE KRUSKAL WALLIS PARA AS VARIÁVEIS QUANTITATIVAS: IDADE, TEMPO DE INSTITUIÇÃO, TOTAL DE VÍNCULOS E CARGA HORÁRIA SEMANAL. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

AUDIT	Idade	Tempo de instituição	Total de vínculos	Carga Horária Semanal
1 – Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?	0,65	0,573	0,761	0,841
2 – Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?	0,417	0,253	0,311	0,302
3 – Com que frequência você toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?	0,486	0,234	0,487	0,36
4 – Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?	0,317	0,605	0,172	0,381
5 – Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?	0,77	0,477	0,305	0,389
6 – Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?	0,541	0,812	0,167	0,147
7 – Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?	0,88	0,232	0,444	0,489
8 – Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?	0,649	0,349	0,475	0,615
9 – Alguma vez na vida você ou alguma pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido?	0,459	0,111	0,524	0,622
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?	0,704	0,198	0,86	0,247

\* p<0,05

Verifica-se na Tabela 13, que não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis quantitativas com os AUDITs, ou seja, a idade, tempo de instituição, total de

vínculos e carga horária semanal não estão associadas significativamente com a resposta dada para cada questão do AUDIT.

TABELA 15 - TESTE QUI-QUADRADO ENTRE O PERFIL DOS PROFISSIONAIS POR ZONA DE RISCO PARA CONSUMO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

Perfil	Zona de risco para consumo	
	Teste Qui-quadrado	P-valor
Sexo	6,255	0,044*
Idade	7,644	0,469
Estado Civil	4,572	0,102
Formação	0,504	0,777
Tempo de formação	1,824	0,768
Tempo de trabalho na instituição	2,700	0,609
Possui outros vínculos	1,239	0,538
Carga horária semanal	2,509	0,643
Turno de trabalho predominante	1,092	0,896

\* p<0,05

Observa-se, na Tabela 14, que apenas para o gênero existe associação com a classificação do da zona de risco para consumo pelo, para nível de significância de 5%. Na Tabela 13, verifica-se que os profissionais do sexo masculino têm maior chance de estarem classificadas como “baixo risco” zona 2 e “nocivo / perigoso” zona 3 que as mulheres que estão mais classificadas no “atualmente não bebe” zona 1.

TABELA 16 - RESULTADOS PARA REGRESSÕES LOGÍSTICAS MULTINOMIAIS DE ENFERMEIROS CLASSIFICADOS NA ZONA DE BAIXO RISCO E NA ZONA DE NOCIVO / PERIGOSO EM RELAÇÃO À ZONA DOS QUE NÃO BEBEM ATUALMENTE. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

Variável	Baixo Risco (n=100)		Nocivo / Perigoso (n=14)	
	OR (95% IC)	EP	OR (95% IC)	EP
Gênero				
Masculino	1,32 (0,48/3,64)	0,52	5,03 (1,24/20,29)*	0,71
Feminino	1		1	
Estado Civil				
Solteiro	1,88 (0,9/3,95)	0,38	3,64 (1,00/13,24)*	0,66
Casado	1		1	

\*Nota: Zona de referência “atualmente não bebe” (n=43), OR =Razão de chances, EP = Erro padrão, IC = Intervalo de confiança, \* p<0,05

A regressão logística multinomial foi utilizada para analisar os preditores para a variável zona de classificação: como os que atualmente não bebem (zona 1), os que possuem baixo risco (zona 2) e os nocivos / perigosos (zona 3). A categoria de referência para a

variável resultado foi “atualmente não bebe”, cada uma das outras duas categorias foi comparada com este grupo de referência.

A primeira coluna, na Tabela 15, tem o resultado da zona de baixo risco em consumo de álcool em relação à zona atualmente não bebe (categoria de referência). Os resultados sugerem que a zona de baixo risco não tem nenhum efeito significativo sobre os que não bebem. Entretanto, as razões de chance sugerem que homens têm mais chance de estarem na zona de baixo risco que em relação à zona dos que atualmente não bebe que as mulheres (OR = 1,32) e isso também se repete para os solteiros em relação os casados (OR = 1,88).

A segunda coluna, na Tabela 15, apresenta o resultado da terceira zona nocivos e perigosos em relação a zona atualmente não bebe. Pode-se notar que os homens têm cinco vezes mais chance de estarem na zona de nocivos / perigosos em relação à zona atualmente não bebe do que as mulheres. E os solteiros possuem quase quatro vezes mais chance de estarem na zona de nocivos / perigosos em relação à zona de referência do que os casados, ambos significativos para  $p < 0,05$ .

## CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresentou os resultados de um estudo epidemiológico do tipo transversal analítico, baseado em dados coletados no período de 01 de junho a 31 de julho de 2016 sobre enfermeiros do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Foram entrevistados 157 profissionais, o que representou 62,3% da população total de enfermeiros da instituição.

Este estudo possibilitou conhecer o perfil sócio demográfico e o padrão de consumo de álcool e tabaco por enfermeiros de um hospital universitário, que consistia no objetivo geral da pesquisa.

Em relação ao perfil epidemiológico da população de estudo, observou-se uma maciça renovação da mão de obra, com profissionais jovens (idade média de 35 anos) e bem qualificados uma vez que 93% dos entrevistados possuem alguma pós-graduação. Foi possível também avaliar as jornadas de trabalho desta população por meio dos vínculos empregatícios, turnos de trabalho e jornadas semanais, indicando que os enfermeiros entrevistados trabalham em média 45 horas por semana, com uma mediana de 36 horas semanais.

Em relação ao consumo de álcool, foi possível traçar um perfil sobre o consumo desta substância e identificar comportamentos de risco. Observa-se que 29,3% da população relatou nunca ter bebido, 35% relataram beber uma vez por mês ou menos, 31,2% de duas a quatro vezes por mês, 3,8% de duas a três vezes por semana e 0,6% quatro ou mais vezes por semana. No quesito quantidade de doses consumidas em uma única ocasião, 54,1% afirmaram consumir uma ou duas doses, 27,4% consumiam de três a quatro doses, 15,3% consumiam de cinco a seis doses, 2,5% consumiam de sete a nove doses e por fim, 0,6% afirmaram consumir dez ou mais doses. Ademais, 82,2% dos profissionais relataram consumir até quatro doses em uma ocasião típica em que bebem.

Esses valores mostram que a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas nesta população é baixa e, com isso, os profissionais apresentam, em geral, um baixo risco para desenvolver problemas relacionados ao consumo de álcool. Foi verificado que a maioria dos participantes obtiveram menos de oito pontos no score AUDIT, permanecendo, portanto, na zona 1 (91,1%).

Do universo de 157 entrevistados, pode-se dizer que 8,9% profissionais estão em risco para problemas com consumo de álcool. Desses, os 13 que estão na Zona 2 (8 – 15 pontos)

deveriam receber um aconselhamento simples, e a profissional classificada dentro da Zona 4 (20 – 40 pontos) necessita de acompanhamento imediato nos programas específicos para pessoas com problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas.

Em relação ao consumo de tabaco, observou-se uma proporção muito baixa (2,5%) e mesmo assim, estes profissionais relataram fumar menos que diariamente. Portanto, não foi observado um comportamento de alto risco em relação ao tabagismo. Apesar de que mesmo fumando menos que diariamente, estes profissionais devem ser aconselhados a suspender o consumo desta substância.

Tanto em relação ao consumo de álcool como em relação ao consumo de tabaco, observou-se que os dados encontrados estão abaixo dos dados apresentados nos inquéritos populacionais nacionais e internacionais publicados recentemente. Assim, é possível concluir que o baixo consumo dessas substâncias é uma característica positiva da população estudada.

É importante ressaltar a possível omissão de dados ou dados informados incorretamente, pois o questionário foi respondido pela própria pessoa. Um exemplo foi o de uma participante ter afirmado ter 20 anos de idade apesar de já ser graduada e já estar trabalhando na instituição há mais de um ano. Outro exemplo, também referente à idade, foi que sete participantes omitiram as idades no questionário.

Uma das limitações do trabalho foi a impossibilidade de associar o consumo de álcool e tabaco a condições de trabalho como sobrecarga e estresse. Com isso, sugere-se que mais estudos sejam realizados com esta população para que possam ser melhor estabelecidas as relações entre consumo de álcool e tabaco com as características intrínsecas dos profissionais de enfermagem, como trabalho noturno, longas jornadas de trabalho, múltiplos vínculos, jornadas semanais acima das horas preconizadas, entre outros.

Sugere-se também realizar este estudo com os demais profissionais da área da saúde para estabelecer uma comparação entre os trabalhadores da saúde tanto de nível superior quanto técnico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 46 de 28 de março de 2001 – Estabelece os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na corrente primária da fumaça dos cigarros comercializados no País, para no máximo 10 mg/cig, 1mg/cig e 10 mg/cig. Proíbe a utilização, em embalagens ou material publicitário, de descritores, tais como, classes, ultra baixos teores, baixos teores, suave, light, soft, leve, teores moderados, altos teores, e outros que possam induzir o consumidor a uma interpretação equivocada quanto aos teores contidos nos cigarros. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, Brasília, DF, 28 Mar. 2001. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis/resol/46\\_01rdc.htm](http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis/resol/46_01rdc.htm). Acesso em: 14 Nov. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 304 de 07 de novembro de 2002 - Proíbe a produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos na forma de cigarros, charutos, cigarrilhas, ou qualquer outro produto derivado do tabaco. Proíbe o uso de embalagens de alimentos que simulem as embalagens de cigarros ou que utilizem nomes de marcas pertencentes a produtos derivados do tabaco. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, Brasília, DF, 07 Nov. 2002. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/281115.pdf>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 15 de 17 de janeiro de 2003. Regulamenta as disposições dadas pela Lei n.º 9.294 de 15 de julho de 1996, proíbe a venda de produtos derivados de tabaco na internet. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, Brasília, DF, 23 Jan. 2003. Acesso em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_15\\_2003\\_COMP.pdf/58b53781-6386-4e1f-b9c3-51dc24e6c33a](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_15_2003_COMP.pdf/58b53781-6386-4e1f-b9c3-51dc24e6c33a). Acesso em 14 Nov. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 199 de 24 de julho de 2003. Regulamenta a Lei n.º 10.702/03 sobre as frases de advertência do Ministério da Saúde exibidas durante a transmissão no país de eventos esportivos e culturais internacionais. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, Brasília, DF, 28 Jul. 2003. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_199\\_2003\\_COMP.pdf/bb7696b3-af5c-4bcc-9d1a-35a6d31b55bf](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_199_2003_COMP.pdf/bb7696b3-af5c-4bcc-9d1a-35a6d31b55bf). Acesso em: 14 Nov. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 335 de 21 de novembro de 2003 – Revoga as Resoluções da ANVISA n.º 104/01 e 14/03. Dispõe sobre a inserção de novas advertências, acompanhadas de imagens, nas embalagens e no material de propaganda dos produtos fumígenos derivados do tabaco. Determina a impressão da seguinte frase nas embalagens dos produtos derivados do tabaco: “Venda proibida a menores de 18 anos - Lei 8.069/1990 e Lei 10.702/2003”, proibindo o uso de frases como “Somente para adultos” e “Produto para maiores de 18 anos”. Altera a Resolução da ANVISA n.º 46/01, determinando a impressão da seguinte informação nas embalagens de cigarros: "Este produto contém mais de 4.700 substâncias tóxicas, e nicotina que causa dependência física ou psíquica. Não existem níveis seguros para consumo destas substâncias". **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, Brasília, DF, 24 Nov. 2003.

Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2003/rdc/335\\_03rdc.htm](http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2003/rdc/335_03rdc.htm). Acesso em: 14 Nov. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada - Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 54 de 06 de agosto de 2008 - Altera a RDC nº 335, de 21 de novembro de 2003 e introduz novas imagens e frases de advertência nas embalagens e materiais de propaganda dos produtos fumígenos. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, Brasília, DF, 07 Ago. 2008. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/070808\\_rdc\\_54.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/070808_rdc_54.pdf). Acesso em: 14 Nov. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DA CERVEJA – CERVBRASIL. Dados do Setor. Não paginado. 2016. Disponível em: <http://www.cervbrasil.org.br/paginas/index.php?page=dados-do-setor>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

ASSOCIAÇÃO DOS FUMICULTORES DO BRASIL (AFUBRA). Fumicultura mundial. Não paginado. Disponível em: <http://www.afubra.com.br/fumicultura-mundial.html>. Acesso em 14 Nov 2016.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J. B. MONTEIRO, M.G. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care. 2<sup>nd</sup> Edition. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. Genebra, Suíça, 2001. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf). Acesso em 07 Nov 2015.

BAKSHI S, SUN F, MURRELLS T, WHILE A. Nurses' health behaviours and physical activity related health-promotion practices. **Br J Community Nurs**. V.20, n.6, p. 289-296, Jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.6.289>. Acesso em 25 out. 2015.

BOLFERINE, H; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Blucher, 2005.

BRASIL. Decreto de 1º de agosto de 2003. Cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 ago. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/dnn/2003/Dnn9944.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/dnn/2003/Dnn9944.htm). Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Decreto de 28 de maio de 2003. Institui Grupo de Trabalho Interministerial para os fins que especifica e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 Mai. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/DNN/2003/Dnn9890.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/DNN/2003/Dnn9890.htm#art1). Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Decreto legislativo nº 1.012, 28 de Outubro de 2005. Aprova o texto da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, assinada pelo Brasil, em 16 de junho de 2003. **Diário Da Câmara Dos Deputados**, Brasília, DF, 28 Out. 2005. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2005/decretolegislativo-1012-27-outubro-2005-539059-convencao-quadro-36837-pl.html>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 Jan. 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5658.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5658.htm). Acesso em: 14 Nov 2016.

BRASIL. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 Mai. 2007. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm). Acesso em: 14 Nov 2016.

BRASIL. Decreto nº 8.656, de 29 de janeiro de 2016. Exclui produtos do regime tributário de que trata o art. 1º da Lei nº 7.798, de 10 de julho de 1989, altera a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - Tipi, aprovada pelo Decreto nº 7.660, de 23 de dezembro de 2011, e altera o Decreto nº 7.555, de 19 de agosto de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 Jan. 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8656.htm). Acesso em 14 Nov. 2016.

BRASIL. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira / Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira [et al.]; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Secretaria Nacional Antidrogas, Brasília, DF, 2007. 76p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/93283/CARTILHA%20%C3%81LCOO L.PDF?sequence=5>. Acesso em: 19 Nov. 2016.

BRASIL. Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000. Altera dispositivos da Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 Dez. 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L10167.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10167.htm). Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 Jun. 2008. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/11705.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11705.htm). Acesso em: 14 Nov 2016.

BRASIL. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona; altera as Leis no 11.774, de 17 de setembro de 2008, no 11.033, de 21 de dezembro de 2004, no 11.196, de 21 de novembro de 2005, no 10.865, de 30 de abril de 2004, no 11.508, de 20 de

julho de 2007, no 7.291, de 19 de dezembro de 1984, no 11.491, de 20 de junho de 2007, no 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e no 9.294, de 15 de julho de 1996, e a Medida Provisória no 2.199-14, de 24 de agosto de 2001; revoga o art. 1º da Lei no 11.529, de 22 de outubro de 2007, e o art. 6º do Decreto-Lei no 1.593, de 21 de dezembro de 1977, nos termos que especifica; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 Dez. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/lei/112546.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/112546.htm). Acesso em: 14 Nov 2016.

BRASIL. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 Jul. 1996. Acesso em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9294.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9294.htm). Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do n.º 1.035 de 31 de maio de 2004 – Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 31 Mai. 2004. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/ProgramaNacionalTabagismo.pdf>. Acesso em 14 Nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do n.º 300 de 09 de fevereiro de 2006 – Institui o programa “Ministério da Saúde Livre do Tabaco”, com a finalidade de elaborar e implementar ações educativas destinadas a conscientizar os funcionários e os visitantes da instituição em relação aos males provocados pelo uso do tabaco. Proíbe fumar em todas as dependências do Ministério da Saúde, tanto as sediadas no Distrito Federal como as sediadas nos estados e nos municípios. Revoga a Portaria nº 2.818/GM de 28/05/98. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 10 Fev. 2006. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/Pm\\_300\\_2006.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_300_2006.pdf). Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.680 de 12 de julho de 2007 – Institui comissão para promover a internalização da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 13 Jul 2007. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/legislacao/pdf/doc-253.pdf>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.608 de 28 de dezembro de 2005 – Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Controle de Doenças e Agravos Não- Transmissíveis, dentre as quais o fomento a ambientes livres do tabaco, por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 28 Dez. 2005. Disponível em: [http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria2608\\_28\\_12\\_05.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria2608_28_12_05.pdf). Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 761 de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 22 Jun. 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/1c66d5004d504220810df3b91f33dc93/Portaria+n%C2%BA+761%2C+de+21+de+junho+de+2016.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=1c66d5004d504220810df3b91f33dc93>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas (Brasil, 2009). **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 05 Jun. 2009. Disponível em: [http://www.lexeditora.com.br/doc\\_1944017\\_PORTARIA\\_N\\_1190\\_DE\\_4\\_DE\\_JUNHO\\_DE\\_2009.aspx](http://www.lexeditora.com.br/doc_1944017_PORTARIA_N_1190_DE_4_DE_JUNHO_DE_2009.aspx). Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros (Brasil, 2012). **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 27 Jan. 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-130-26--JANEIRO-2012.pdf>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2012). **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 01 Fev. 2012. Disponível em: <http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Comunidades-terapeuticas-Portaria-131-de-26-de-janeiro-de-2012.pdf>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Ministério da Saúde. Brasília, DF, 24 Dez. 2011. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome\\_c/dr\\_drogadicao/dr\\_legislacao\\_drogadicao/Federal\\_Drogadicao/Portaria%20n%C2%BA%203088-2011%20-%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_legislacao_drogadicao/Federal_Drogadicao/Portaria%20n%C2%BA%203088-2011%20-%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.pdf). Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 1.498 de 22 de agosto de 2002. Recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da exposição tabagística ambiental. **Ministério da Saúde; Ministério da Educação**, Brasília, DF, 23 Ago. 2002. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/674013/pg-38-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-23-08-2002>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n.º 06 de 05 de fevereiro de 2001. Proíbe o trabalho do menor de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo. Ministério do Trabalho e Emprego, Brasília, DF, 06 Fev. 2001. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/legislacao/portaria-n-06-de-05-02-2001.htm>. Acesso em 14 Nov. 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 3.257 de 22 de setembro de 1988. Recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho. **Ministério do Trabalho; Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 26 Set. 1988. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=181163>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de atenção à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF,

8 Abr. 2013. Disponível em: <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Abr/8/portaria-no-571-de-5-de-abril-de-2013-atualiza-as>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde/MS. Portaria n.º 442 de 13 de agosto de 2004 – Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. **Secretaria de Atenção à Saúde/MS**. Brasília, DF, 13 Ago. 2004. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/Portaria442.pdf>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

BRASIL. VIGITEL Brasil 2014: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2015. 152 p. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/2015\\_vigitel.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf). Acesso em: 30 Set. 2016.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Grupo Colaborativo para a Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos. Perguntas sobre Tabaco para Pesquisas: Um subconjunto de perguntas chave da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos (Global Adult Tobacco Survey - GATS)**, 2ª Edição. Atlanta, GA: Centros de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos, 2011. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tqs\\_po\\_final.pdf](http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tqs_po_final.pdf). Acesso em: 19 Nov. 2016.

CHEUNG T, YIP P.S. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. **Int J Environ Res Public Health**. v.12, n.9, p. 11072-11100, Set. 2015. DOI. 10.3390/ijerph120911072 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph120911072>. Acesso em 24 out 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n° 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, n° 12, 13 Jun. 2013. Seção 1, p.59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03 Mai.2015.

COUTINHO, E. S. F. et al.. Cost of diseases related to alcohol consumption in the Brazilian Unified Health System. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n.28,p. 1-8, 10 Jun. 2016. DOI. 10.1590/S1518-8787.2016050005741. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000100218&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100218&lng=en&nrm=iso) . Acesso em 09 Out. 2016.

DORRIAN J, PATERSON J, DAWSON D, PINCOMBE J, GRECH C, ROGERS A. E. Sleep, stress and compensatory behaviors in Australian nurses and midwives. **Rev. Saúde Pública**. v. 45, n. 5, p. 922-930, 12 Ago. 2011. DOI. 10.1590/S0034-89102011005000059. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000059>. Acesso em 24 out 2015.

DUNCAN, B. B. et al. . Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dez. 2012 . DOI. 10.1590/S0034-89102012000700017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017)>. Acesso em: 08 Out. 2016.

FERNANDES, L. S. **Associação entre Síndrome de Burnout, uso prejudicial de álcool e tabagismo em profissionais de enfermagem nas unidades de terapia intensiva do Hospital das Clínicas de Botucatu-UNESP**. 2015. 64 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/131898>>. Acesso em: 10 Nov 2016.

FLO E. et al.. Shift Work Disorder in Nurses – Assessment, Prevalence and Related Health Problems. **PLoS ONE**. v.7, n. 04, p. 1 – 9, 2 Abr. 2012. DOI. doi:10.1371/journal.pone.0033981. Disponível em: <<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0033981>>. Acesso em: Acesso em 25 out 2015.

GATELY, Iain. **Drink: a cultural history of alcohol**. Nova Iorque: Gotham Books. 2008. 498p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/d22f9e004884225fa463bd4a964aae4d/pns2013.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=d22f9e004884225fa463bd4a964aae4d>. Acesso em: 07 Nov 2015

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER . **Global Adult Tobacco Survey Brazil 2008**. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2010. 208p. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/surveillance/en/tfi\\_gats\\_2010\\_brazil.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/en/tfi_gats_2010_brazil.pdf). Acesso em: 03 Mai 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Não paginado. 2016. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-nacional](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-nacional). Acesso em 14 Nov 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil**. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro, INCA, 2011. Disponível em: [http://bibspi.planejamento.gov.br/bitstream/handle/iditem/326/pesquisa\\_especial\\_tabagismo\\_petab.pdf?sequence=1](http://bibspi.planejamento.gov.br/bitstream/handle/iditem/326/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf?sequence=1). Acesso em: 14 Nov. 2016.

JOMAR R. T, PAIXÃO L. A. R. DA, ABREU A. M. M. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. **Rev. APS**. v.15, n. 1, p. 113-117, Jan. – Mar. 2012. Disponível: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1467/598>. Acesso em 22 nov 2015]

LIMA C. T, FREIRE A. C. C., SILVA A. P. B., TEIXEIRA R. M., FARREL M, PRINCE M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol & Alcoholism**. v. 40, N. 6, p. 584–589, 5 Set. 2005. DOI. 10.1093/alcalc/agh202. Disponível em: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/alcalc/40/6/584.full.pdf>. Acesso em: 28 out 2016.

MALTA, D. C. et al.. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, Out. – Dez.

2014 . DOI: 10.5123/S1679-49742014000400002 Disponível em [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000400002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400002&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em 03 out. 2016.

MARTINS, E. R. C.; ZEITOUNE, R. C. G.. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 4, p. 639-644, Dez. 2007 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400013&lng=en&nrm=iso). Acesso em 15 Nov. 2016.

MENDEZ B. E. **Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test** 1999. 128p. Tese (Mestrado em Epidemiologia) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas; Pelotas, 1999. Disponível em: <http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/uploads/teses/Brod%20Mendez%201999%20Dissert.pdf>. Acesso em 28 Out. 2016.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 497-509, Mar. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 Out. 2016.

MOURA M. A. DE S., BERGMANN A., AGUIAR S. S. DE, THULER L. C. S. The magnitude of the association between smoking and the risk of developing cancer in Brazil: a multicenter study. **BMJ Open**, v. 4, n. 2, 11 Fev. 2014. DOI:10.1136/bmjopen-2013-003736. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927712/?tool=pubmed>. Acesso em 14 Nov. 2016.

MOURA, E. C. et al.. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 11, supl. 1, p. 20-37, Mai. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000500003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 Nov. 2016.

OLIVEIRA, E. B. et al.. Padrões de uso de álcool por trabalhadores de enfermagem e a associação com o trabalho. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. (esp.) 2, p. 729-735, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11514/9034>. Acesso em 07 Nov. 2016.

OPALEYE, E. S. et al.. The Brazilian smoker: a survey in the largest cities of Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 34, n. 1, p. 43-51, Mar. 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462012000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. MPOWER: Um plano de medidas para reverter a epidemia de tabagismo. Genebra, Suíça, 2008. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/343\\_Tabaco\\_ebook.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/343_Tabaco_ebook.pdf). Acesso em: 03 out 2016.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

PERRY L, GALLAGHER R, DUFFIELD C. The health and health behaviours of Australian metropolitan nurses: an exploratory study. **BMC Nurs**. V.14, p. 1 – 11, 3 Set. 2015. DOI: 10.1186/s12912-015-0091-9. Disponível em: <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-0150091-9>. Acesso em 24 Out. 2015.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. The burden of smoking-related diseases in Brazil: mortality, morbidity and costs. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, Jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00192013>. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/en\\_0102-311X-csp-31-6-1283.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/en_0102-311X-csp-31-6-1283.pdf)>. Acesso em: 19 Nov. 2016.

PORTAL DA SAÚDE. Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Não paginado, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>. Acesso em: 14 Nov 2016.

PORTES L. H., MACHADO C. V. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 38, n. 5, p. 370-379, Nov. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n5/v38n5a04.pdf>. Acesso em: 14 Nov 2016.

ROCHA P. R da, DAVID H. M. S. L. Patterns of alcohol and drug consumption in health care professionals: a portrait of students of lato sensu courses in a public institution. **SMAD, Rev. eletrônica saúde mental alcool drog**. v. 11, n. 1, p. 41-48, Jan. – Mar. 2015. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v11i1p41-48. Disponível: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i1p41-48>. Acesso em 17 Jul. 2016.

ROMERO, L. C.; SILVA, V. L. C. 23 Years of Tobacco Control in Brazil: the 1988 Brazilian Tobacco Control Program Today. **Brazilian Journal of Cancerology**, v. 57, n. 3, p. 305-314. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_57/v03/pdf\\_en/03\\_artigo\\_23\\_Anos\\_controle\\_tabaco\\_brasil\\_at\\_ualidade\\_programa\\_nacional\\_combate\\_fumo\\_1988.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf_en/03_artigo_23_Anos_controle_tabaco_brasil_at_ualidade_programa_nacional_combate_fumo_1988.pdf). Acesso em: 14 Nov. 2016.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: Droga Universal**. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde/Centro de Vigilância Epidemiológica, 2003. 174 p. Disponível em: [ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/cronicas/nicotina.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/nicotina.pdf). Acesso em: 07 Nov 2015.

SCHLUTER P. J.; TURNER C.; BENEFER C. Long working hours and alcohol risk among Australian and New Zealand nurses and midwives: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, v.49, n.6 p. 701–709, Jun. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.005>. Disponível em: < [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00013-2/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00013-2/pdf)>. Acesso em 07 nov 2015.

SCHMIDT, M. I. et al.. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, v.377, n. 9781, p. 1949–1961, 4 Jun. 2011. DOI.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9). Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60135-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60135-9.pdf). Acesso em: 07 out 2016.

SHIELD, K. D.; PARRY, C.; REHM, J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Research: Current Reviews*, v. 35, n. 2, p. 155–173, 2013. Disponível em: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr352/155-173.htm>. Acesso em: 08 out 2016.

SINDICATO INTERESTADUAL DA INDÚSTRIA DO TABACO (SINDITABACO). Exportações. Não paginado. Disponível em: <http://sinditabaco.com.br/sobre-o-setor/exportacoes/>. Acesso em 14 Nov 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD). UNIFESP; 2014. Disponível: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 03 Mai 2015.

VIEGAS, C. A. de A. Noncigarette forms of tobacco use. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 34, n. 12, p. 1069-1073, Dez. 2008. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001200013>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132008001200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008001200013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 19 Nov. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework Convention on Tobacco Control**. Genebra, Suíça, 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1>. Acesso em 14 Nov 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2014**. Suíça, 2014. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/). Acesso em: 03 Mai 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision**. Não paginado. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>. Acesso em: 14 Nov 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Lexicon of alcohol and drug terms**. Genebra, Suíça, 1994. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/). Acesso em 14 Nov 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neuroscience of psychoactive substance use and dependence**. Genebra, Suíça, 2004. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf?ua=1). Acesso em: 14 Nov 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking – 2015. Genebra, Suíça, 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf). Acesso em: 03 Mai 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who Report On The Global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Genebra, Suíça, 2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf). Acesso em: 03 Mai 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package.** Genebra, Suíça, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=VvQJ6xqH7PJOvnAOR0AwEQfj1J68XvxgRmZn8pVhyWo>>. Acesso em: 03 Mai 2015.

ZEFERINO M. T. et al.. Enfermeiros e uso abusivo de drogas: comprometendo o cuidado de si e do outro. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 599-606, Out. – Dez. 2006. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a17.pdf>. Acesso em: 14 Nov 2016.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

#### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O Senhor(a) está participando da pesquisa: Prevalência do uso do álcool e tabaco por enfermeiros um Hospital Universitário. Sua participação é fundamental para o sucesso da pesquisa. Obrigada pela participação!

#### Parte 1 – Perfil Sócio-demográfico:

Preencha as questões de 1 a 9 de acordo com o solicitado.

1 - Sexo: ( ) M ( ) F

2- Idade: \_\_\_\_\_

3 - Estado Civil:

( ) Solteiro(a)      ( ) Casado(a)      ( ) Separado(a)  
( ) Divorciado(a)      ( ) Viúvo (a)

4 - Formação:

( ) Graduado      ( ) Especialização      ( ) Mestrado      ( ) Doutorado

5 - Tempo de Formação:

( ) 1 a 5 anos      ( ) 6 a 10 anos      ( ) 11 a 15 anos      ( ) 16 a 20 anos  
( ) 21 a 25 anos      ( ) 25 a 30 anos      ( ) mais de 30 anos

6 - Tempo de trabalho na instituição em anos \_\_\_\_\_

7 – Possui outro(s) vínculos empregatícios?

( ) Não      ( ) Sim – Quantos: \_\_\_\_\_

8 –Somando todos os vínculos que possui, qual sua carga horária semanal de trabalho?

\_\_\_\_\_ horas

9 – Qual é seu turno de trabalho predominante?

( ) Diurno      ( ) Noturno      ( ) Misto

#### Parte II – Padrão de consumo de bebidas Alcoólicas:

Responda de acordo com as orientações:

- a) Escolha uma opção para cada pergunta e passe o número dela para a “caixinha” ao lado direito;
- b) Para a caracterização de dose leve em consideração a imagem a seguir.



Questões	0	1	2	3	4	
2.1 – Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?	Nunca	Um vez por mês ou menos	2 – 4 vezes por mês	2 – 3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana	
2.2 – Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 a 9	10 ou mais	
2.3 – Com que frequência você toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?	Nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
2.4 – Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?	Nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
2.5 – Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?	Nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
2.6 – Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?	Nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
2.7 – Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?	Nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
2.8 – Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?	Nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
2.9 – Alguma vez na vida você ou alguma pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido?	Não		Sim, mas não no último ano.		Sim, durante o último ano.	
2.10 – Alguma vez na	Não		Sim, mas não		Sim, durante o	

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?			no último ano.		último ano.	
---	--	--	----------------	--	-------------	--

Questionário AUDIT - WHO

**Parte III – Padrão de consumo de tabaco**

3.1 – Atualmente, você fuma tabaco diariamente, menos que diariamente, ou não fuma?

Diariamente		1 – Ir para a questão 3.2
Menos que diariamente		2 – Responder a questão 3.1A
Não fuma		3 – Responder a questão 3.1 B
Não sabe		7 – Ir para a questão 3.2

3.1A – No passado, você fumou tabaco diariamente?

Sim		1 – encerrar seção
Não		2 – encerrar seção
Não sabe		7 – encerrar seção

3.1B – No passado, você fumou tabaco diariamente, menos que diariamente ou não fumou?

Diariamente		1
Menos que diariamente		2
Não fumou		3
Não sabe		7

3.2 – Em média, quantos dos seguintes produtos você atualmente fuma por dia/semana?

	Por dia	Menos que um por dia, mais que 0 (zero) por semana ou mês.	Nenhum	Não sabe
1. Cigarros industrializados				
2. Cigarros de palha ou cigarros enrolados à mão				
3. Cigarros de cravo ou de Bali				
4. Bidis ou cigarros indianos				
5. Cachimbos				
6. Narguilé (Sessões)				
7. Outros. (especifique)				

3.4 – Atualmente, você usa algum produto de tabaco sem fumaça diariamente, menos que diariamente ou não usa?

Diariamente		1 – encerrar seção
Menos que diariamente		2 – ir para a questão 3.5A
Não usa		3 – ir para a questão 3.5B
Não sabe		7 – encerrar seção

3.5A – No passado, você usou diariamente produtos de tabaco sem fumaça?		
Sim		1 – encerrar seção
Não		2 – encerrar seção
Não sabe		7 – encerrar seção

3.5B – No passado, você usou produtos de tabaco sem fumaça diariamente, menos que diariamente ou não usou?		
Diariamente		1
Menos que diariamente		2
Não usa		3
Não sabe		7

3.6 – Com que frequência alguém fuma dentro de sua casa? Você diria diariamente, semanalmente, mensalmente, menos que mensalmente, ou nunca?		
Diariamente		1
Semanalmente		2
Mensalmente		3
Menos que mensalmente		4
Nunca		5
Não sabe		7

3.7 – Atualmente você trabalha fora de casa?		
Sim		1 – ir para a questão 3.8
Não		2 – encerrar seção

3.8 – Você, geralmente, trabalha em ambiente fechado ou aberto?		
Fechado		1 – ir para a questão 3.9
Aberto		2 – encerrar seção
Ambos		3 – ir para a questão 3.9

3.9 – Durante os últimos 30 dias, alguém fumou em algum ambiente fechado onde você trabalha?		
Sim		1
Não		2
Não sabe		7

3.10 – Durante os últimos 12 meses, você tentou parar de fumar?		
Sim		1
Não		2

3.11 – Nos últimos 12 meses, você consultou um médico ou outro profissional de saúde?		
Sim		1 – ir para a questão 3.12
Não		2 – ignorar a questão 3.12

3.12 – Nos últimos 12 meses, durante atendimento feito por um médico ou profissional da saúde, você foi aconselhado a parar de fumar tabaco?		
Sim		1
Não		2

3.13 – Nos últimos 30 dias, você viu informações sobre riscos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar em jornais e revistas?		
Sim		1
Não		2
Não aplicável		7

3.14 – Nos últimos 30 dias, você viu informação sobre os perigos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar na televisão?

Sim		1
Não		2
Não aplicável		7

3.15 – Nos últimos 30 dias, você viu alguma advertência sanitária nos maços de cigarro?

Sim		1
Não		2 – encerrar seção
Não viu nenhum maço de cigarro		3 – encerrar seção

3.16 – Nos últimos 30 dias, as advertências nos maços de cigarro fizeram você pensar em parar de fumar?

Sim		1
Não		2
Não sabe		7

3.17 – Nos últimos 30 dias, você notou alguma propaganda ou anúncios promovendo os cigarros em estabelecimentos comerciais onde cigarros são vendidos?

Sim		1
Não		2
Não se aplica		7

3.18 – Nos últimos 30 dias, você notou algum dos seguintes tipos de promoção de cigarros?

Leia cada item	sim	não	Não sabe
a. Oferta de amostra grátis de cigarros?			
b. Cigarros a preço de venda?			
c. Cupons para cigarros?			
d. Presentes ou descontos especiais em outros produtos na compra de cigarros?			
e. Roupas ou outros: itens com o nome comercial ou logo de cigarro?			
f. Promoção de cigarros pelo correio?			

3.19 – Na última vez que você comprou cigarros para uso próprio, quantos cigarros comprou? Registre o número e assinale a unidade.

--	--	--

		1	
Maços		2 – quantos cigarros havia em cada maço?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pacotes		3 – quantos cigarros havia em cada pacote?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Outros – especificar _____		4 – quantos cigarros havia em cada _____?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nunca comprou cigarros		5 – encerrar seção	

3.20 – No total, quanto você pagou por esta compra?  
R\$ \_\_\_\_\_

Este instrumento foi elaborado com base no AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) versão em português e pelo Global Tobacco Surveillance System a partir do manual “Perguntas sobre Tabaco para pesquisas: Um subconjunto de perguntas chave da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos (Global Adult Tobacco Survey – GATS) ambos desenvolvidos e validados pela Organização Mundial de Saúde.

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa: Prevalência do uso do álcool e tabaco por enfermeiros um Hospital Universitário, sob a responsabilidade da pesquisadora Analy da Silva Machado, mestranda do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é conhecer a magnitude do uso de álcool e de tabaco por profissionais da área de enfermagem de um Hospital Universitário.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). O senhor(a) poderá recusar-se a responder a qualquer pergunta, bem como abandonar a pesquisa em qualquer etapa do seu desenvolvimento.

A sua participação se dará por meio do preenchimento de um questionário em seu local de trabalho, na data combinada, com um tempo estimado para seu preenchimento de 15 minutos. Não existe, obrigatoriamente um tempo pré-determinado para responder o questionário. Sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-lo.

O risco ao qual os participantes poderão ser sujeitos será sentir-se constrangido com alguma pergunta do questionário, porém poderão recusar-se a responder qualquer pergunta, bem como abandonar a pesquisa em qualquer etapa do seu desenvolvimento. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o delineamento da magnitude do padrão de consumo de álcool e tabaco por profissionais de enfermagem. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você (você e seu acompanhante, quando necessário) tiver (tiverem) relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na **Universidade de Brasília** podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Analy da Silva Machado, no Hospital Universitário de Brasília no telefone **(61) 2028-5411**, no horário comercial.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

\_\_\_\_\_  
Nome / assinatura

\_\_\_\_\_  
Analy da Silva Machado - Pesquisadora Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

## APENDICE C – Artigo aceito para publicação

### CONSUMO DE ÁLCOOL POR ENFERMEIROS E IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO EM SAÚDE – REVISÃO INTEGRATIVA

Analy da Silva Machado<sup>1</sup>, Pedro Sadi Monteiro<sup>2</sup>, Laiane Medeiros Ribeiro<sup>3</sup>, Dirce Guilhem<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

#### **Autor correspondente:**

Analy da Silva Machado

Universidade de Brasília

Campus Universitário Darcy Ribeiro - 70910-900 - Brasília, DF, Brasil

E-mail: [analmachado@gmail.com](mailto:analmachado@gmail.com)

#### **RESUMO**

Trata-se de estudo exploratório descritivo com objetivo de descrever o padrão de consumo de álcool entre enfermeiros e suas implicações para o trabalho em saúde. A pesquisa foi realizada em outubro de 2015, em cinco bases eletrônicas de dados. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final resultou em seis publicações. Os estudos selecionados mostraram que o consumo de bebidas alcoólicas por profissionais de enfermagem estava presente, de forma preocupante, em todas as pesquisas analisadas. Os resultados mostraram que há prevalência de profissionais de enfermagem com problemas relacionados ao consumo abusivo de álcool, em alguns menos e em outros mais acentuados. Observou-se que o trabalho

---

noturno, longas jornadas de trabalho e carga horária semanal elevada demonstraram relação positiva com o consumo de álcool. Além disso, estresse, depressão, ansiedade e insatisfação com o trabalho foram apontados como fatores de risco para o abuso de álcool nos estudos.

**DESCRITORES:** Enfermeiras e enfermeiros; Transtornos relacionados ao uso de álcool; Transtornos induzidos por álcool; Consumo de bebidas alcoólicas.

## INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas é um costume presente na maioria das culturas, principalmente em comemorações sociais. Por outro lado, o uso abusivo desta substância constitui fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis como dependência, cirrose hepática e câncer. Além disso, o consumo de álcool está associado a acidentes e episódios de violência. Esses fatores estão diretamente relacionados a situações que levam à incapacidade e morte, ao redor do mundo<sup>(1)</sup>.

Em 2014, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a média de consumo global de álcool de indivíduos acima de 15 anos foi em torno de 6,2 litros de álcool puro por ano. No Brasil, essa média é de 8,7 litros, quantidade que supera consideravelmente a média mundial. Apesar de elevado, este valor indica uma redução no consumo médio de álcool, uma vez que o levantamento havia apontado um consumo de 9,8 litros em 2005<sup>(1)</sup>.

O padrão de consumo de álcool ao longo do tempo, associado à quantidade consumida, está diretamente relacionado ao risco para prejuízos. O uso pesado episódico – representado por cerca de cinco doses ou mais (cerca de 60 gramas de álcool puro) em uma única ocasião ao menos uma vez no último mês – está ligado a problemas agudos, como acidentes automobilísticos, brigas de rua e violência doméstica. Esse padrão foi constatado em 16% da população mundial consumidora de álcool, enquanto esse percentual chegou a 22% entre os brasileiros, em 2010<sup>(1)</sup>.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicou que a proporção de indivíduos com 18 anos ou mais que tinham o costume de consumir bebidas alcoólicas uma vez ou mais por semana era de 24%. Outra consideração importante diz respeito ao grau de escolaridade, pois se percebe que adultos com maior escolaridade apresentavam prevalência de consumo de álcool 30,5% maior do que aqueles adultos com nível de instrução menor<sup>(2)</sup>.

Em relação à mortalidade, estima-se que 3,3 milhões de mortes no mundo estão relacionadas direta ou indiretamente ao consumo de álcool, o que corresponde a 6% de todas as mortes ao redor do globo<sup>(1)</sup>.

Estudo realizado em hospital do Rio de Janeiro, em 2014, que teve como objetivo descrever padrões de consumo de álcool, com repercussão na saúde da equipe de enfermagem, mostrou que 67,7% dos participantes afirmaram ter consumido bebidas alcoólicas, nos últimos 12 meses. Além disso, 21,1% dos entrevistados haviam bebido, pelo menos, uma vez por semana no último ano. Destes, 6,6% afirmaram consumir álcool de duas a três vezes por semana<sup>(3)</sup>. Foi identificado, ainda, que 2,2% da população do estudo consumia álcool acima de três vezes por semana. Resultado importante desse estudo indicou que 26,6% dos entrevistados associaram o consumo de bebidas alcoólicas com insatisfação no trabalho, estresse, problemas financeiros e conflitos com chefias e colegas<sup>(3)</sup>.

Outro estudo realizado em 2011, com enfermeiras que trabalhavam em hospitais públicos chineses, correlacionou o consumo de álcool como fator de risco para o desenvolvimento de quadro depressivo naquela população<sup>(4)</sup>.

Pesquisas relacionadas ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas são mais frequentes entre estudantes de enfermagem, mas poucos são os trabalhos focados em profissionais de enfermagem.

Esta revisão integrativa emergiu da necessidade de investigação sobre o consumo de álcool na vida dos enfermeiros, de modo a identificar o padrão de consumo entre esses profissionais, bem como se os fatores estressores relacionados ao trabalho levaram ao consumo de álcool. O tema desta revisão foi proposto pensando-se na seguinte questão norteadora: Qual o comportamento dos enfermeiros em relação ao consumo de bebidas alcoólicas?

## **MÉTODO**

Trata-se de estudo exploratório, descritivo, de revisão integrativa e que se refere a um método de pesquisa que permite a incorporação de evidências à prática clínica. Para o desenvolvimento deste trabalho, seguiram-se seis etapas: 1 – Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e busca na literatura; 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento<sup>(5)</sup>.

Na primeira etapa, o tema desta revisão foi pensado para avaliar o padrão de consumo de álcool entre enfermeiros, bem como sua relação com fatores estressores relacionados ao trabalho.

Na segunda etapa, utilizaram-se seis recursos eletrônicos, sendo cinco bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Web of Science* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – além do portal Pubmed, que engloba o *Medical Literature Analysis and Retrievel System Online* (MEDLINE), mantidos pela US National Library of Medicine.

Os critérios de inclusão dos artigos foram os seguintes: artigos originais, publicados entre os anos de 2011 a 2015, disponíveis na íntegra, na língua inglesa, portuguesa e espanhola, que traziam em seu conteúdo dados sobre consumo de álcool por enfermeiros. Foram excluídos artigos de revisão, informes ou teses. A pesquisa foi realizada em outubro de 2015.

Em todas as bases, após a busca inicial, foram aplicados os filtros para artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados entre 2011 e 2015 e disponíveis online na íntegra.

A terceira etapa consistiu na busca das informações a serem extraídas dos estudos, como prevalência dos consumidores, quantidade ingerida, frequência de consumo e possíveis problemas de saúde e sociais relacionados ao consumo de álcool por enfermeiros.

As etapas quatro e cinco compreenderam a leitura criteriosa dos estudos e a extração das informações referentes ao consumo de álcool que fossem relevantes para responder às questões de estudo.

A etapa seis consistiu em verificar quais os temas recorrentes apontados pelos estudos selecionados e que atuavam como fatores de risco para o abuso de álcool entre enfermeiros, conforme consta no Quadro 1. Esses temas foram, posteriormente, alvo de ampla reflexão.

## **RESULTADOS**

No portal Pubmed, foram utilizados os descritores controlados do *Medical Subject Headings* (MESH) com a seguinte estratégia de busca: *(Alcoholic Beverages or Alcohol-Induced Disorders or Alcohol-Related Disorders or Alcohol Drinking) and (Nurses or Nurse Practitioners or Nurse Midwives)*, resultando em 1.306 publicações. Após aplicação dos filtros, restaram 89 trabalhos, dos quais quatro foram selecionados por título e resumo.

Nas bases *Web of Science* e CINAHL, não existem descritores controlados. Na *Web of Science*, foi usada a estratégia de busca *Alcohol AND Nurses* que resultou em 828 referências. Após aplicação dos filtros, restaram 149, das quais quatro foram selecionadas. No CINAHL, foi adotada a mesma estratégia de busca utilizada no Pubmed, o que permitiu encontrar 535 artigos. Após aplicação dos filtros, restaram 90 publicações, das quais quatro foram selecionadas por título e resumo.

Nas bases de dados BVS, LILACS e BDENF, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde – DeCs com a estratégia (*Alcohol-Related Disorders OR Alcohol-Induced Disorders OR Alcohol Drinking*) AND (*Nurse Midwives OR Nurse Practitioners OR Nurses*). Na BVS, foram encontrados 51 estudos, restando sete após aplicação dos filtros, sendo que nenhum desses foi selecionado por título e resumo. Na LILACS, apenas um resultado foi encontrado, sendo que não foi selecionado por título e resumo. Na BDENF, a pesquisa não retornou nenhuma referência.

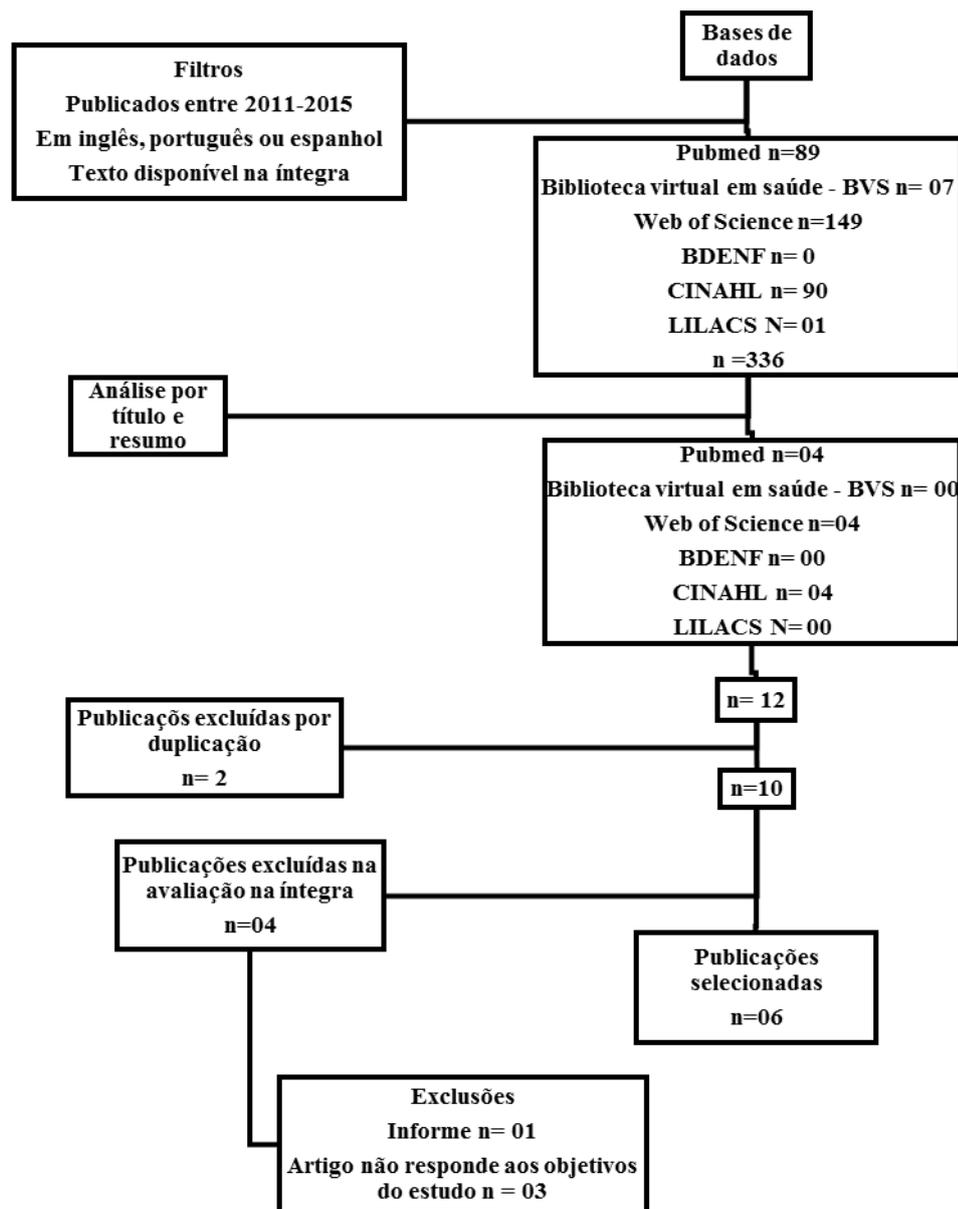


Figura 1 - Estratégia de seleção de artigos. Brasília, DF, Brasil, 2016

As informações referentes aos artigos selecionados são apresentadas no Quadro 1:

Quadro 1 - Apresentação das publicações selecionadas e que fizeram parte da análise. Brasília, DF, Brasil, 2016

Autor/Ano	Título do artigo	Tipo de estudo / Resultados
Cheung T, Yip PS. 2015	Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong	Estudo transversal. Mostrou que enfermeiras são mais depressivas, ansiosas e estressadas do que a população local em geral. Cerca de

	Kong nurses: a cross-sectional study.	um terço dos participantes foi classificado com alguma destas desordens.
Perry L, Gallagher R, Duffield C. 2015	The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey.	Estudo transversal. Demonstrou que é necessário que enfermeiros e empregadores se empenhem para promover a saúde e o bem-estar no local de trabalho, pois a ausência destes fatores pode ocasionar situações deletérias para a saúde mental da equipe.
Bakhshi S, Sun F, Murrells T, While A. 2015	Nurses' health behaviours and physical activity-related health-promotion practices.	Estudo transversal. Apontou a necessidade de conscientizar os enfermeiros para a prática de atividades físicas. Mostrou que as empresas devem se envolver no sentido de promover a prática de atividades físicas na prática clínica destes profissionais.
Flo E, Pallesen S, Magerøy N, Moen BE, Grønli J, Hilde Nordhus I, Bjorvatn B. 2012	Shift work disorder in nurses – assessment, prevalence and related health problems.	Estudo transversal. Indicou que a prevalência de sintomas indicativos de transtornos de trabalho por turnos foi alta.
Schluter PJ, Turner C, Benefer C. 2012	Long working hours and alcohol risk among Australian and New Zealand nurses and midwives: A cross-sectional study.	Estudo transversal. Estabeleceu a relação entre o consumo de bebidas com longas jornadas de trabalho. Bem como a necessidade de políticas e programas de controle destas jornadas de trabalho, a fim de garantir a saúde dos profissionais e dos pacientes com os quais estes profissionais trabalham.
Dorrian J, Paterson J, Dawson D, Pincombe J, Grech C, Rogers AE. 2011	Sleep, stress and compensatory behaviors in Australian nurses and midwives.	Estudo de coorte. Foi observado que a população de estudo apresentava uma prevalência elevada de problemas com o sono, estresse, exaustão e baixa satisfação profissional. Mostrou também que estes profissionais lançam mão do uso de álcool e remédios para indução do sono e consumo de cafeína para manter o padrão alerta, durante os turnos de trabalho.

Dos seis artigos selecionados, um foi realizado na China, três na Austrália, um na Noruega e um no Reino Unido. Dois publicados em 2011, dois, em 2012 e três, em 2015. Todos os artigos selecionados foram publicados em língua inglesa.

## DISCUSSÃO

O teste *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) – elaborado pela OMS em 1989 – é um instrumento validado e adotado mundialmente, traduzido e adaptado em vários idiomas, para a avaliação do padrão do consumo de álcool. Esse teste busca rastrear o uso excessivo de bebidas alcoólicas, com o intuito de identificar os indivíduos que poderiam se beneficiar com a redução ou cessação do consumo da substância, no nível de atenção primária à saúde. Consiste em um questionário simples de 10 questões que pontua o consumo de álcool entre zero e 40 pontos, identificando quatro zonas de risco: uso de baixo risco (zero a 7 pontos), uso de risco (8 a 15 pontos), uso nocivo (16 a 19 pontos) e provável dependência (20 ou mais pontos)<sup>(6)</sup>.

Diante da simplicidade do instrumento, o AUDIT pode ser adotado em serviços de atenção primária e em pesquisas para identificar potenciais casos que se encontram nas zonas de risco, associados ao uso nocivo ou provável dependência e que, portanto, precisam de intervenções imediatas. Duas pesquisas incluídas nesta revisão integrativa utilizaram essa estratégia para avaliar o consumo de álcool<sup>(6)</sup>.

Estudo sobre a relação entre trabalho noturno e problemas de saúde de enfermeiros, realizado na Noruega, analisou consumo de álcool por meio do teste AUDIT. Apesar de ter sido detectado que havia profissionais com escore de risco para consumo de álcool, o trabalho não permitiu estabelecer uma relação precisa entre esse consumo e o transtorno investigado<sup>(7)</sup>.

No Reino Unido, foi realizado estudo transversal com o objetivo de determinar os comportamentos de saúde dos enfermeiros e as práticas de promoção da saúde relacionadas à atividade física. Foram avaliados padrões de atividade física, consumo de álcool, hábito de fumar e peso. Para o consumo de álcool, foram utilizadas as três primeiras perguntas do AUDIT: Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? Nas ocasiões em que bebe,

quantas doses você costuma tomar? Com que frequência você toma “seis ou mais doses” em uma ocasião? Foram entrevistados 623 enfermeiros, sendo que 89,5% eram do sexo feminino. Em relação ao consumo de álcool, 22% (n=133) dos entrevistados afirmaram nunca ter consumido álcool<sup>(8)</sup>.

Por outro lado, dentre os 78% que faziam uso da substância, 25% (n=144) estavam em situação de risco, isto é, acima de oito pontos conforme a escala do teste AUDIT<sup>(8)</sup>. Desses, os que apresentavam alto risco para consumo de álcool – ou seja, aqueles que alegaram consumir álcool quatro vezes ou mais por semana – correspondiam a um quinto, equivalente a 29 entrevistados. Já os de baixo risco, até sete pontos no AUDIT, representavam 1% (n=6) da amostra total. A maioria da população de estudo, 88% (n=511), afirmou consumir 1-4 doses contendo álcool, num típico dia em que bebiam<sup>(8)</sup>.

Outro estudo, desta vez realizado no Brasil, investigou o consumo de drogas por estudantes de pós-graduação em cursos das ciências da saúde, sendo que grande parte da população de estudo era constituída por enfermeiros. Quando questionados sobre a experimentação ou uso de drogas alguma vez na vida, 83% dos participantes responderam positivamente, sendo a maior proporção relacionada à bebida alcoólica (51,4%). Esse trabalho utilizou o AUDIT para avaliar o padrão de consumo de álcool e evidenciou que 30,6% dos consumidores dessa substância estavam na faixa de consumo considerada de risco, o que representa um valor um pouco mais elevado do que o estudo anterior<sup>(9)</sup>.

Os demais artigos selecionados não utilizaram um instrumento específico para avaliar o consumo de álcool por enfermeiros, porém verificaram se esses profissionais consumiam esta substância em questionamentos que faziam parte do instrumento de coleta de dados de cada estudo.

Nesse sentido, cita-se o estudo realizado com 41 enfermeiras e 21 parteiras de hospitais australianos, no período de 2005 a 2009, que tinha como objetivo descrever o sono,

o estresse e os comportamentos compensatórios entre essas profissionais. A pesquisa identificou que 44% das enfermeiras e 9% das parteiras relataram o uso de álcool como auxílio para dormir por, pelo menos, uma vez durante a realização do estudo. Ademais, constatou-se que um em cada três participantes do estudo consumia bebidas alcoólicas regularmente como estratégia para induzir o sono. No entanto, não foram coletados detalhes como quantidade de álcool e tipo de bebida alcoólica ingerida, não sendo possível avaliar se o nível de consumo dessa substância seria nocivo para a saúde das participantes<sup>(10)</sup>.

Outra pesquisa que permite identificar o consumo de álcool por enfermeiros trata do estudo transversal realizado na Austrália e Nova Zelândia que buscava analisar a relação entre longas jornadas de trabalho e problemas relacionados ao consumo da substância. Foram incluídos 4.419 enfermeiros e parteiras na amostra, dos quais mais de 90% eram do sexo feminino, com idades predominando entre 40-49 anos<sup>(11)</sup>.

Dentre os entrevistados, 13,9% referiram consumo de duas doses ou mais de bebidas alcoólicas por dia e 1,6% relatou já ter sido diagnosticado com problema relacionado à dependência do álcool. Outra observação importante esteve ligada ao fato de que 0,3% indicou o consumo diário de bebida alcoólica acima de duas doses e diagnóstico para problemas com o álcool, enquanto 13,6%, apesar de consumir mais que duas doses diárias, não tinham indicação de diagnóstico para problemas com álcool<sup>(11)</sup>.

Em contrapartida, 1,2% da população do estudo, apesar de consumir menos que duas doses diárias de bebida, foi diagnosticada com problemas relacionados ao álcool. Por fim, 84,9% dos participantes consumiam menos que duas doses diárias e não possuíam problemas relacionados ao consumo da substância<sup>(11)</sup>.

Outra observação importante nesse estudo foi que à medida que os profissionais tinham maior média de carga horária semanal, maior era a porcentagem do consumo de bebidas alcoólicas acima de duas doses. Para jornadas semanais médias de até 30 horas, este

consumo estava presente em 11,8% dos participantes; entre 30-39 horas, o percentual era de 13,8%; entre 40-49 horas, 15,4%; e acima de 50 horas, 20,2%. Esses dados corroboram os resultados de um trabalho realizado com enfermeiras norueguesas que sugeriu correlação positiva entre carga horária semanal elevada e maior consumo de álcool<sup>(11-12)</sup>.

Similarmente, o estudo transversal que examina a prevalência de casos de depressão, ansiedade e estresse entre os enfermeiros que atuavam em serviços de saúde de Hong Kong apresenta dados sobre a temática. A amostra de estudo era composta por 850 enfermeiros registrados na Associação de Hong Kong de Pessoal de Enfermagem (AHKNS), dos quais 87,6% eram do sexo feminino, com idade média entre 34-44 anos de idade e 10 anos de experiência clínica<sup>(13)</sup>.

Dentre as características avaliadas, observou-se que 24% dos entrevistados consumiam álcool, e que esse consumo apresentava relação significativa com o estresse. Dos participantes que relataram o consumo de bebidas alcoólicas, 20% consumiam álcool não mais que duas vezes ao mês, sendo que esse grupo possuía maior propensão para relatar sintomas de estresse do que aqueles que não bebiam ou que bebiam habitualmente (diariamente ou algumas vezes por semana)<sup>(13)</sup>.

Os autores chegaram a três possíveis explicações para esse achado. O primeiro estaria relacionado ao fato de que os enfermeiros estressados bebem para relaxar, o estudo mostrou ainda que a maioria deles era sedentária. Segundo, notou-se que muitos enfermeiros sofriam de doenças físicas e psiquiátricas crônicas, o que comprometia a adoção de um estilo de vida saudável. Desta forma, pode-se dizer que os enfermeiros bebem como ajuda para a superação do estresse e para a indução do sono. Esse último corrobora o estudo anteriormente citado, no qual se verificou que o consumo de drogas está relacionado à situações de stress e más condições do ambiente de trabalho<sup>(9,13)</sup>.

Por fim, cita-se o estudo exploratório realizado na Austrália, cujos objetivos foram investigar a saúde geral dos enfermeiros e a presença de doença crônica, descrever comportamentos relacionados à saúde destes profissionais e compará-los aos da população em geral. A amostra abrangeu 381 enfermeiros, com idade média de 39,9 anos, sendo que 82,7% eram do sexo feminino, 80% trabalhavam em tempo integral e 93% trabalhavam em regime de turnos<sup>(14)</sup>.

Foi evidenciado que 92,5% dos participantes relataram consumir bebidas alcoólicas, dos quais 3,5% ingeriam a substância diariamente. Além disso, destaca-se que 39,9% dos participantes que consumiam bebidas alcoólicas foram identificados dentro do grupo de alto risco<sup>(14)</sup>.

A ingestão de álcool é uma condição preocupante também nos demais profissionais de saúde. Conforme estudo realizado na Alemanha com 790 médicos clínicos, constatou-se que 23% desses relataram consumo diário de algum tipo de bebida alcoólica<sup>(15)</sup>.

Outro trabalho nesta mesma linha de pesquisa, desta vez realizado na Noruega, analisou a variação no padrão de consumo de álcool por médicos no período de dez anos. Observou-se que entre os anos 2.000 e 2.010 houve um aumento de 31,4% para 48,7% dos médicos que usaram álcool duas vezes ou mais por semana, enquanto os consumidores considerados de risco diminuíram de 10,7% para 8,2% no mesmo período. Uma das questões apontadas pelo estudo, acerca da diminuição da população com padrão de risco para consumo de álcool, é a tendência mundial para adoção de um estilo de vida mais saudável, pois a diminuição do consumo desta substância é fator importante para essa nova realidade<sup>(16)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir das referências encontradas, destaca-se que o estudo sobre o consumo de álcool por enfermeiros é ainda pouco explorado, observando-se uma concentração dos estudos

em determinadas áreas geográficas. A busca não resgatou nenhum estudo realizado no Brasil com a temática proposta. Até mesmo os estudos incluídos nessa revisão não tinham como objetivo principal o consumo de álcool, por parte de profissionais de enfermagem.

Com base nos estudos selecionados, buscou-se estabelecer o padrão de consumo de bebidas alcoólicas, a fim de relacioná-lo com outras hipóteses dos estudos. Os resultados mostraram que há prevalência de profissionais de enfermagem com problemas relacionados ao consumo abusivo de álcool, em alguns menos e em outros mais acentuados.

A relação com trabalho noturno é importante, pois os estudos mostraram que muitos profissionais que atuam nesses períodos muitas vezes consomem álcool, a fim de induzir o sono ou de relaxar. As longas jornadas de trabalho e a carga horária semanal total (incluindo aqueles que possuem mais de um emprego) devem ser avaliadas cautelosamente, uma vez que houve relação entre a duração da jornada de trabalho com o consumo de álcool.

O estresse, depressão, ansiedade e insatisfação com o trabalho foram pontos abordados nos estudos e são vistos como fatores de risco para abuso de álcool.

Estudos adicionais são necessários para explorar mais adequadamente esta temática, a fim de estabelecer detalhadamente estes padrões.

## **REFERÊNCIAS**

1. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health – 2014. [Internet] 2014 [acesso em 22 nov 2015]. Disponível: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/).
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

3. de Oliveira EB, Fabri JMG, de Paula GS, de Souza SRC, da Silveira WG, Matos GS. Padrões de uso de álcool por trabalhadores de enfermagem e a associação com o trabalho. *Rev. enferm. UERJ*. [Internet] 2014;21(6) [acesso em 22 nov 2015]. Disponível: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11514>.
4. Gao YQ, Pan BC, Sun W, Wu H, Wang JN, Wang L. Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. *J Adv Nurs*. [Internet] 2012;68(5) [acesso em 22 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05832.x>.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2008;17(4) [acesso em 22 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
6. Jomar RT, da Paixão LAR, Abreu AMM. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. *Rev. APS*. [Internet] 2012;15(1) [acesso em 22 nov 2015] Disponível: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1467/598>.
7. Flo E, Pallesen S, Magerøy N, Moen BE, Grønli J, Nordhus IH, et al. Shift Work Disorder in Nurses – Assessment, Prevalence and Related Health Problems. *PLoS ONE*. [Internet] 2012;7(4) [acesso em 25 out 2015]. Disponível: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0033981>.
8. Bakhshi S, Sun F, Murrells T, While A. Nurses' health behaviours and physical activity-related health-promotion practices. *Br J Community Nurs*. [Internet] 2015;20(6) [acesso em 25 out 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.6.289>.
9. da Rocha PR, David HMSL. Patterns of alcohol and drug consumption in health care professionals: a portrait of students of lato sensu courses in a public institution. *SMAD*,

Rev. eletrônica saúde mental alcool drog. [Internet] 2015;11(1) [acesso em 17 jul 2016].  
Disponível: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i1p41-48>.

10. Dorrian J, Paterson J, Dawson D, Pincombe J, Grech C, Rogers AE. Sleep, stress and compensatory behaviors in Australian nurses and midwives. Rev. Saúde Pública. [Internet] 2011;45(5) [acesso em 24 out 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000059>.
11. Schluter PJ, Turner C, Benefer C. Long working hours and alcohol risk among Australian and New Zealand nurses and midwives: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud. [Internet] 2012;49(6) [acesso em 24 out 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.005>.
12. Buchvold HV, Pallesen S, Oyane NM, Bjorvatn B. Associations between night work and BMI, alcohol, smoking, caffeine and exercise--a cross-sectional study. BMC Public Health. [Internet] 2015;(15) [acesso em 17 jul 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2470-2>.
13. Cheung T, Yip PS. Depression, anxiety and symptoms of stress among hong kong nurses: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health. [Internet] 2015;12(9) [acesso em 24 out 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph120911072>.
14. Perry L, Gallagher R, Duffield C. The health and health behaviours of Australian metropolitan nurses: an exploratory study. BMC Nurs. [Internet] 2015;(14) [acesso em 24 out 2015]. Disponível: <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0091-9>.
15. Unrath M, Zeeb H, Letzel S, Claus M, Escobar Pinzón LC. Identification of possible risk factors for alcohol use disorders among general practitioners in Rhineland-Palatinate, Germany. Swiss Med Wkly. [Internet] 2012;(142) [acesso em 17 jul 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2012.13664>.

16. Rosta J, Aasland OG. Changes in alcohol drinking patterns and their consequences among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. *Alcohol Alcohol*. [Internet] 2013;48(1) [acesso em 17 jul 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/ags084>.

## ANEXOS

### ANEXO A – Documento de aprovação pelo Comitê de Ética



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Prevalência do uso do álcool e tabaco por enfermeiros de um Hospital Universitário

**Pesquisador:** Analy da Silva Machado

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54269916.0.0000.0030

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade de

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.510.496

##### Apresentação do Projeto:

Na seção de introdução os autores informam que: "No Brasil, o consumo total de álcool em indivíduos acima de 15 anos por ano é estimado em 8,7L por pessoa, valor este que supera a média mundial de 6,2L. A cada ano, 3,3 milhões de mortes estão direta ou indiretamente relacionadas ao consumo de álcool, o que corresponde a 6% de todas as mortes por ano no mundo. O tabaco é responsável por cerca de seis milhões de mortes ao redor do mundo a cada ano, sendo que destas, cerca de seiscentas mil são decorrentes dos efeitos causados pelo fumo passivo... Os dados mais recentes do ano de 2013, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam o percentual total de adultos fumantes em 14,7%.". O objetivo do projeto é o de "Conhecer a magnitude do uso de álcool e de tabaco por profissionais da área de enfermagem de um Hospital Universitário.". Como Método, foi destacado: "Trata-se um estudo de base epidemiológica do tipo transversal analítico. A ser desenvolvido com os enfermeiros de um Hospital Universitário. De acordo com o cálculo amostral, a amostra será constituída de 136 profissionais enfermeiros dos 208 existentes na instituição. O profissional será abordado e convidado a participar do estudo; serão explicados os procedimentos da pesquisa e seus objetivos. Mediante a concordância do mesmo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão coletados os dados conforme o instrumento. Para análise dos dados, as

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **Cep:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1047 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



questões objetivas serão analisadas de forma quantitativa...".

Tipo de estudo: "Trata-se um estudo de base epidemiológica do tipo transversal analítico. (PEREIRA, 2010).". "O profissional será abordado e convidado a participar do estudo; serão explicados os procedimentos da pesquisa e seus objetivos. Mediante a concordância do mesmo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão coletados os dados conforme o instrumento. O instrumento de coleta de dados com questões objetivas deverá ser respondido pelo participante, não haverá campos de identificação pessoal no instrumento, sendo, portanto, anônimo. Será garantida total privacidade em relação à identificação dos participantes. O instrumento de coleta de dados foi construído em três partes. A primeira parte é responsável pela caracterização sócio demográfica do participante da pesquisa. Neste tópico serão coletados dados que abrangem as variáveis como sexo, idade, estado civil, formação acadêmica, tempo de formação acadêmica e tempo de trabalho na instituição. A segunda parte consiste na caracterização do padrão de consumo de álcool. Esta parte é composta pelo questionário AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) versão em português desenvolvido e validado pela OMS. Este teste é composto por 10 questões que avaliam o consumo de álcool, os comportamentos do indivíduo quando bebe e os problemas relacionados ao consumo do álcool. Cada resposta é pontuada no valor de 0 a 4, devendo ser contabilizado os pontos ao final. Na maioria dos casos a pontuação alcançada irá refletir o nível de risco relacionado ao álcool. (WHO, 2001). A terceira e última parte é composta dos trabalhos realizados pela Global Tobacco Surveillance System a partir do manual "Perguntas sobre Tabaco para pesquisas: Um subconjunto de perguntas chave da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos (Global Adult Tobacco Survey – GATS). A GATS foi desenvolvida para fornecer um protocolo padrão internacional para o monitoramento uniforme do consumo de tabaco em adultos. A versão definitiva do Questionário Padrão da GATS foi concluída em 2008, passando por uma atualização em novembro de 2010 e foi testado pelos países que inicialmente implementaram a GATS, sendo o Brasil um deles. O Brasil utilizou o questionário GATS na Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab em 2011."

Critérios de Inclusão: "Ter um ou mais anos de trabalho na Instituição,".

Critério de Exclusão: "Profissionais que estejam afastados de suas atividades, por motivos de férias, licenças ou atestados médicos no período de coleta de dados.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.510.466

**Metodologia de Análise de Dados:** "Para análise dos dados, as questões objetivas serão analisadas de forma quantitativa, através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Versão 19, que auxiliará na construção da base de dados, análise das variáveis e confecção de gráficos e tabelas. Os testes estatísticos que serão utilizados na verificação de associações e magnitude serão o qui-quadrado, onde será utilizado o valor de  $P = ,$  e Teste exato de Fischer na verificação de pequenas diferenças entre as variáveis analisadas."

**Desfecho Primário:** "Conhecer a magnitude do uso de álcool e de tabaco por enfermeiros de um Hospital Universitário."

**Desfecho Secundário:** "Conhecer o perfil epidemiológico: formação, tempo de formação e tempo de trabalho na instituição, idade, sexo, estado civil, características do ambiente de trabalho, número de vínculos empregatícios e total de horas semanais trabalhadas; Traçar um perfil acerca do uso de álcool como: tipos de bebidas, tempo de uso, formas de uso, frequência, quantidades consumidas; problemas de saúde relacionados ao uso da substância; Traçar um perfil acerca do uso do tabaco: tempo de uso, formas e quantidade consumidas, gastos e problemas de saúde atribuídos ao uso da substância."

**Hipótese:** "Estudo Descritivo".

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** "Conhecer a magnitude do uso de álcool e de tabaco por enfermeiros de um Hospital Universitário."

**Objetivo Secundário:** "Conhecer o perfil epidemiológico: formação, tempo de formação e tempo de trabalho na instituição, idade, sexo, estado civil, características do ambiente de trabalho, número de vínculos empregatícios e total de horas semanais trabalhadas; Traçar um perfil acerca do uso de álcool como: tipos de bebidas, tempo de uso, formas de uso, frequência, quantidades consumidas; problemas de saúde relacionados ao uso da substância; Traçar um perfil acerca do uso do tabaco: tempo de uso, formas e quantidade consumidas, gastos e problemas de saúde atribuídos ao uso da substância."

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **Cep:** 70.810-900  
**Uf:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Tipo de estudo: "Trata-se um estudo de base epidemiológica do tipo transversal analítico. (PEREIRA, 2010).". "O profissional será abordado e convidado a participar do estudo; serão explicados os procedimentos da pesquisa e seus objetivos. Mediante a concordância do mesmo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão coletados os dados conforme o instrumento. O instrumento de coleta de dados com questões objetivas deverá ser respondido pelo participante, não haverá campos de identificação pessoal no instrumento, sendo, portanto, anônimo. Será garantida total privacidade em relação à identificação dos participantes. O instrumento de coleta de dados foi construído em três partes. A primeira parte é responsável pela caracterização sócio demográfica do participante da pesquisa. Neste tópico serão coletados dados que abrangem as variáveis como sexo, idade, estado civil, formação acadêmica, tempo de formação acadêmica e tempo de trabalho na instituição. A segunda parte consiste na caracterização do padrão de consumo de álcool. Esta parte é composta pelo questionário AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) versão em português desenvolvido e validado pela OMS. Este teste é composto por 10 questões que avaliam o consumo de álcool, os comportamentos do indivíduo quando bebe e os problemas relacionados ao consumo de álcool. Cada resposta é pontuada no valor de 0 a 4, devendo ser contabilizado os pontos ao final. Na maioria dos casos a pontuação alcançada irá refletir o nível de risco relacionado ao álcool. (WHO, 2001). A terceira e última parte é composta dos trabalhos realizados pela Global Tobacco Surveillance System a partir do manual "Perguntas sobre Tabaco para pesquisas: Um subconjunto de perguntas chave da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos (Global Adult Tobacco Survey – GATS). A GATS foi desenvolvida para fornecer um protocolo padrão internacional para o monitoramento uniforme do consumo de tabaco em adultos. A versão definitiva do Questionário Padrão da GATS foi concluída em 2008, passando por uma atualização em novembro de 2010 e foi testado pelos países que inicialmente implementaram a GATS, sendo o Brasil um deles. O Brasil utilizou o questionário GATS na Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab em 2011."

Critérios de Inclusão: "Ter um ou mais anos de trabalho na Instituição."

Critério de Exclusão: "Profissionais que estejam afastados de suas atividades, por motivos de férias, licenças ou atestados médicos no período de coleta de dados."

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **Cep:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.510.486

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os pesquisadores responderam adequadamente à solicitação deste CEP, conforme elencado no último ponto do parecer - número 1.484.724, de 08/04/16 (Considerações finais a critério do CEP), enviando carta resposta, com as devidas informações e apontamentos necessários para a análise do projeto.

Observa-se adequação dos critérios de exclusão, assim como modificações no TCLE, conforme apontamentos do CEP.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos que compõem o processo:

1. Informações Básicas do Projeto: "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_646629.pdf", postado em 15/03/2016;
2. Outros: "Pedro\_Sadi\_monteriro\_curriculo\_latte.docx", postado em 15/03/2016. Currículo do orientador, gerado pela Plataforma Latte;
3. Outros: "Analy\_da\_Silva\_Machado\_curriculo\_latte.docx", postado em 15/03/2016. Currículo da aluna, gerado pela Plataforma Latte;
4. Declaração de instituição e infraestrutura: "Termodecenciaparticipante.doc", postado em 15/03/2016. Documento devidamente redigido, sem assinaturas;
5. Declaração de instituição e infraestrutura: "coparticipante.pdf", postado em 15/03/2016. Documento devidamente redigido e assinado;
6. Declaração de pesquisadores: "responsabilidade\_pesquisador.docx", postado em 15/03/2016. Documento anexado é o projeto de pesquisa;
7. Declaração de pesquisadores: "termoresponsabilidade.pdf", postado em 15/03/2016. Documento devidamente redigido e assinado;
8. Declaração de pesquisadores: "cartaencaminhprojeto\_ao\_CEPFS.doc", postado em 15/03/2016. Documento devidamente redigido, sem assinaturas;
9. Declaração de pesquisadores: "cartaencaminhamento.pdf", postado em 15/03/2016. Documento devidamente redigido e assinado;
10. Declaração de instituição e infraestrutura: "Termo\_de\_concordância.doc", postado em 15/03/2016. Documento devidamente redigido, sem assinatura;
11. TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência: "TCLE.docx", postado em 15/03/2016. Considerações sobre o documento serão realizadas em seção posterior;

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.510.496

2.1. Solicita-se incluir informações sobre o professor orientador (o estudo também é de sua responsabilidade), assim como seus dados de contato;

PENDÊNCIA ATENDIDA: foram acrescentadas as informações solicitadas.

2.2. Solicita-se adequação das formas de contato dos responsáveis pela pesquisa – inclusão de telefones celulares, com a informação sobre a possibilidade de ligações “a cobrar”, sem restrição de horário para contato.

PENDÊNCIA ATENDIDA: foram acrescentadas as informações solicitadas.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_646629.pdf	14/04/2016 10:26:01		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoRespCompromPesq.doc	14/04/2016 10:25:00	Analy da Silva Machado	Aceito
Outros	CartaRespPendencias_CEPFS_ANALY.docx	14/04/2016 09:47:40	Analy da Silva Machado	Aceito
Outros	carta_em_resposta_pendencias.pdf	14/04/2016 09:47:08	Analy da Silva Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_modificado.docx	14/04/2016 09:42:00	Analy da Silva Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ANALY_PROJETO_PLATAFORMA_BRASIL_revisado.docx	14/04/2016 09:41:39	Analy da Silva Machado	Aceito
Outros	Pedro_Sadi_monteiro_curriculo_lattes.docx	15/03/2016 15:07:16	Analy da Silva Machado	Aceito
Outros	Analy_da_Silva_Machado_curriculo_lattes.docx	15/03/2016 15:06:19	Analy da Silva Machado	Aceito
Declaração de Instituição e	Termodecienciaoparticipante.doc	15/03/2016 14:56:46	Analy da Silva Machado	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3107-1947 e-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.510.466

12. Projeto Detalhado / Brochura Investigador: "ANALY\_PROJETO\_PLATAFORMA\_BRASIL15\_03.docx", postado em 15/03/2016. Documento contendo o projeto completo do estudo;
13. Orçamento: "Planilha\_orçamentária.docx", postado em 15/03/2016. Documento contendo planilha de custos de forma detalhada;
14. Declaração de instituição e infraestrutura: "termoconc.pdf", postado em 15/03/2016. Documento devidamente redigido e assinado;
15. Cronograma: "Cronograma.docx", postado em 15/03/2016. Documento contendo cronograma de forma detalhada;
16. Folha de Rosto: "FOLHADEROSTO.pdf", postado em 15/03/2016. Documento devidamente redigido e assinado.

Documentos acrescentados ao projeto após parecer - número 1.484.724, de 08/04/16

1. Informações Básicas do Projeto: "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_646629.pdf", postado em 14/04/2016;
2. Declaração de Pesquisadores: "TermoRespCompromPesq.doc", postado em 14/04/2016;
3. Outros: "CartaRespPendencias\_CEPFS\_ANALY.docx", postado em 14/04/16;
4. Outros: "carta\_em\_resposta\_pendencias.pdf", postado em 14/04/16;
5. TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência: "TCLE\_modificado.docx", postado em 14/04/2016;
6. Projeto Detalhado / Brochura Investigador: "ANALY\_PROJETO\_PLATAFORMA\_BRASIL\_revisado.docx", postado em 14/04/2016.

**Recomendações:**

Não se aplica

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

1) Solicita-se revisão dos critérios de exclusão: a não concordância em participar do estudo não deve ser interpretada como fator de exclusão.

PENDÊNCIA ATENDIDA: informação foi retirada do texto. Solicita-se a uniformização também da retirada da informação na Plataforma Brasil.

2) Quanto ao TCLE:

<b>Endereço:</b> Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
<b>Bairro:</b> Asa Norte	<b>Cep:</b> 70.910-900
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASÍLIA
<b>Telefone:</b> (61)3107-1947	<b>E-mail:</b> cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.510.466

Infraestrutura	Termodecienciaoparticipante.doc	15/03/2016 14:56:46	Analy da Silva Machado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ooparticipante.pdf	15/03/2016 14:54:49	Analy da Silva Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoresponsabilidade.pdf	15/03/2016 14:54:13	Analy da Silva Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaencaminhprojeto_ao_CEPFS.doc	15/03/2016 14:53:51	Analy da Silva Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaencaminhamento.pdf	15/03/2016 14:53:35	Analy da Silva Machado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_concordancia.doc	15/03/2016 14:51:23	Analy da Silva Machado	Aceito
Orçamento	Planilha_Orcamentaria.docx	15/03/2016 09:01:56	Analy da Silva Machado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoconc.pdf	14/03/2016 16:32:55	Analy da Silva Machado	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	14/03/2016 16:32:26	Analy da Silva Machado	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	14/03/2016 16:27:08	Analy da Silva Machado	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 22 de Abril de 2016

---

**Assinado por:**  
**Kelia Elizabeth Fontana**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** capfsunb@gmail.com