

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Patrícia Tuchtenhagen

**ESTRESSE OCUPACIONAL E O CONSUMO DO ÁLCOOL EM
TRABALHADORES HOSPITALARES**

Santa Maria, RS,
2018

Patrícia Tuchtenhagen

**ESTRESSE OCUPACIONAL E O CONSUMO DO ÁLCOOL EM
TRABALHADORES HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa Trabalho e gestão em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do Grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^a Dr^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Coorientadora: Prof^a Dr^a Angela Isabel dos Santos Dullius

Santa Maria, RS
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Tuchtenhagen, Patrícia
ESTRESSE OCUPACIONAL E O CONSUMO DO ÁLCOOL EM
TRABALHADORES HOSPITALARES / Patrícia Tuchtenhagen.- 2018.
129 f.; 30 cm

Orientadora: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Coorientadora: Angela Isabel dos Santos Dullius
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2018

1. Enfermagem 2. Estresse Ocupacional 3. Hospitais 4.
Saúde do trabalhador 5. Alcoolismo I. Bosi de Souza
Magnago, Tânia Solange II. dos Santos Dullius, Angela
Isabel III. Título.

Patrícia Tuchtenhagen

**ESTRESSE OCUPACIONAL E O CONSUMO DO ÁLCOOL EM
TRABALHADORES HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa Trabalho e gestão em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do Grau de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 19 de dezembro de 2018:

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dr^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Angela Isabel dos Santos Dullius, Dr^a (UFSM)

Rosane Harter Griep, Dr^a (FIOCRUZ)

Angela Pelegrin Ansuj, Dr^a (UFSM)

Rafaela Andolhe, Dr^a (UFSM)

Santa Maria, RS
2018

DEDICATÓRIA

À minha família, principalmente à minha querida mãe Zelina e à minha filha Bárbara. O amor de vocês e para vocês tornou possível a realização desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, centro e fundamento de tudo em minha vida, por renovar a cada momento minha força e disposição e pelo discernimento concedido ao longo dessa jornada.

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

Obrigada, Pai Sonil e Mãe Zelina, pelas palavras de apoio e compreensão, pelos abraços generosos e por seus colos proporcionados nos momentos difíceis da minha trajetória.

Ao José Augusto, companheiro nesta jornada e na vida, obrigada por assumir a responsabilidade da casa e da nossa filha.

À minha amada filha Bárbara, que compreendeu todas as ausências, minha fonte de inspiração.

À minha amada comadre e irmã Danusa, início de tudo, minha incentivadora número um, que sempre esteve do meu lado...

Ao meu irmão Cléo, agradeço por cada palavra e por toda ajuda nesta minha jornada.

Aos meus irmãos de alma: Angela, Fabrícia, Jeniffer, Lucas, Bianca, Giovana, Aline, Guilherme, Andrieli e Tiago. Vocês são mais que amigos, vocês são as “minhas pessoas”.

Gigi e Dede, gratidão pelo apoio, pelas discussões, pela compreensão e amizade incondicional.

Aos meus amores Walter, Tobias, Pétrin, Lara e Antonella, presenças suaves em minha vida; a tia e Didi ama vocês.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), pelo apoio no presente trabalho - Código de Financiamento 001.

À coordenação, aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da UFSM, por possibilitarem a concretização desta caminhada.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Tania Solange Bosi de Souza Magnago, por entender minhas dificuldades, por aceitar minhas ausências e por compartilhar seu conhecimento e experiência, que tanto contribuíram pelo crescimento deste trabalho.

À minha coorientadora, Prof.^a Dr.^a Angela Isabel dos Santos Dullius, minha amiga, obrigada por sua inteligência, seu empenho em me ajudar e por me fazer acreditar que eu seria capaz.

Ao Grupo de Pesquisa em Bioestatística (GPBio) e aos Grupo de Pesquisa Trabalho, Ética Saúde, Saúde e Segurança do Paciente (GTESSP), gratidão pelo apoio, pelas discussões, oportunidade de aprendizado e crescimento nos encontros de estudos.

Aos meus colegas do Hospital de Caridade e Beneficência de Cachoeira do Sul, obrigada pela compreensão, pelas trocas, pela amizade e pelo apoio.

Existe um momento na vida de cada pessoa
que é possível sonhar e realizar nossos
sonhos...

e esse momento tão fugaz chama-se presente e
tem a duração do tempo que passa.

(Mario Quintana)

RESUMO

ESTRESSE OCUPACIONAL E O CONSUMO DO ÁLCOOL EM TRABALHADORES HOSPITALARES

AUTORA: Patrícia Tuchtenhagen

ORIENTADORA: Dr^a Prof^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

CO-ORIENTADOR: Dr^a Prof^a Angela Isabel dos Santos Dullius

O consumo de álcool é prejudicial não só para o indivíduo, mas para a família, o ambiente de trabalho e a sociedade. O trabalho no ambiente hospitalar pode ser estressante e, para alguns trabalhadores, o consumo de álcool pode ser uma estratégia de enfrentamento das adversidades. Este estudo avaliou a relação entre o estresse ocupacional e o consumo de álcool por trabalhadores de um hospital universitário da região Sul do Brasil. Trata-se de estudo epidemiológico transversal, realizado em 2018, com 815 trabalhadores. Utilizou-se um questionário contendo dados sociodemográficos, laborais e de saúde; o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e a Job Stress Scale (JSS). Os dados foram inseridos no Epiinfo e analisados no PASW, utilizando-se análise descritiva e inferencial. A prevalência do consumo de álcool foi de 72,1%. Desses, 65% foram classificados no consumo de baixo risco, 5,8% no consumo de risco, 0,3% no consumo nocivo e 0,2% no consumo de provável dependência. Quanto ao estresse no trabalho, 51% dos trabalhadores exercem atividades com alta demanda psicológica e 56,1% apresentaram um alto controle no trabalho. Em relação ao suporte social, 54,8% possuem um nível alto. As combinações nos quadrantes do Modelo Demanda-Controle evidenciaram que 28,3% dos trabalhadores estão em trabalho ativo e 22,7 em alta exigência. As maiores chances para o consumo de álcool são para trabalhadores do sexo masculino, com 20 a 40 anos, graduados e pós-graduados, que trabalham em turno misto, consomem, às vezes, tabaco e possuem IMC < 25. Conclui-se que a prevalência de consumo de álcool é elevada e provável dependência baixa. Não foi evidenciada associação significativa entre álcool e estresse no trabalho. O rastreamento precoce é fundamental para a formulação de estratégias, programas, vigilâncias e políticas de ações de promoção à saúde do trabalhador em relação à redução do consumo de bebidas alcoólicas.

Descritores: Enfermagem; Estresse Ocupacional; Hospitais; Saúde do trabalhador; Alcoolismo.

ABSTRACT

OCCUPATIONAL STRESS AND ALCOHOL CONSUMPTION IN HOSPITAL WORKERS

AUTHOR: Patrícia Tuchtenhagen

ADVISOR: Dr Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

CO-ADVISOR: Dr Angela Isabel dos Santos Dullius

Alcohol consumption is harmful not only to the person but to the family, the work environment and society. Work in the hospital environment can be stressful and for some workers the alcohol consumption can be a coping strategy. This study aims to evaluate the relationship between occupational stress and alcohol consumption by workers at a university hospital in the southern region of Brazil. This cross-sectional epidemiological study was carried out in 2018, with 815 workers. A questionnaire containing sociodemographic, labor and health data, the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the Job Stress Scale (JSS) was used. The data were entered in Epiinfo and analyzed in the PASW, using descriptive and inferential analysis. The prevalence of alcohol consumption was 72.1%. Of these, 65% were classified into low-risk consumption, 5.8% in risk consumption, 0.3% in harmful consumption and 0.2% in consumption of probable dependence. As for work stress, 51% of the workers carried out activities with high psychological demand, 56.1% presented a high control in the work. Regarding social support, 54.8% have high social support. The combinations in the quadrants of the Demand-Control Model showed that 28.3% of workers are in active work and 22.7 in high demand. The highest odds for alcohol consumption are for male workers, 20-40 year old, graduates and postgraduates, who work in mixed shift, consumers of tobacco and that have a BMI < 25. It is concluded that the prevalence of alcohol consumption is high and probable low dependence. There was no significant association between alcohol and stress at work. Early screening is essential for the formulation of strategies, programs, surveillance and policies for actions to promote workers' health in relation to reducing alcohol consumption.

Keywords: Nursing; Occupational Stress; Hospitals; Worker's Health; Alcoholism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O Modelo Demanda-Controle.....	30
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estatísticas do hospital pesquisado.....	39
Quadro 2 - Classificação das variáveis sociodemográficas.....	41
Quadro 3 - Classificação das variáveis do perfil laboral.....	41
Quadro 4 - Classificação das variáveis do perfil de saúde.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição da população estudada segundo as características sociodemográficas dos trabalhadores do hospital universitário.....	51
Tabela 2 -	Distribuição dos trabalhadores, segundo as características laborais. Santa Maria, RS, 2018.....	52
Tabela 3 -	Distribuição dos trabalhadores, segundo as características de saúde. Santa Maria, RS, 2018.....	52
Tabela 4 -	Distribuição dos trabalhadores, segundo exposição ao estresse ocupacional – Modelo Demanda-Controle. Santa Maria, RS, 2018.....	53
Tabela 5 -	Distribuição dos trabalhadores, segundo características do consumo de álcool. Santa Maria, RS, 2018.....	54
Tabela 6 -	Distribuição do número da dose-padrão e da frequência de dose de álcool habitualmente consumido pelos trabalhadores Santa Maria, RS, 2018.....	55
Tabela 7 -	Distribuição dos trabalhadores, segundo características do consumo de álcool Santa Maria, RS, 2018.....	55
Tabela 8 -	Distribuição dos trabalhadores, segundo problemas relacionados ao consumo de álcool. Santa Maria, RS, 2018.....	56
Tabela 9 -	Distribuição dos trabalhadores, segundo características sociodemográficas em relação ao consumo e ao não consumo de álcool Santa Maria, RS, 2018.....	56
Tabela 10 -	Distribuição dos trabalhadores, segundo características laborais em relação ao consumo e não consumo de álcool Santa Maria, RS, 2018....	57
Tabela 11 -	Distribuição dos trabalhadores, segundo características da saúde em relação ao consumo e ao não consumo de álcool. Santa Maria, RS, 2018.....	57
Tabela 12 -	Distribuição dos trabalhadores, segundo características do trabalho e estresse ocupacional em relação ao consumo e ao não consumo de álcool Santa Maria, RS, 2018.....	58
Tabela 13 -	Análise bruta e ajustada das variáveis em relação ao consumo e ao não consumo de álcool em trabalhadores do hospital universitário.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRR	Centro Regional de Referência
<i>DCSQ</i>	<i>Demand- Control-Support Questionnaire</i>
GTESSP	Grupo de Pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente
IMC	Índice de Massa Corporal
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
JSS	<i>Job Stress Scale</i>
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDC	Modelo Demanda-Controle
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
RCQ	Relação Cintura Quadril
RJU	Regime Jurídico Único
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SOST	Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Confidencialidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTORDUÇÃO.....	16
1.1 OBJETIVO GERAL.....	19
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1 O TRABALHO, O TRABALHO NO AMBIENTE HOSPITALAR E A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	21
2.1.1 A Saúde do Trabalhador.....	23
2.2 O ESTRESSE OCUPACIONAL.....	25
2.2.1 Modelo Demanda-Controle de Karasek.....	28
2.3 O CONSUMO DO ÁLCOOL E RELAÇÃO COM O ESTRESSE.....	31
2.3.1 Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT).....	35
3 MÉTODO.....	38
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	39
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	41
3.4.1 Instrumento de caracterização sociodemográfica, laborais e perfil de saúde.....	41
3.4.2 Job Stress Scale – JSS.....	44
3.4.3 Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT.....	46
3.5 COLETA DE DADOS.....	46
3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	47
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
3.7.1 Riscos.....	49
3.7.2 Benefícios.....	49
4 RESULTADOS.....	50
4.1 ANÁLISES UNIVARIADAS.....	50
4.1.1 Perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores.....	50
4.1.2 Perfil de saúde dos trabalhadores.....	51
4.1.3. Caracterização do Estresse Ocupacional.....	52
4.1.4 Características do padrão de consumo dos trabalhadores.....	53
4.2 ANÁLISE BIVARIADA.....	55

4.3 ANÁLISE MULTIVARIADA.....	58
5 DISCUSSÃO.....	60
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PERFIL DE SAÚDE E LABORAL DOS TRABALHADORES.....	60
5.2 PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE RICO, USO NOCIVO E DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA.....	63
5.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E DO TRABALHO RELACIONADAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	65
5.4 RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE OCUPACIONAL E O CONSUMO DE ÁLCOOL POR TRABALHADORES.....	68
5.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO DESENVOLVIDO E LIMITAÇÕES.....	71
CONCLUSÃO.....	74
RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO.....	78
6 REFERÊNCIAS.....	78
ANEXOS.....	100
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA PESQUISA.....	100
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	101
ANEXO C - MANUAL DO COLETADOR.....	102
ANEXO D - MANUAL DE CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DE DADOS DA PESQUISA.....	132

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objeto de estudo a avaliação da relação entre estresse ocupacional e uso de álcool no contexto do trabalho hospitalar. Este estudo faz parte do projeto matricial “Cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar”, proposto por pesquisadores do Grupo de Pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente (GTESSP), do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, na Linha de Pesquisa “Interfaces entre trabalho, saúde do trabalhador e segurança do paciente”. A abordagem dessas duas temáticas propõe uma investigação sobre os aspectos que envolvem o mundo do trabalho e as consequências na vida e saúde dos trabalhadores.

Nesse contexto, as importantes mudanças políticas, sociais, econômicas e culturais que vêm ocorrendo a partir do século XIX colaboram fortemente na transformação das condições de vida e de trabalho dos cidadãos. O acúmulo de capital e a reestruturação produtiva, articuladas às características da pós-modernidade, provocaram, e ainda vem provocando, significativas mudanças no mundo do trabalho (BOBROFF; MARTINS, 2013). Com isso, surgem novas formas no processo de organização do trabalho, refletindo na relação homem-trabalho e, especificamente, na saúde do trabalhador, causando ansiedade e desgaste emocional entre os trabalhadores.

Essa condição pode dar origem a problemas de saúde mental como depressão e estresse (ALENCAR; BIZ, 2012; GAVIN et al., 2015), e tem motivado discussões e estudos em vários países, apresentando-se como uma preocupação internacional direcionada à premência de reconhecer, prevenir ou controlar o estresse laboral (GRECO et al., 2013). Vasconcelos e Guimarães (2009), Ebling e Carlotto (2012), Monteiro et al. (2013) e Santos et al. (2017) expõem as particularidades do ambiente hospitalar e apresentam o pressuposto de que o estresse está presente nesse ambiente de trabalho.

De acordo com Santos et al. (2017), os trabalhadores hospitalares estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças psicossociais como o estresse. Isso é decorrente do tipo de trabalho realizado, o qual, muitas vezes, não conta com apoio social, tem horários irregulares, presencia situações de violência, vivencia o contato com o sofrimento e com a morte de pacientes. Para Monteiro et al. (2013), as particularidades do emprego em ambientes

hospitalares como a dupla jornada, o serviço noturno, a carga pesada de atividades, a insatisfação com as condições de trabalho e o relacionamento interpessoal conflituoso com chefias e colegas estão associadas ao estresse ocupacional.

O estresse pode causar o baixo rendimento do empregado, alta rotatividade e absenteísmo (MONTEIRO et al., 2013). Assim, toda vez que um trabalhador falta ou é substituído é necessário que se faça uma reorganização de atividades, acarretando, muitas vezes, na sobrecarga de trabalho para aqueles que permanecem trabalhando.

Nessa perspectiva, pesquisadores como Selye (1959), Karasek (1979), Karasek e Theörell, (1990), Bianchi (2000), Lipp (2001), Guerrer e Bianchi (2008), Lipp e Malagris (2011) afirmam que o estresse pode ser definido como um estado em que ocorre um desgaste anormal do corpo humano ou uma diminuição da sua capacidade, ocasionado, basicamente, por uma incapacidade prolongada de o indivíduo tolerar, superar ou se adaptar às exigências de natureza psíquica existentes no seu ambiente de vida.

Além disso, o estresse é um termo utilizado, na atualidade, para determinar circunstâncias em que os indivíduos fornecem respostas adaptativas a estímulos internos ou externos como fator significativo para o desenvolvimento ou não de um quadro patológico (SOUZA et al., 2012; GAVIN et al., 2015). Ademais, alguns autores defendem que para que o estresse aconteça é necessário que o indivíduo perceba e avalie os eventos como estressores. Isso é, os fatores cognitivos têm um papel essencial na relação entre os estímulos potencialmente estressores e as respostas do indivíduo a eles. Entretanto, não quer dizer que a existência de um evento potencialmente estressor na organização laboral será percebida dessa forma pelo indivíduo (SERVINO; RABELO; CAMPOS, 2013).

Para alguns pesquisadores, o estresse pode ser um propulsor para o uso do álcool. Vaissman (2004), Barreto e Heloani (2015) constataram que a presença do estresse pode propiciar o consumo de álcool por parte dos trabalhadores. A bebida alcoólica pode ser utilizada como forma de amenizar o desconforto, a ansiedade e o sofrimento ocasionado no cotidiano laboral.

O estresse tem papel importante na relação entre álcool e trabalho, pois quanto mais estressante for o serviço, maior é o consumo de álcool e de transtornos relacionados ao abuso e à dependência dessa substância (BARRETO; HELOANI, 2015). Nesse sentido, as mudanças do mundo do trabalho, com o aumento da competitividade, da globalização e das tecnologias elevaram o número de trabalhadores com depressão, ansiedade e estresse, além de expandirem o número de adultos consumidores frequentes de álcool.

A partir da realização do estudo de tendências da produção científica de teses e dissertações, em maio de 2018, no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), com produções realizadas até essa data, acerca do estresse ocupacional e do consumo de álcool por trabalhadores hospitalares, observou-se que os trabalhadores hospitalares acometidos pelo estresse referenciam o ambiente hospitalar como determinante ao estresse. A associação entre o consumo de álcool e o estresse ocupacional foi constatada por Carvalho e Felli (2006) e Sá (2016) em estudo realizado com enfermeiros hospitalares. Ainda, esses estudos apresentaram como resultado o alto consumo de álcool por trabalhadores hospitalares de várias categorias, mas não realizaram a discussão sobre a sua associação com o estresse (MARTINS, 2002; CASTRO; FARIAS, 2008; MAIORINO, 2012; BRANCO, 2014).

Em uma revisão integrativa realizada na Base de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com estudos realizados até dezembro de 2017, com o objetivo de verificar os fatores associados ao estresse em trabalhadores hospitalares, observou-se associação com vários agravos à saúde. Desses, destaca-se a pesquisa de Oliveira et al. (2013), que identificou a associação do estresse ao consumo de álcool em enfermeiros hospitalares. No entanto, há uma lacuna do conhecimento sobre a investigação da relação entre o estresse e o consumo de álcool com as diversas categorias de trabalhadores hospitalares (VILLARREAL, 2003; YAMAGUTI et al., 2005; DORRIAN et al., 2011; EZAIAS; HADDAD; VANNUCHI, 2012; CAMPOS; DAVID, 2014).

Dessa forma, as evidências científicas da relação entre o estresse e o uso do álcool, as recomendações da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) para a adoção de ações de promoção de boas condições de trabalho; as diretrizes do Plano de Ação para a Saúde do Trabalhador da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), e a vivência acadêmica e profissional motivaram a realização desta pesquisa com a finalidade de agregar conhecimento científico na área, fornecer indicadores que possam contribuir com as políticas públicas de atenção à Saúde do Trabalhador, de forma a subsidiar/reforçar a elaboração de programas de prevenção do uso do álcool entre os trabalhadores.

O interesse pelo tema surgiu na vivência acadêmica da autora durante a realização do Curso de Enfermagem. Ao participar dos cursos ofertados pelo Centro Regional de Referência (CRR/UFSM) sobre o uso do álcool e de outras drogas, compreendeu-se a importância das discussões sobre o uso do álcool em todos os ambientes, visto que esse é de fácil e livre acesso o que propicia o uso, o abuso e a dependência. Como consequência disso, há um

aumento dos índices de acidentes de trânsito, de violência urbana, de mortes prematuras, de acidentes de trabalho, queda de produtividade dos trabalhadores, além de causar agravos à saúde.

Outro fator que impulsionou a realização deste estudo foi a participação da autora nas discussões propostas pelo grupo de pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente (GTESSP), do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, na Linha de Pesquisa “Interfaces entre trabalho, saúde do trabalhador e segurança do paciente”. Ter a oportunidade de agregar conhecimentos por meio desse grupo, bem como dos grupos da linha “Trabalho e gestão em enfermagem e saúde” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM se faz muito importante, pois é nesse espaço de construção que os anseios acadêmicos ganham voz.

O GTESSP apresenta como temas de discussão as pesquisas que envolvem a diminuição ou, até mesmo, eliminação de riscos na assistência em saúde que podem causar danos ao paciente, além das particularidades do trabalho em saúde. Neste sentido, inserir a discussão sobre o uso de álcool por trabalhadores hospitalares e a associação com estresse ocupacional, propicia a adoção de ações de promoção e de prevenção de boas condições de trabalho. Como consequência disso, melhora tanto a qualidade de vida no trabalho quanto a assistência prestada por estes profissionais.

Em vista disso, esta pesquisa como parte de um projeto matricial procura uma melhor compreensão quanto à complexa relação entre álcool, estresse e trabalho, e possui alguns quesitos norteadores. O principal deles é a identificação de associações entre características sociodemográficas, da saúde e do trabalho com o consumo de álcool nestes trabalhadores.

A partir destas considerações, tem-se a pretensão de responder às seguintes questões: Quais as características sociodemográficas, da saúde e do trabalho estão relacionadas com o consumo de álcool? Qual é a prevalência do consumo de álcool por trabalhadores hospitalares? Existe associação entre o estresse no trabalho e o consumo de álcool? Todavia, para responder a esses questionamentos propõe-se os seguintes objetivos:

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a relação entre o estresse ocupacional e o consumo de álcool por trabalhadores de um hospital universitário da região Sul do Brasil.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para alcançar o objetivo principal, propõe-se:

- (1) caracterizar os trabalhadores quanto às características sociodemográficas, laborais e de saúde;
- (2) identificar a prevalência do consumo de baixo risco, consumo de risco, consumo nocivo e provável dependência de álcool;
- (3) descrever os níveis de exposição ao estresse no trabalho;
- (4) analisar a associação entre o estresse no trabalho e o consumo de álcool.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Tendo em vista que o objetivo principal deste trabalho é avaliar a relação entre o estresse ocupacional e o consumo de álcool por trabalhadores de um hospital universitário da região Sul do Brasil, a apresentação das subdivisões do referencial teórico que embasou esta pesquisa se inicia com uma explicação sobre trabalho e as particularidades do trabalho em ambiente hospitalar. Após o esclarecimento de que se torna impossível negar a interferência psicossocial da condição laboral na saúde dos trabalhadores, uma apresentação sobre o estresse ocupacional foi realizada. Ademais, compreendendo que o ambiente hospitalar propicia o estresse, uma abordagem sobre a associação entre estresse e álcool foi feita.

2.1 O TRABALHO, O TRABALHO NO AMBIENTE HOSPITALAR E A SAÚDE DO TRABALHADOR

O trabalho é parte expressiva do cotidiano e crucial na constituição da subjetividade e da identidade social dos indivíduos e das coletividades. É fundamental para a reprodução social da humanidade ao sustentar, entre outros aspectos, a produção econômica de uma sociedade (BRITES, 2012; VIDAL, 2014). Além disso, configura-se através do processo de trabalho que abrange as condições objetivas (os materiais e instrumentos utilizados) e as condições subjetivas, que se referem aos desejos, aspirações, e possibilidades exercidas pelo trabalhador de acordo com o sentido e o sentimento que o trabalho adquire em sua vida (RIBEIRO, 2008; KARASEK, 2008; BRITES, 2012; VIDAL, 2014).

Em consonância com Ribeiro (2008), existem três elementos que possuem relações entre si, quando o assunto é a organização do trabalho relacionado à incorporação da força de trabalho ao capital: o conteúdo do trabalho, o seu método e as relações interpessoais. Esse três elementos relacionados estabelecem moldes de organizações, as quais podem ser clássicas ou flexíveis. As clássicas (fordismo e taylorismo) são representadas pela produção de grande escala, enquanto que as flexíveis são determinadas pela produção de pequenos lotes.

Entretanto, a organização do trabalho é determinada pelo que ele representa ao trabalhador. Assim, para Ribeiro (2008), o trabalho acaba tendo duas dimensões: a primária e a secundária. Nessa perspectiva, na dimensão primária o trabalho evidencia uma relação entre natureza e homem, transformando o homem e as relações sociais. De tal modo, o homem elabora sua identidade e sua história, trabalhando não apenas para sobreviver, mas realizando

uma atividade vital a ele, a qual é capaz de construir conhecimentos, avanços na tecnologia e novas relações com os outros.

Já na dimensão secundária, o trabalho segue as normativas do capital, causando a divisão social e do trabalho intelectual com o manual. Deste modo, o trabalho acontece na oposta associação entre o capitalismo e os trabalhadores, visto que o capitalismo dispõe dos instrumentos de trabalho e os trabalhadores o impulso para vender (RIBEIRO, 2008). Ainda em relação à dimensão secundária, Antunes (2007) salienta que o trabalho transforma-se em mercadoria, pois há uma divisão social do trabalho que separa os indivíduos em diferentes classes sociais e usufrutos, ao corresponderem às necessidades do capitalismo.

Com essa divisão entre o trabalho manual com o intelectual, constitui-se uma alienação do trabalhador. O capital passou a revolucionar o trabalho, a gestão e a organização, em busca de produzir mais gastando menos. Além do mais, as transformações pelas quais o mundo tem passado, as quais podem contribuir ao aprimoramento das condições de trabalho ao ampliar os sistemas de comunicação e informatização, acarretaram, segundo Mendes (2007), em novos riscos à saúde, os quais são, muitas vezes, advindos da organização do trabalho.

As mudanças nos processos produtivos, comentados anteriormente, iniciaram com mais ênfase nas indústrias, principalmente automotiva. Contudo, elas trouxeram mudanças sociais e econômicas para outros setores. O setor saúde é fundamentalmente trabalho da categoria de prestação de serviços, introduzido no setor terciário da economia. Por isso, ele tem seu processo de trabalho frequentemente modificado, de acordo com as mudanças sociais e econômicas vivenciadas pela sociedade (PEREIRA; SILVA, 2013). As instituições hospitalares exibem como particularidade um trabalho coletivo, que associa diversos profissionais, manuseio de equipamentos sofisticados, avaliações clínicas de suma importância, execução de procedimentos complexos, a fim de atingir o objetivo, que é o cuidado ao paciente (PROCHNOW et al., 2013). O contato quase que diário com os aspectos relacionados ao assistir pessoas doentes, seu sofrimento e, por vezes, a morte, fato inseparável ao ambiente hospitalar, solicitam aos profissionais muito controle de suas emoções e sentimentos diante dos pacientes e seus familiares (VASCONCELOS; GUIMARÃES, 2009; BARRETO et al., 2016).

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) (BRASIL, 2004) infere que a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores econômicos, sociais, tecnológicos e organizacionais relacionadas ao perfil de produção e consumo, além de fatores

presentes nos diversos processos de trabalho. Com isso, as diferentes características da organização hospitalar com seus vários níveis de autoridade, heterogeneidade e pessoal, entre outros, estão diretamente ligados aos conflitos. Assim, torna-se impossível negar a interferência psicossocial da condição de trabalho na saúde dos trabalhadores (VASCONCELOS; GUIMARÃES, 2009; MONTEIRO et al., 2013).

Os hospitais são empresas associadas à prestação de serviços à saúde, que visam à assistência, ao tratamento e à cura de pessoas com doenças, e, por isso, esse ambiente contribui para o aumento e o agravamento do adoecimento dos trabalhadores da saúde, pois o trabalho se apresenta fisicamente, emocionalmente e psicologicamente desgastante (BARRETO, et al., 2016). Assim, há a necessidade de constante vigilância, em função do cuidado prestado, que envolve a vida do outro, os riscos de acidentes e enfermidades de ordem física (SANTOS et al., 2017). Além disso, o funcionamento total da organização preconiza o regime de turnos e plantões, permitindo os duplos empregos e as longas jornadas de trabalho, que são práticas comuns desses profissionais da saúde, como forma de complementar os ganhos, o que contribui para a excessiva carga de trabalho associada a esse contexto (EBLING; CARLOTTO, 2012; MONTEIRO et al., 2013; SANTOS, 2017). Em consonância, Oliveira et al. (2014) afirmam que as profissões que apresentam maior risco para o adoecimento são aquelas em que os trabalhadores confrontam situações causadoras de estresse como trabalhos em turnos, longas jornadas, trabalhos noturnos e as que exigem constante vigilância, características do trabalho em ambiente hospital.

2.1.1 A Saúde do Trabalhador

Com o intuito de propiciar a saúde e a prevenção de doenças ocupacionais ao trabalhador, A Saúde do Trabalhador é um programa que busca disseminar o conhecimento, práticas de saúde e novas tecnologias (BRASIL, 2004). As discussões em torno do tema tiveram início na Inglaterra no século XIX com a Revolução Industrial, através da implantação da medicina do trabalho. Neste período, o consumo da força de trabalho resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção demandou uma intervenção sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo (WÜNSCH FILHO, 2004). A história da saúde do trabalhador reflete o interesse do Estado Capitalista em ter o retorno do investimento feito para prevenir doenças relacionadas ao trabalho. Dessa forma, foram implantadas a Medicina Ocupacional e os

Departamentos Médicos nas empresas, a fim de diminuir os prejuízos decorrentes de afastamentos e absenteísmo dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

Em 1919, foi fundada a Organização Internacional do Trabalho (OIT), cujo objetivo principal é promover a justiça social, a partir de recomendações sobre diversos temas como emprego, proteção social, recursos humanos, saúde e segurança no trabalho. Em 1998, a Conferência Internacional do Trabalho aprovou a Declaração dos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho. Essa declaração constitui quatro princípios fundamentais, os quais todos os membros da OIT estão sujeitos: liberdade sindical e reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; eliminação de todas as formas de trabalho forçado; abolição efetiva do trabalho infantil; e eliminação de todas as formas de discriminação no emprego ou na ocupação (OIT, 2018).

Em 1953, através da Recomendação 97 surge a "Proteção da Saúde dos Trabalhadores" com o incentivo à formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo sobre a organização de serviços de medicina do trabalho. Na década de 60, um movimento social renovado e redirecionado nasce nos países industrializados do mundo ocidental, especialmente na Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália. Esse movimento espalha-se globalmente, e tem como características o questionamento do sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho na vida, o uso do corpo e a denúncia do obsoletismo de valores (MENDES; DIAS, 1991).

Na década de 70, acontecem importantes mudanças nos processos de trabalho, com a forte tendência da "terceirização" da economia dos países desenvolvidos. Como resultados, obteve-se o declínio do setor secundário, o setor das indústrias e o crescimento do setor terciário, referente aos serviços, acarretando a mudança do perfil da força de trabalho empregada (MENDES; DIAS, 1991).

Já em torno da década de 80, ocorre a mudança de indústrias para o Terceiro Mundo, estabelecendo a transnacionalização da economia, especialmente daquelas que provocam poluição ambiental ou risco para a saúde (asbesto, chumbo, agrotóxicos, e outros), também as que necessitam de muita mão-de-obra e com baixa tecnologia. Portanto, devido à organização do trabalho ser avaliada de suma importância na relação de trabalho com saúde, determinam-se novas estratégias para mudanças nas condições de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Entre as décadas de 80 e 90, ocorreram muitas mudanças no contexto político, social e da Reforma Sanitária. Nesse processo de mudanças, a atenção à saúde do trabalhador ganhou significativas alterações, dentre elas, a inserção da saúde do trabalhador como campo de

atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei Orgânica da Saúde (LOS, nº 8080, artigo 6º), que expõe a responsabilidade da direção nacional do SUS em coordenar a política de saúde do trabalhador (DIAS, 1994; RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

Nesta perspectiva, o cumprimento de ações que se referem à saúde do trabalhador é orientado pela LOS, que a define como conjunto de atividades que visa, por meio das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e à proteção da saúde do trabalhador, bem como à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores expostos aos riscos e provenientes das condições laborais (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

Assim, com a institucionalização das ações de saúde do trabalhador no SUS, surge o modelo dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, cujo objetivo principal da saúde ocupacional é a promoção de saúde, com estratégia principal a modificação do comportamento das pessoas, por meio da educação (MENDES; DIAS, 1991). A Portaria GM/MS nº 1.823, declara a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSST), que objetiva a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, a redução da morbimortalidade resultante dos processos produtivos, por meio da execução de ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013).

Em relação aos trabalhadores da área da saúde, a Norma Regulamentadora 32, que trata da Segurança e saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde, estabelece as diretrizes para a prática das medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos estabelecimentos de assistência à saúde, além daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2005). Na perspectiva de que o trabalhador necessita se adaptar às tecnologias e se atualizar diante das demandas do mercado competitivo, observa-se que os trabalhadores ao lidarem com estas transformações, muitas vezes, podem desenvolver uma série de agravos à saúde dentre eles: consumo de substâncias psicoativas, estresse ocupacional, depressão, ansiedade, envelhecimento prematuro, aumento do adoecimento, morte por doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas (KARASEK, 2008; TORRES et al., 2011).

2.2 O ESTRESSE OCUPACIONAL

O estresse pode ser definido como um estado em que ocorre um desgaste anormal do corpo humano ou uma diminuição da sua capacidade, ocasionado, basicamente, por uma “incapacidade prolongada de o indivíduo tolerar, superar ou se adaptar às exigências de

natureza psíquica” (SANTOS; SANTOS, p. 52, 2005) existentes no seu ambiente de vida (FERNANDES; NITSCHKE; GODOY, 2017; BANDEIRA, 2017). A temática do estresse é um problema atual, estudado por vários profissionais, pois apresenta risco para o equilíbrio normal do ser humano (BIANCHI, 2000).

Nessa perspectiva, o estresse ocupacional é entendido como o estresse oriundo do ambiente de trabalho. Os principais estressores presentes no ambiente de trabalho envolvem os aspectos da organização, da administração, do sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas. No entanto, a quantidade de estresse que cada pessoa vivencia está condicionada por fatores como sua experiência no trabalho, o nível de habilidade, o padrão de personalidade e a autoestima (LIPP, 2001).

O trabalho, em suas conceituações universais, independente da representação social na qual se encontra inserido, constitui uma atividade consciente que apresenta o homem em ação sobre o mundo natural, a fim de satisfazer necessidades e, concomitantemente, com potencialidade de promover o desenvolvimento individual e social. Por isso, o trabalho é avaliado como uma mediação consciente do homem com a natureza para satisfazer suas necessidades (WÜNSCH; MENDES, 2015).

O estresse ocupacional ou relacionado ao trabalho é conceituado como um estado em que ocorre desgaste anormal do organismo humano ou, até mesmo, diminuição da capacidade de trabalho, em função da incapacidade prolongada de o indivíduo enfrentar às demandas existentes em seu ambiente de serviço (SILVA et al., 2015). Em consonância com Lipp (2001) e Lipp e Malagris (2011), o estresse pode ser dividido em quatro fases: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. A fase de alerta, é considerada a fase positiva do estresse, onde o indivíduo aumenta a produção de adrenalina e diminui produção de cortisol, causando um aumento da motivação e energia, o que gerará um aumento da produção do indivíduo. Na fase da resistência, a pessoa tenta lidar com os seus estressores de modo a buscar o seu reequilíbrio para manter a homeostase interna. Se os agentes estressantes se mantiverem em frequência ou intensidade, há uma quebra na resistência da pessoa e ela passa a fase de quase-exaustão. Nessa fase, há o início do processo de adoecimento e os órgãos que possuem ou que adquiriram maior vulnerabilidade genética passam a mostrar sinais de comprometimento. A fase de exaustão surge quando o estresse atinge a sua fase final. Ela acontece quando não ocorre a remoção dos agentes estressores ou quando o indivíduo não desenvolveu estratégias de enfrentamento. Nessa fase, surgem as doenças graves como enfarte, úlceras, psoríase, depressão, entre outras (LIPP; MALAGRIS, 2011).

Existem várias teorias do estresse que visam explicar a origem dos sintomas que descrevem um quadro característico do distúrbio. A teoria proposta por Selye (1959) apresenta esse fenômeno envolvendo três alterações importantes no organismo. Essas alterações foram descobertas a partir de pesquisas realizadas com ratos pelo autor, nas quais os organismos deles reagiam a estímulos, apresentando alterações no timo (redução), nas supra-renais (dilatação do córtex) e na área gastrointestinal (aparecimento de úlceras). Estudos posteriores, em humanos, comprovaram que várias modificações físicas e psicológicas surgem em resposta ao estresse. As modificações físicas contribuem para a etiologia de várias doenças físicas graves, além de afetar a qualidade de vida individual e de populações específicas.

Alguns estudos com trabalhadores hospitalares apontaram o estresse como fator contribuinte ou desencadeador de alguns agravos à saúde dos mesmos. Dentre esses problemas estão: as alterações sistêmicas e orais nos enfermeiros, principalmente dor de cabeça e obesidade (RODRIGUES; QUELUZ, 2015); as traduções psicossomáticas e o desenvolvimento de doenças crônicas, inclusive o câncer em profissionais de enfermagem (BARRETO et al., 2016); o infarto agudo do miocárdio e a hipertensão arterial sistêmica em trabalhadores da medicina, enfermagem, serviço social, odontologia, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional (ROSADO; RUSSO; MAIA, 2015); a exaustão emocional e a despersonalização em enfermeiros e auxiliares de enfermagem (PORTERO; VAQUERO, 2015); a síndrome metabólica, a ansiedade e a depressão em enfermeiros (RIBEIRO et al., 2015); a síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem intensivistas (MONTEIRO et al., 2013; SILVA et al., 2015), a síndrome de *burnout* nos trabalhadores de todas as categorias (EZAIAS; HADDAD; VANNUCHI, 2012; EBLING; CARLOTTO, 2012); distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem (URBANETTO et al., 2013); o consumo de ansiolíticos por trabalhadores de enfermagem (OLIVEIRA, 2014); o uso e o abuso de álcool por profissionais de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2013), o uso e o abuso de álcool por todos os trabalhadores hospitalares (VILLARREAL, 2003); a insônia em enfermeiras parteiras (DORRIAN et al., 2011); e os distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem (VALECILLO et al., 2009; MAGNAGO et al., 2009; LINCH, GUIDO, 2011).

Nessa perspectiva, o trabalhador de saúde acometido pelo estresse que permanece em suas atividades laborais tende a diminuir seu desempenho, gerar gastos com as consequências dos problemas de saúde, maior rotatividade e absenteísmo. Por conseguinte, o estresse

ocupacional prejudica a saúde do trabalhador, da organização e da sociedade (FERREIRA et al., 2016).

Além disso, percebe-se que duas possibilidades podem resultar da exposição ao estresse. A primeira, a forma positiva, dá origem a um indivíduo atuante, que realiza o enfrentamento do agente estressor e o supera, além disso, é instigado a atuar e criar. A segunda, a forma negativa, o agente estressor supera a capacidade de adaptação e retorno ao estado de equilíbrio, resultando em agravos a saúde (KARASEK; THEÖRELL, 1990).

Dentre as abordagens desenvolvidas para avaliar o impacto do estresse no trabalho sobre a saúde, o modelo Demanda-Controle enfatiza que o desequilíbrio entre a demanda psicológica e o controle sobre a ação produtiva resulta em desgaste, perda de aptidões e do interesse, afetando a saúde do trabalhador (THEME FILHA; COSTA; GUILAM, 2013).

2.2.1 Modelo Demanda-Controle de Karasek

A avaliação dos aspectos da organização, da administração, do sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas e de sua interferência na saúde dos trabalhadores tem evoluído consideravelmente. No entanto, sua aferição ainda configura-se como um desafio para a epidemiologia social. Esta verificação, muitas vezes, é alicerçada por construtos teóricos, que geram modelos testados em vários campos empíricos. Um dos modelos com maior poder explanatório e vastamente utilizado na literatura internacional como medida de condições psicossociais do ambiente do trabalho é o modelo Demanda-Controle (MDC). Este modelo bidimensional baseia-se na relação entre a demanda psicológica e o controle no trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAUJO, 2003; ALVES, 2004; ALVES et al., 2004; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; GRECO et al., 2011; URBANETTO et al., 2011; GRIEP et al., 2011; PROCHNOW et al., 2013; URBANETTO et al., 2013; ALVES; HÖKERBERG; FAERSTEIN, 2013; FEIJÓ et al., 2017).

O modelo supracitado foi elaborado na década de 1970 após um período de movimentação laboral na Europa e na América do Norte. Movimentos sociais buscaram democratizar o comando dos trabalhadores e o ambiente de trabalho através de ativistas sindicais e cientistas. Os conceitos de controle operário, coletividade dos trabalhadores e os limites de adequação proporcionaram as bases desse modelo (JOHNSON, 2007). Inicialmente, Karasek, sugeriu esse modelo bidimensional baseado na abordagem simultânea do controle sobre o trabalho e das demandas psicológicas. Após, em 1988 Johnson e Hall

incluiram a este modelo uma terceira dimensão: a percepção de apoio social do trabalho (GRIEP et al., 2011; ALVES; HÖKERBERG; FAERSTEIN, 2013). Para os autores, a integração social, a confiança no grupo e a contribuição na realização das tarefas por parte de colegas e superiores atuam como protetoras dos efeitos do desgaste no trabalho sobre a saúde.

As duas principais dimensões, a demanda e o controle, compreendem aspectos específicos do trabalho. Anteriormente, o controle era somente determinado como a “amplitude de decisão” que o trabalhador tem em relação ao uso de habilidades e a autoridade decisória, ou, então, a autonomia de decisões sobre o seu próprio trabalho. O uso de habilidades envolve a aprendizagem de coisas novas, a criatividade, a repetitividade, várias tarefas e o desenvolvimento de habilidades especiais. Já a autoridade decisória contempla a habilidade para a tomada de decisão sobre o próprio trabalho, a influência do grupo de trabalho e da política gerencial (KARASEK e THEORELL, 1990). Agora, o controle, segundo o próprio Karasek (2008) é a liberdade de as pessoas agirem usando suas habilidades dentro das estruturas sociais nas quais fazem seus principais investimentos e ganham suas maiores recompensas de sustentação da vida.

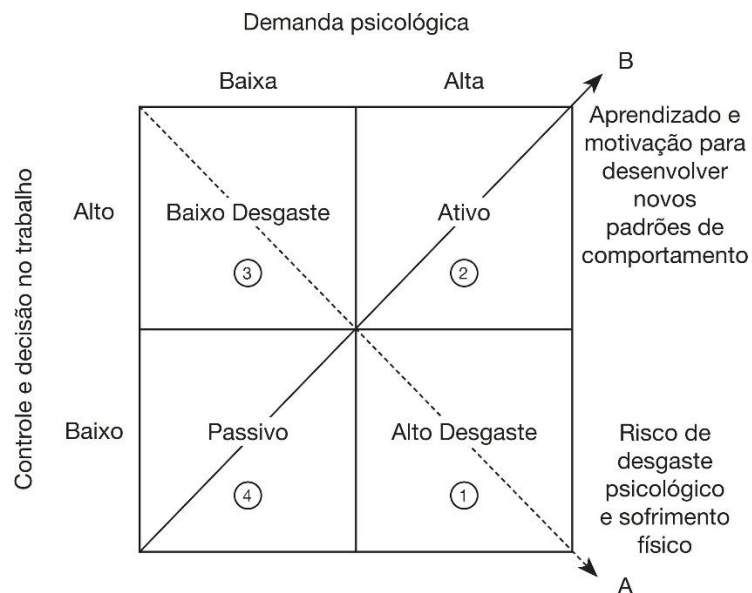
Ainda, os autores referem que a demanda psicológica se refere às necessidades psicológicas que o trabalhador enfrenta enquanto realiza suas tarefas, como por exemplo, a pressão de tempo para realizar determinada tarefa, que exige muita concentração quando tem que interromper tarefas ou quando tem que aguardar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores. Neste modelo abordado, existem quatro tipos de experiências no trabalho originados da combinação demanda psicológica (alto e baixo nível) e de controle (trabalho de alta exigência; trabalho ativo; trabalho passivo e trabalho com baixa exigência) (KARASEK e THEORELL, 1990; ARAÚJO; GRAÇA; ARAUJO, 2003; ALVES, 2004; ALVES et al., 2004; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; GRECO et al., 2011; URBANETTO et al., 2011; GRIEP et al., 2011; PROCHNOW et al., 2013; URBANETTO et al., 2013; ALVES; HÖKERBERG; FAERSTEIN, 2013; FEIJÓ et al., 2017).

Os trabalhadores, ao enfrentarem a alta demanda psicológica, combinada com um baixo controle sobre o trabalho (quadrante 1 da figura 01), estão sujeitos a apresentarem maiores riscos para ter problemas de saúde física e mental decorrentes do estresse (alto desgaste ou trabalho de alta exigência). Os trabalhos considerados ativos são aqueles que possuem altas demandas psicológicas, porém, possibilitam ao trabalhador a tomada de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas, além poder utilizar potencial intelectual para isso (quadrante 2 da figura 01) (KARASEK e THEORELL, 1990; ARAÚJO; GRAÇA;

ARAÚJO, 2003; ALVES, 2004; ALVES et al., 2004; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; GRECO et al., 2011; URBANETTO et al., 2011; GRIEP et al., 2011; PROCHNOW et al., 2013; URBANETTO et al., 2013; ALVES; HÖKERBERG; FAERSTEIN, 2013; FEIJÓ et al., 2017).

De outro modo, os trabalhos que combinam baixa demanda e baixo controle, chamados de trabalho passivo (quadrante 4 da figura 01), são percebidos como facilitadores para o declínio da atividade geral do indivíduo, isto porque, o trabalhador poderá se sentir em estado de apatia, seja pela ausência de desafios significantes e de possibilidades para atuações com energia, seja pela rejeição do sistema as suas iniciativas de trabalho. Finalmente, os trabalhos considerados como sendo de baixo desgaste (quadrante 3 da figura 01) são aqueles que combinam pouca demanda psicológica e muito controle sobre o trabalho (KARASEK e THEORELL, 1990; ARAÚJO; GRAÇA; ARAUJO, 2003; ALVES, 2004; ALVES et al., 2004; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; GRECO et al., 2011; URBANETTO et al., 2011; GRIEP et al., 2011; PROCHNOW et al., 2013; URBANETTO et al., 2013; ALVES; HÖKERBERG; FAERSTEIN, 2013; FEIJÓ et al., 2017).

Figura 1 - O modelo de demanda controle



Fonte: (KARASEK, 1998)

Para mensurar o estresse no Brasil, são utilizados dois instrumentos que foram traduzidos e adaptados para o português brasileiro, segundo o MDC: *Job Content Questionnaire* (JCQ) (ARAÚJO; GRAÇA; ARAUJO, 2003), e a sua versão reduzida

denominada *Job Stress Scale* (JSS) (ALVES et al, 2004). No primeiro instrumento, dezessete questões avaliam o controle; nove avaliam demandas psicológicas; cinco demandas físicas; onze avaliam suporte social; seis indagam sobre insegurança no trabalho e uma questão investiga o nível de qualificação requerido para a atividade de trabalho realizada, totalizando 49 questões (ARAÚJO; GRAÇA; ARAUJO, 2003; ALVES, 2004; ALVES et al., 2004).

A JSS foi preparada originalmente em 1988, na Suécia, por Thores Theorell e trata-se de uma versão resumida do JCQ, contendo dezessete questões: cinco para avaliar demanda; seis para avaliação da dimensão controle e seis para a avaliação da dimensão suporte social (ALVES et al, 2004; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; GRECO et al., 2011; URBANETTO et al., 2011; PROCHNOW et al., 2013; URBANETTO et al, 2013; ALVES; HÖKERBERG; FAERSTEIN, 2013; FEIJÓ et al., 2017).

Os pesquisadores Aguiar, Fonseca e Valente (2010) após realizarem um estudo que objetivava verificar a confiabilidade teste-reteste da versão em Português da escala sueca “*Demand- Control-Support Questionnaire (DCSQ)*”, constataram que o instrumento tem boa estabilidade, possibilitando sua utilização em estudos de associação entre estresse no trabalho e desfechos relacionados à saúde.

2.3 O CONSUMO DO ÁLCOOL E RELAÇÃO COM O ESTRESSE

Um comportamento aceito pela maioria das culturas, o uso de bebidas alcoólicas, está associado a celebrações, fechamento de negócios, eventos sociais e culturais, bem como cerimônias religiosas (BRASIL, 2007). Aproximadamente 40% da população mundial acima de 15 anos, ou seja, cerca de 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. Contudo, estima-se que 2 a 2,5 milhões de pessoas morrem devido ao uso do álcool como, por exemplo, intoxicações agudas, cirrose hepática induzida pelo álcool, violência e colisões de automóveis, o que faz com que se gaste 2% do PIB global em decorrência deste consumo (ANTHONY, 2009). No Brasil, o consumo anual de álcool *per capita*, conforme verificado em 2004, incluindo o consumo não-registrado, foi estimado em 8,32 litros de álcool puro por adulto, quantidade muito acima da média mundial, de 5,8 litros (HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

As bebidas alcoólicas estão facilmente disponíveis, com preços bastante acessíveis e com um mínimo de impedimentos legais. Muitas pessoas, ao se sentirem solitárias e incapazes de modificar sua situação de vida, recorrem à bebida alcoólica para anestesiarem o sofrimento. Além disso, existe, também, o uso recreativo da substância e o uso relacionado ao trabalho,

fazendo com que os problemas decorrentes deste uso se transformem em um grande problema de saúde pública no Brasil (BRANCO et al., 2009).

Neste sentido, em uma pesquisa realizada no Brasil, com o objetivo de averiguar dados referentes aos benefícios de auxílio doença concedidos aos trabalhadores empregados, decorrentes de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool, constatou que, em 2007, foram concedidos 6.939 benefícios auxílio doença por alcoolismo, sendo que a prevalência masculina e feminina foi de 37,41 e 2,52, respectivamente (BRANCO et al., 2009).

O trabalho é considerado um dos fatores de risco para o alcoolismo crônico. O consumo associado às situações de trabalho é, muitas vezes, um meio de garantir a inclusão no grupo e, também, uma forma de viabilizar o próprio trabalho, em decorrência dos efeitos próprios do álcool. O nível de estresse, a excessiva pressão pelo máximo desempenho, as jornadas de trabalho em horários desfavoráveis, bem como a monotonia típica de determinadas atividades têm sido citados como fatores que contribuem para o uso abusivo do álcool (BRANCO et al., 2009).

No Brasil, a bebida alcoólica pode ser utilizada como forma de amenizar o desconforto, a ansiedade e o sofrimento ocasionado no cotidiano laboral. O estresse tem papel importante na relação entre álcool e trabalho, pois ele pode interferir no aumento do consumo da substância (VILLARREAL, 2003; OLIVEIRA et al., 2013; BARRETO; HELOANI, 2015). O estudo realizado por Vidal, Abreu e Portela (2017) para avaliar a relação entre o estresse psicossocial no trabalho e o padrão de consumo de álcool em trabalhadores prestadores de serviço em instalações petrolíferas evidenciou que trabalhadores expostos ao alto estresse no trabalho têm maiores chances de apresentar consumo abusivo de álcool, quando comparados aos trabalhadores não expostos ao estresse.

A pesquisa realizada por Laranjeira e colaboradores (2014) aponta que no período de 2006 a 2012 ocorreu um aumento de 20% na proporção de consumidores frequentes de álcool e 17% deles apresentaram critérios para abuso e ou dependência. Nessa perspectiva, aumentou o número de trabalhadores com depressão, ansiedade e estresse em decorrência das exigências oriundas do trabalho.

As exigências da organização, citadas anteriormente, podem não determinar o uso do álcool pelos trabalhadores, mas contribuem de forma significativa. Neste contexto, o álcool é utilizado para aliviar tensões como defesa contra os perigos enfrentados e contra o que efetivamente faz sofrer (VAISSMAN, 2004). Conforme a autora, alguns fatores contribuem

para maior risco profissional, os quais são: disponibilidade do álcool, acesso ao álcool enquanto se trabalha; pressão social para beber; situações de solidão ou falta de suportes familiares; ausência de supervisão, comando ou chefia; polos sociais extremos, baixa ou alta renda; empregos com alta tensão, estresse e perigo.

Além do prejuízo pessoal e para empresa na qual o indivíduo trabalha, o uso de álcool em algumas ocupações ou empregos no local de trabalho pode acarretar em danos à população em geral. Essas ocupações incluem transportes públicos, forças policiais e de segurança, serviços de bombeiros, serviços de saúde e indústrias perigosas. Em relação às taxas mais elevadas de consumo, algumas profissões consomem mais do que as outras, como é o caso dos trabalhadores com função de gestão pessoal e de vendas, médicos, advogados, empregados de bar e artistas. Embora os efeitos de determinadas condições de trabalho possam promover ou aumentar o consumo de álcool, o modo como os trabalhadores respondem individualmente a tais condições varia. Alguns trabalhadores são mais vulneráveis às influências do ambiente e têm menos capacidade para lidar com problemas que os outros (FÉLIX JUNIOR et al., 2016).

Nesse mesmo pensamento, Dejours (1992) aponta que as organizações de trabalho implicam em riscos importantes à integridade corporal do trabalhador e, por isso, geram tensões psíquicas particulares. Nesse contexto, o consumo do álcool pelos trabalhadores poderá ser uma forma de defesa coletiva da profissão contra sofrimentos que são difíceis de combater de outro modo.

Pesquisa americana realizada por Kenna e Wood (2004) que investigou o uso e abuso de álcool em uma amostra de dentistas, enfermeiros, farmacêuticos e médicos constatou que 68,7% se enquadravam nos padrões de consumo de álcool. Duas pesquisas brasileiras com profissionais da saúde, uma com médicos e outra com profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) constataram o uso de álcool. Na primeira, 36,8% dos médicos em tratamento por dependência química consumiam álcool concomitante a outra droga e 34,3% consumia somente álcool (PALHARES-ALVES et al., 2005). Na segunda, 6,2% dos trabalhadores da ESF apresentavam uso problemático de álcool (REISDORFER et al., 2016). O consumo de bebidas alcoólicas por trabalhadores da saúde em níveis acima do aceitável prejudica o próprio trabalhador, a instituição, e principalmente compromete a assistência segura prestada ao paciente.

Por outro lado, o alcoolismo pode ser uma confrontação com a organização do trabalho por parte dos trabalhadores, em relação às ideias defensivas do ofício (DEJOURS, 1990; RONZANI et al., 2004; BRITES; ABREU, 2014; BRITES; ABREU; PINTO, 2014). O

alcooolismo é o consumo abusivo e sistemático de bebidas alcoólicas, que resulta em dependência e se constitui em uma doença crônica, considerada como uma das mais graves questões de saúde pública no Brasil. Ele é responsável, muitas vezes, pela perda da liberdade individual, pelas doenças físicas e psíquicas, pela desestruturação familiar, pelo aumento dos acidentes de trânsito e pelo absenteísmo no trabalho. Assim, o alcooolismo ocupa o quarto lugar no grupo de doenças incapacitantes, além de estar associado com a alta prevalência de comorbidade psiquiátrica relacionada (PONCE et al., 2016). Além disso, ocupa a terceira posição entre os principais fatores de risco de saúde no mundo. Acredita-se que existam cerca de dois bilhões de pessoas em todo o mundo que consomem bebidas alcoólicas e que 76,3 milhões que fazem uso de álcool com diagnóstico de dependência (WHO, 2011).

Classificado como depressor, o álcool desacelera as funções vitais, fazendo com que o organismo fique mais lento, alterando a percepção do indivíduo (FERREIRA et al., 2013). Os efeitos no organismo, após o consumo, variam. Isso depende do tipo de bebida utilizada, da quantidade ingerida, da velocidade do consumo, da presença de alimentos no estômago e da presença de doenças. Entretanto, o uso crônico de bebidas alcoólicas é considerado um fator responsável pela elevação sistólica e diastólica da pressão em função do aumento na irrigação dos vasos sanguíneos, causando hipertensão, arritmia cardíaca e miocardiopatia; faz com que a pessoa tenha menor força muscular, ocasionado por uma diminuição da síntese de proteínas musculares, caracterizando uma atrofia nas fibras dos músculos; causa gastrite, devido às secreções gástricas estarem aumentadas, podendo levar a um refluxo gastroesofágico; esteatose hepática alcoólica que é considerada como fígado gorduroso e, conseqüentemente, o quadro pode evoluir para cirrose, impossibilitando o órgão de sua função, sendo necessário o transplante de fígado; causa transtorno amnésico alcoólico e síndrome de *wernicke- korsakoff*: doença que inclui confusão mental, paralisia dos nervos oculares, dificuldade de coordenação motora e perdas de memória (REIS et al., 2014).

As causas para o alcooolismo serão ocasionais quando o consumo ocorre devido ao ambiente, serão secundárias quando ocorre em conseqüência de transtorno mental ou serão psicopáticas em função de características congênitas que facilitam o vício e conflitos neuróticos, isto é, quando os traços da personalidade condicionam a fixação do hábito (LITTLETON, 1994).

Em relação aos efeitos no organismo, o álcool acarreta prejuízo do julgamento e da crítica, prejuízo, também, da percepção, da memória e da compreensão, além da diminuição da resposta sensitiva e do retardo da resposta reativa. O álcool diminui, também, a acuidade

visual e a visão periférica, provoca falta de coordenação sensitivo motora, prejuízo do equilíbrio e sonolência. Essas consequências têm como resultado, no ambiente de trabalho, atrasos, queda de produtividade, o desperdício de materiais, a sobrecarga dos sistemas de saúde, os conflitos com colegas de trabalho, os conflitos disciplinares em relação aos supervisores, a dificuldade de entender novas instruções ou de reconhecer erros, a reação exagerada às críticas e a variação constante do estado emocional (MORAES et al., 2016).

Uma pesquisa realizada pelo Sistema VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - da Secretaria de Vigilância em Saúde, em 2009, nas capitais do Brasil, apontou que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi de 18,9%, sendo quase três vezes maior em homens (28,8%) do que em mulheres (10,4%). Em ambos os sexos, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi maior nas faixas etárias mais jovens, alcançando mais de 30% dos homens e mais de 10% das mulheres entre 18 e 44 anos de idade. A partir dos 45 anos de idade, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas declina progressivamente até chegar a 8,4% entre os homens e 1,5% entre as mulheres na faixa etária de 65 ou mais anos de idade. Nos dois sexos, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas aumenta com a escolaridade do indivíduo (MALTA et al., 2017).

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, estudo que envolveu as 108 maiores cidades do país, estimou que 12,5% da população brasileira, com idade entre 12 e 60 anos, são dependentes de álcool. Essa comprovação está ligada aos dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), nos quais 10% a 14% da população economicamente produtiva têm problemas de uso abusivo ou dependência (OLIVEIRA et al., 2013).

2.3.1 Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT)

A detecção do uso do álcool é conseguida por meio de instrumentos padronizados e validados para o Brasil. Dentre estes instrumentos, o Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool é o mais utilizado. O AUDIT, derivado do *Alcohol Use Disorders Identification Test*, que em inglês significa “auditar”, é abrangente e permite detectar diferentes níveis de problemas associados a diferentes padrões de uso de álcool (BRASIL, 2017). Ainda, o AUDIT verifica diversos níveis de consumo de álcool, desde o abstinência até o consumo dependente; avalia o uso de álcool nos últimos 12 meses; e pode ser

utilizado por todos os profissionais, em toda a população e em diversos ambientes (BRASIL, 2017).

O AUDIT permite uma abordagem que considera uma mudança de foco do problema, enfatizando a detecção precoce de uma maior variedade de problemas relatados pelo uso de álcool, não apenas o alcoolismo, mas também o uso de risco. A verificação deixa de ser usada apenas como parâmetro diagnóstico, mas também na detecção de fatores de risco (MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZAMI, 2007; ABREU et al., 2018; FÁVERO et al., 2018).

Foi verificado através de uma busca na literatura que na América Latina o AUDIT tem sido muito aplicado para identificar os problemas provenientes do uso de álcool com diversas populações, dentre elas: na população em geral (CARLINI et al., 2002; CARLINI et al., 2006; LARANJEIRA et al., 2007;), com estudantes adolescentes (ALDERETE et al., 2008; MARTINS et al., 2008; LUCIO GÓMEZ-MAQUEO et al., 2009; DALLO; MARTINS, 2011; MENDEZ-RUIZ et al., 2015; RODRÍGUEZ PUENTE et al., 2016; MARTINS-OLIVEIRA et al., 2016), com adultos e jovens universitários (AGUIRRE; CASTILLO; ZANETTI, 2010; ROCHA et al., 2011; FUNAI; PILLON, 2011; SILVA et al., 2011; AMORIM; AMORIM; GUEDES, 2012; ARMENDÁRIZ et al., 2012; BAUMGARTEN; GOMES; FONSECA, 2012; ZUCOLOTO; CIOFFI; CAMPOS, 2013; BARBOSA et al., 2013; ARAÚJO et al., 2014; PIRES et al., 2015; PARENTE et al., 2017; PELICIOLI et al., 2017; MACIEL; VARGAS, 2017), com diversos trabalhadores (MABUCHI; OLIVEIRA; LIMA, 2007; BRAVO ORTIZ; MARZIALE, 2010; BRITES; ABREU, 2014; CAMPOS et al., 2016; RODRÍGUEZ PUENTE et al., 2016), com pacientes dos serviços intra e extra-hospitalares (MOREIRA; GALERA, 2010; REGO et al., 2011; SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012; MARTINS et al., 2012; FERREIRA et al., 2013; DOMINGUES et al., 2014; REIS et al., 2014; VARGAS; BITTENCOURT; BARROSO, 2014; MORILHA et al., 2015; SOARES et al., 2016; PRANKE; CORAL, 2017) e com trabalhadores hospitalares (ROCHA; DAVID, 2015; GAVIN et al., 2015; FERNANDES, 2015; SÁ, 2016).

A partir disso, o AUDIT possibilita que os profissionais de saúde identifiquem se um indivíduo apresenta um consumo de risco, uso nocivo ou dependência álcool, de acordo com cada zona de risco (RONZANI et al., 2005; DONATO; ZEITOUNE, 2006). Quatro zonas definem o padrão conforme o número de pontos obtidos, que são: zona I (uso de baixo risco) até 7 pontos; zona II (uso de risco) de 8 a 15 pontos; zona III (uso nocivo) de 16 a 19 pontos e zona IV (provável dependência) para 20 pontos ou mais (BABOR et al., 2005).

Babor e colaboradores (2015) apontam que o consumo de risco é um padrão de consumo que trará consequências negativas para o bebedor ou para seus próximos, ainda que o indivíduo não tenha nenhuma manifestação física ou mental. Em relação ao uso nocivo, os mesmos autores apresentam que as implicações serão físicas e mentais, ainda que algumas também incluam consequências sociais entre os danos causados pelo uso do álcool. Por último, a dependência é um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que ocorrem após o consumo excessivo de álcool, a qual ocasiona um forte desejo de consumir o álcool, uma dificuldade de controlar esse desejo, prioridade no consumo em relação a outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e abstinência quando o consumo é interrompido (FORMIGONI; MICHELI, 2008).

Ao considerar os achados da literatura expostos anteriormente, o foco do presente trabalho será a análise da associação do estresse no trabalho com o consumo de álcool por trabalhadores hospitalares.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, realizado em um hospital universitário do sul do Brasil. Obteve-se uma população de 815 trabalhadores da área da saúde e dos serviços de apoio, vinculados a dois regimes de trabalho (CLT e RJU). Foram incluídos os trabalhadores com tempo de atuação mínima de quatro semanas no setor e carga horária mínima de 20 horas semanais. Este período foi considerado o mínimo para o trabalhador ser suficientemente exposto à cultura de sua unidade, que lhe permitiu responder de forma adequada à pesquisa (SEXTON; THOMAS; GRILLO, 2003). Foram excluídos os trabalhadores afastados do trabalho por qualquer motivo, no período de coleta de dados. O protocolo de pesquisa compreendeu dez Blocos com instrumentos autopreenchíveis: Caracterização Sociodemográfica, laborais e perfil de saúde; Safety Attitudes Questionnaire (SAQ); Job Stress Scale (JSS); Cortisol salivar; Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares; Maslach Burnout Inventory; Stanford Presenteeism Scale; Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

Os pesquisadores confeccionaram um manual do coletador (Anexo C), o qual serviu como fonte de consulta para os coletadores durante o processo de coleta. Além disso, foi realizada uma capacitação com todos os coletadores. Nesta capacitação, foi realizada uma simulação entre os coletadores, com possíveis abordagens, respostas e reações dos respondentes. Ainda, foi realizado um teste piloto com os participantes do grupo de pesquisa. O manual, a capacitação, a simulação e o teste piloto foram de suma importância durante a coleta, visto que serviram para dar sustentação, segurança e padronização aos coletadores.

A coleta de dados aconteceu de março a setembro de 2018, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Os participantes foram convidados a responder à pesquisa no ambiente e turno de trabalho, em um momento que não comprometeu a realização das atividades laborais. Cada coletador portava seu kit de coleta, o qual continha: uma balança calibrada (a cada 20 participantes, foi utilizado um peso de 2 Kg para conferir a balança); uma fita métrica; um aparelho para verificação de pressão arterial; o manual de coleta; as aprovações do CEP, da Instituição e da coordenadora do projeto; e uma caneta.

Inicialmente foram apresentados os objetivos e a forma de participação, e entre aqueles que aceitaram participar do estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim, os pesquisadores se comprometeram com a confidencialidade dos

dados, através do Termo de Confidencialidade (TC). Os dados foram digitados no programa Excel, com dupla digitação independente por colaboradores da pesquisa capacitados. Foi confeccionado o Manual de Codificação e Digitação de Dados da Pesquisa (Anexo D), o qual serviu de orientação aos digitadores. Após verificação de possíveis erros e inconsistências na digitação, a análise descritiva e inferencial foi realizada no programa PASW Statistic® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago, USA) versão 18.0 para Windows.

A partir da próxima seção, será apresentado o caminho metodológico que foi utilizado para responder às perguntas relacionadas ao estresse ocupacional e ao consumo de álcool por trabalhadores hospitalares.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal. Ele fornece uma fotografia da situação pesquisada, a partir da qual a exposição e o efeito são observados em um mesmo momento histórico. Por este motivo, não há possibilidade de inferir causalidade (viés da temporalidade), mas permite que seja realizada uma avaliação de associação entre as variáveis estudadas. Além disso, descreve os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos (BORDALO, 2006; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O HUSM, criado em 1970, é uma instituição hospitalar pública de ensino, centro de referência para a região de cobertura da 4ª Coordenadoria Estadual de Saúde (CRS). Ele presta assistência de média e alta complexidade aos pacientes referenciados. Desde 2013, está vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

O HUSM possui 403 leitos nos setores de internação, 42 leitos na Unidade de Tratamento Intensivo, além das 53 salas de ambulatório, 11 salas para atendimento de emergência, 06 salas do Centro Cirúrgico e 02 salas do Centro Obstétrico.

No ano de 2017, apresentou as seguintes estatísticas:

Quadro 1 – Estatísticas do hospital pesquisado (2017).

Variável	Frequência	Média
Internações	16.608	1.384
Altas	15.910	1.325
Óbitos antes de 24 Hs	111	9
Óbitos depois de 24 Hs	637	53
Saídas	16.658	1388
Pac/Dia		365
Média de Permanência		7,53
Taxa de Ocupação		92,4%
Intervalo de Substituição		0,62
Rotatividade de Leitos		3,70
Mortalidade Institucional		3,62%
Mortalidade Global		4,29%
Nº de leitos (base de cálculo)	403	

Fonte: Setor estatística do hospital pesquisado, 2017 (HUSM, 2018).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram do estudo os trabalhadores dos serviços de saúde e dos serviços de apoio oferecidos na instituição. Destacam-se:

a) Profissionais da saúde: médicos, enfermeiros, técnicos (enfermagem, radiologia, laboratório e farmácia), fisioterapeutas, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, nutricionistas, entre outros.

b) Serviço de apoio: serviço de higiene e limpeza, serviço de manutenção, cozinheiros, copeiros, almoxarifes, auxiliares de escritório, secretárias, gerentes administrativos, pedreiros, porteiros, vigilantes, motoristas, telefonistas, costureiros, entre outros.

A população compreende, atualmente, 1.835 trabalhadores. Desses, 824 são vinculados à EBSEH regidos pela CLT, e 1.011 vinculados à UFSM pelo Regime Jurídico Único (RJU).

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser trabalhador da instituição com tempo de atuação mínimo de quatro semanas no setor e carga horária mínima de 20 horas semanais. Esse período foi considerado o mínimo para o trabalhador ser suficientemente exposto à cultura de sua unidade e que o permita responder com mais facilidade à pesquisa

(SEXTON; THOMAS; GRILLO, 2003). E como critérios de exclusão: trabalhadores afastados do trabalho por qualquer motivo, no período de coleta de dados. A amostragem foi por conveniência.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O protocolo de pesquisa deste estudo utilizará os blocos A, B, C, D, F e J do projeto Matricial. O Bloco A, B, C e D é composto por questões elaborados pelos pesquisadores (caracterização dos trabalhadores), o Bloco F por questões que investigam o estresse ocupacional (Job Stress Scale - JSS) e o Bloco J por questões que investigam o consumo de álcool (*Alcohol Use Disorders Identification Test*– AUDIT). Esses últimos são instrumentos já validados para a realidade brasileira (ALVES et al., 2004; LIMA et al., 2005).

3.4.1 Instrumento de caracterização sociodemográfica, laborais e perfil de saúde

3.4.1.1 As classificações das variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas foram verificadas conforme o quadro a seguir.

Quadro 2 - Classificação das variáveis sociodemográficas

Variáveis	Classificação
Idade em anos completos	20-40 anos 41-71 anos
Gênero	Masculino Feminino Outro
Estado civil	Sem companheiro Com companheiro
Filhos	Não Sim

3.4.1.2 As classificações das variáveis do perfil laboral

As variáveis do perfil laboral foram verificadas conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Classificação das variáveis do perfil laboral

Variáveis	Classificação
Setor	Crítico (Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade Cardiovascular Intensiva, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Bloco Cirúrgico, Sala de Recuperação Intermediária/Anestésica e Centro Obstétrico) Não-crítico (todos os outros serviços de assistência direta e indireta).
Regime de trabalho	Celetista Estatutário/RJU Outro
Cargo	Assistência Direta (Assistente social, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico da equipe responsável, Médico residente, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Auxiliar/Técnico de enfermagem, Técnico de laboratório, Terapeuta ocupacional, Auxiliar de saúde e Técnico de radiologia) Assistência indireta (Farmacêutico, Administrativo (Auxiliar de escritório, secretário, recepcionista, almoxarife), Cozinheiro/ Copeiro, Motorista, Serviço de higiene e limpeza/lavanderia, Serviço de manutenção, Vigilante/porteiro, Técnico em farmácia, Biomédico, Biólogo, Físico e Engenheiro).
Maior formação completa	Ensino Fundamental e Ensino Médio Graduação Pós Graduação
Turno de trabalho atual nessa unidade	Manhã Tarde Noite Misto
Satisfação por trabalhar no setor	Não Sim
Intenção de deixar o trabalho	Não Sim

3.4.1.3 As classificações das variáveis do perfil de saúde

As variáveis do perfil de saúde foram verificadas conforme Quadro 04.

Quadro 4 - Classificação das variáveis do perfil de saúde

Variáveis	Classificação
IMC (kg/m ²)	< 25,0 ≥ 25,0
Relação cintura/quadril RCQ	Mulheres >0,85 ≤ 0,85
	Homens >0,90 ≤0,90
Ganho de peso nos últimos 6 meses	Não Sim
Prática de atividade física	Não Sim Às vezes
Hábito de fumar	Não Sim Às vezes

a) Índice de Massa Corporal (IMC)

Foi calculado o IMC a partir da seguinte equação: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura (m)}$. A estatura do participante foi autorreferida. Para mensurar o peso, foi solicitado aos participantes que estivessem com o mínimo de roupas possível e utilizada balança eletrônica digital, com precisão de 0,1 kg e capacidade de 150 kg. A balança foi calibrada a cada 20 participantes, utilizando um peso de 2 Kg. O IMC foi categorizado conforme os pontos de corte estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995): < 18,5 kg/m² (baixo peso), 18,5 a 24,9 kg/m² (eutrófico), 25,0 a 29,9 kg/m² (sobrepeso) e 30,0 kg/m² (obesidade). Nesta análise, os trabalhadores foram classificados como acima do peso adequado (IMC ≥ 25,0 kg/m²) e no peso adequado (IMC < 25,0 kg/m²).

Segundo a literatura os níveis de consumo de álcool apresenta associação com o IMC. A ingestão alcoólica em dependentes substitui calorias e nutrientes adequados, interferindo no ganho de peso e resultando em desnutrição. Enquanto que nos consumidores moderados, a ingestão alcoólica é regularmente uma fonte adicional de energia, sendo somada à dieta habitual, resultando em ganho de peso (KACHANI et al, 2008).

b) Relação Cintura- Quadril

A relação cintura quadril (RCQ) foi verificada a partir das medidas realizadas pelos coletadores da circunferência da cintura e do quadril do participante. Para verificar a medida

da circunferência da cintura, uma fita métrica inelástica foi colocada ao redor do indivíduo em um plano horizontal, posicionando-a no ponto médio entre a parte inferior do último arco costal e a parte superior da crista ilíaca ântero-superior. Conferiu-se a medida no final de uma expiração normal até o milímetro mais próximo. A verificação da medida da circunferência do quadril foi realizada colocando a fita métrica na proeminência dos glúteos, circundando horizontalmente todo o quadril.

A relação cintura-quadril foi avaliada dividindo-se a medida da circunferência da cintura em centímetros pela medida da circunferência do quadril em centímetros. O índice de corte para risco cardiovascular é igual ou maior que 0,85 para mulheres e 0,90 para homens. Um número mais alto demonstra maior risco (WHO, 2000).

3.4.2 Job Stress Scale - JSS

Para avaliação do estresse ocupacional (exposição), foi utilizada a *Job Stress Scale* adaptada transculturalmente para o português (ALVES et al., 2004), também denominada como Escala Sueca de Demanda-Controle-apoio social (DCS). Neste estudo, optou-se pela sua identificação como JSS.

A dimensão *demanda psicológica* foi obtida a partir de escala, com base em cinco questões referentes à demanda psicológica de trabalho:

- 1) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- 2) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
- 3) Seu trabalho exige demais de você?
- 4) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho? (reversa)
- 5) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Cada questão recebe pontuação referente às opções: sempre (4 pontos), às vezes (3 pontos), raramente (2 pontos), nunca (1 ponto). Das cinco questões relativas à demanda psicológica, somente a questão de número 4 possui direção reversa, neste caso: sempre = 1 ponto; às vezes = 2 pontos; raramente = 3 pontos; e nunca = 4 pontos.

Os escores foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas. De acordo com essas questões, o escore para demanda psicológica varia de 5 a 20 pontos (ALVES et al., 2004). Quanto maior o escore, maior a demanda. De acordo com esse escore, a variável demanda psicológica foi dicotomizada em “baixa demanda” e “alta

demanda”, utilizando-se a média ou mediana encontrada (a depender da distribuição de normalidade ou não da pontuação).

A dimensão *controle sobre o trabalho* foi obtida a partir de escala, com base em seis questões:

- 1) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- 2) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- 3) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- 4) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas? (reversa)
- 5) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- 6) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

Cada questão recebe pontuação em uma escala crescente de 1 a 4, assim como na orientação para a construção da variável demanda psicológica. Esta dimensão, como a anterior, apresenta uma questão com direção reversa (número 4).

Os escores da dimensão controle foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das seis perguntas. De acordo com essas questões, o escore para controle tem variação de 6 a 24 (ALVES et al., 2004). Quanto maior o escore, maior o controle. A partir do escore encontrado, a variável controle foi dicotomizada em “baixo controle” e “alto controle”, utilizando-se a média da pontuação ou mediana encontrada (a depender da distribuição de normalidade ou não da pontuação).

Para composição dos grupos do Modelo Demanda-Controlle, os níveis de demanda e de controle dicotomizados foram combinados de forma a constituírem os quadrantes do Modelo Demanda-Controlle, da seguinte forma:

Baixa exigência = combinação de baixa demanda e alto controle;

Trabalho passivo = baixa demanda e baixo controle;

Trabalho ativo = alta demanda e alto controle;

Alta exigência = alta demanda e baixo controle.

Durante as análises foram consideradas categorias de referência: as dimensões “baixa demanda psicológica” e “alto controle” e o quadrante “baixa exigência”.

3.4.3 Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT

O uso problemático do álcool (desfecho) foi medido por meio do questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), traduzido e validado para uso no Brasil por Lima et al. (2005). Ele é mundialmente usado para a identificação de problemas associados ao uso

de álcool, é simples e de fácil utilização. Além disso, é abrangente por detectar diferentes níveis de problemas associados a diferentes padrões de uso de álcool (BRASIL, 2016).

Possui 10 questões, que abordam questionamentos relativos aos últimos 12 meses. As três primeiras questões medem a quantidade e frequência do uso regular ou ocasional de álcool; as três questões seguintes investigam sintomas de dependência e as quatro finais são relacionadas de problemas recentes na vida relacionados ao consumo do álcool.

O escore varia de 0 a 40 e sua pontuação pode ser feita de vários modos. Por exemplo, uma pontuação superior a oito indica a necessidade de um diagnóstico mais específico. Entretanto, os próprios autores principais (BABOR et al., 2005b) vêm sugerindo quatro níveis de escore para o AUDIT, classificados da seguinte forma: Consumo de baixo risco ou abstinência = 0 a 7 pontos; Consumo de risco = 8 a 15 pontos; Uso nocivo ou consumo de alto risco = 16 a 19 pontos; Provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos).

Neste estudo, o ponto de corte do questionário AUDIT foi 1, o que significa consumo da substância, um ou mais pontos sinalizam o hábito de beber (RONZANI et al., 2006; BABOR; BIDDLE 2005). Dessa forma, a classificação para análise bivariada foi classificada da seguinte maneira: os trabalhadores que obtiveram resultado do escore AUDIT < 1 foram classificados como abstinência e aqueles com escore AUDIT > 1 foram classificados como consumidores.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu de março a setembro de 2018, por mestrandos e auxiliares de pesquisa (estudantes de graduação e bolsistas iniciação científica) certificados, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Após a certificação dos coletadores, a coleta foi iniciada e os participantes foram convidados a responder à pesquisa no próprio ambiente e turno de trabalho, em momento que não comprometesse a realização das atividades laborais. Inicialmente, foram apresentados os objetivos e a forma de participação. Entre aqueles que aceitaram participar do estudo, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B), em duas vias.

O questionário foi autoaplicável (preenchido pelo próprio trabalhador) em local privativo. O coletador permaneceu na unidade caso houvesse dúvidas quanto ao preenchimento. Ao receber o questionário preenchido, o coletador fez uma rápida

conferência, a fim de detectar questões em branco. Isso permitiu, em caso de esquecimento, a redução de perdas por questões em branco.

Cada coletador recebeu uma pasta contendo a lista de trabalhadores, o manual de coleta, os questionários, caneta, régua, TCLE, folha de aprovação do CEP, formulário de autorização institucional.

3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a inclusão dos dados no processo de análise da pesquisa, foi utilizado o programa Excel. Para tanto, foi realizada a dupla digitação independente por colaboradores da pesquisa capacitados, o que possibilitou verificar os possíveis erros e inconsistências no processo de digitação. Posteriormente, para análise dos dados, foi utilizado o programa PASW Statistic® (*Predictive Analytics Software*, da SPSS Inc., Chicago, USA) versão 18.0 para Windows.

Para a caracterização dos dados referentes ao perfil sociodemográfico, laboral e de saúde dos trabalhadores, foi utilizada a estatística descritiva. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequência absoluta (N) e relativa (%). As variáveis quantitativas foram analisadas por meio de medidas de posição (média, moda e mediana) e dispersão (desvio padrão e intervalo interquartil), conforme distribuição da normalidade dos dados (teste de *Kolmogorov-Smirnov*).

A análise dos instrumentos seguiu orientações específicas dos autores dos mesmos. A avaliação da confiabilidade foi realizada por meio da estimativa da consistência interna da escala global e de suas respectivas dimensões, utilizando-se o coeficiente *Alpha de Cronbach*. Valores acima de 0,70 são confirmativos para a fidedignidade da medida a que o instrumento se propõe (FIELD, 2009).

A verificação de associação entre as variáveis independentes (sociodemográficas, laborais, de saúde e estresse ocupacional e o desfecho uso de álcool) foi medida pelo teste Qui-quadrado. O teste binomial foi utilizado como *post hoc*, quando a associação bivariada possuía mais de duas categorias. Para associação entre variáveis quantitativas, foi realizado o teste T ou Mann-Whitney (dois grupos). O teste Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificação da normalidade dos dados e o teste de Levene, para a homogeneidade das variâncias. O nível de significância utilizado foi de 5% em todas as análises.

Regressões de Poisson com variância robusta foram utilizadas para identificar a associação entre as variáveis independentes e uso de álcool. Nessas análises, as covariáveis sociodemográficas, laborais, hábitos e saúde foram consideradas como potenciais variáveis de

confundimento se associadas tanto ao desfecho (uso de álcool), quanto à exposição (estresse ocupacional) com $p < 0,20$ e consideradas para o modelo multivariável.

Foi utilizado o Teste Hosmer-Lemeshow para verificar a adequação dos modelos de regressão. Nesse teste, os valores variam de zero (0) a um (1), sendo que, quanto mais próximo ao 1, melhor é a adequação do modelo (HOSMER e LEMESHOW, 2000).

Ainda, avaliação da confiabilidade foi realizada por meio da estimativa da consistência interna da escala global e de suas respectivas dimensões, utilizando-se o coeficiente *Alpha de Cronbach*. Assim, verificou-se que a JSS apresentou 0,56, a demanda psicológica 0,73, o controle sobre o trabalho 0,55 e apoio social 0,82.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto matricial foi autorizado pela Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM e registrado tanto no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (CCS), como na Plataforma Brasil e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP). A coleta de dados aconteceu após aprovação do CEP. A utilização do banco de dados para captar as variáveis que foram analisadas neste estudo foi autorizada pela coordenadora do projeto matricial (Anexo C).

Para a coleta de dados, foi utilizado um protocolo de pesquisa que abrange entrega de questionários autopreenchíveis que foram respondidos no próprio local de trabalho. Foi realizado convite a todos os trabalhadores que atenderam aos critérios de inclusão, sendo esclarecidos os objetivos e a relevância da investigação. Em sequência, aos trabalhadores que aceitaram participar, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Anexo B, em duas vias. Sendo que uma ficou com o participante e outra com o pesquisador. Ao participante foram esclarecidos os objetivos, o sigilo, o anonimato das informações fornecidas, bem como a garantia de participação livre na pesquisa, incluindo o direito de desistir da participação a qualquer momento, sem ônus, se assim for a vontade do participante.

A participação constou em responder questões objetivas sobre dados sociodemográficos (sexo, idade, entre outras), profissionais (categoria profissional, anos trabalhados, anos de trabalho na instituição, entre outros) e de saúde (estresse, uso do álcool). Os questionários respondidos serão guardados por cinco anos na sala 1431, do prédio 26,

CCS/UFSM, sob a responsabilidade da coordenadora do projeto matricial, professora Dra Rafaela Andolhe, e, após esse período, serão incinerados.

3.7.1 Riscos

Os riscos envolvendo a pesquisa foram o cansaço ou desconforto por parte do participante em função da extensão dos instrumentos, mobilização de sentimentos por lembranças de experiências vivenciadas no trabalho. Nesses casos, a coleta de dados poderia ser interrompida, podendo ser retomada em outro momento ou não, a depender da vontade do participante. Não foi necessário interromper nenhuma coleta.

3.7.2 Benefícios

A pesquisa não ofereceu benefícios diretos aos participantes, porém, os resultados contribuirão para a identificação do perfil dos consumidores do uso de álcool, a relação fisiológica e social dessa substância na vida dos consumidores, os mapeamentos da motivação e do impacto em outras variáveis. Além disso, espera-se contribuir para o avanço no conhecimento relacionado aos aspectos da vigilância em saúde e subsídios para implementação de cuidados diferenciados pelo Serviço de Saúde e Segurança do trabalhador da instituição pesquisada.

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três seções. Assim, na primeira serão descritos os resultados das análises univariadas, na segunda serão descritas as análises bivariadas e na última as análises multivariadas.

4.1 ANÁLISES UNIVARIADAS

4.1.1 Perfil sociodemográfico, laboral e de saúde dos trabalhadores

A população do estudo foi composta por 815 trabalhadores. O perfil sociodemográfico está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos trabalhadores, segundo as características sociodemográficas. Santa Maria, RS, 2018. (N=815)

Variáveis sociodemográficas	N	%
Idade (anos)		
20-40	421	51,6
41-71	381	47,5
Gênero		
Masculino	185	27,8
Feminino	630	72,2
Outro		
Estado civil		
Sem companheiro	204	25,2
Com companheiro	603	74,7
Filhos		
Não	275	33,7
Sim	539	66,1
Maior formação completa		
Ensino Fundamental	5	0,6
Ensino Médio	166	20,3
Graduação	172	21,1
Especial/Residência	317	38,8
Mestrado	128	15,7
Doutorado	27	3,3

Prevaleceu a participação de mulheres (72,2%), com idade entre 20 a 40 anos (51,6%), casados ou com companheiro (74,7%) e com filhos (66,1%), com especialização/residência (38,8%) (Tabela 1).

O perfil laboral dos trabalhadores está apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores, segundo as características laborais. Santa Maria, RS, 2018. (N=815)

Variáveis laborais	N	%
Regime de trabalho		
Celetista	396	48,5
Estatutário	366	44,9
Outro	51	6,3
Tipo de setor de trabalho		
Setor não crítico	567	69,5
Setor crítico	249	30,5
Tipo de prestação da assistência		
Assistência Indireta	85	10,4
Assistência Direta	729	89,6
Turno de trabalho na unidade		
Manhã	170	20,8
Tarde	140	17,2
Noite	193	23,2
Misto	113	38,4
Satisfação de trabalhar no setor		
Não	48	5,9
Sim	763	94,1
Tem intenção de deixar o trabalho		
Não	623	88,7
Sim	79	11,2

Predominou trabalhadores celetistas (48,5%), pertencentes aos setores não críticos (69,5%), prestadores de assistência direta (89,6%), trabalhadores do turno misto (38,4%), trabalhadores estão satisfeitos com seu setor (94,1%) e que não têm intenção de deixar o trabalho (88,7%) (Tabela 2).

4.1.2 Perfil de saúde dos trabalhadores

O perfil de saúde dos trabalhadores está apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores, segundo as características de saúde. Santa Maria, RS, 2018. (N=815)

Variáveis de saúde	N	%
IMC (kg/m²)		
< 25,0	344	45,9
≥ 25,0	405	54,1
Relação cintura/quadril RCQ		
Mulheres		
>0,85	273	88,9
≤ 0,85	34	11,1
Homens		
>0,90	45	48,4
≤0,90	48	51,3
Ganho de peso nos últimos 6 meses		
Não	395	48,4
Sim	406	49,8

Prática de atividade física		
Não	278	34,1
Às vezes	210	25,7
Sim	326	40,0
Uso de tabaco		
Não	764	93,6
Às vezes	28	3,4
Sim	23	2,8

Nota: IMC - Índice de Massa Corporal; Relação Cintura Quadril (RCQ).

Quanto ao perfil de saúde dos trabalhadores, em relação ao Índice de Massa Corporal, o maior percentual encontra-se acima do peso adequado (54,1%) ($IMC \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$).

No que se refere à Relação Cintura Quadril (RCQ), 88,9% das mulheres apresentam a RCQ dentro do ideal e 51,3% dos homens apresentam a RCQ acima do valor ideal (WHO, 2000). Maior percentual dos trabalhadores (49,8%) ganhou peso nos últimos seis meses, todavia, 40,0% pratica atividade física regularmente e 25,7% pratica às vezes. Em relação ao consumo de tabaco, 93,6% não consome (Tabela 3).

4.1.3 Caracterização do Estresse ocupacional

A caracterização da exposição dos trabalhadores ao estresse ocupacional, segundo o Modelo Demanda-Controle de Karasek está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos trabalhadores, segundo exposição ao estresse ocupacional – Modelo Demanda-Controle. Santa Maria, RS, 2018. (N=815)

Variáveis Demanda - Controle	N	%
Demanda psicológica no trabalho *		
Baixa	398	49
Alta	415	51
Controle sobre o trabalho*		
Baixo	354	43,9
Alto	453	56,1
Suporte Social no trabalho		
Baixo Suporte	367	45,2
Alto Suporte	445	54,8
Modelo Demanda-Controle		
Baixa exigência	222	27,6
Trabalho passivo	170	21,1
Trabalho ativo	228	28,3
Alta exigência	183	22,7

* Dicotomizados pela mediana.

De acordo com a Tabela 4, 51% dos trabalhadores foram classificados em alta demanda psicológica no trabalho, 56,1% com alto controle e 54,8% com alto suporte social por parte dos colegas e das chefias.

Em relação aos quadrantes do MDC, 21,1% dos trabalhadores foram classificados em trabalho passivo, 28,3% trabalho ativo, 27,6% trabalho com baixa exigência e 22,7% trabalho com alta exigência (Tabela 4).

4.1.4 Características do padrão de consumo dos trabalhadores

O AUDIT, instrumento utilizado para a avaliação do consumo de álcool, possibilita que o respondente pule questões quando não se aplica, por exemplo, se na questão um o participante responder zero, ele responderá somente as questões nove e dez. Portanto, o número de participantes em cada questão poderá ser diferente.

Tabela 5 - Distribuição dos trabalhadores, segundo características do consumo de álcool. Santa Maria, RS, 2018. (N=798)

Variáveis	N	%
Classificação do nível de consumo		
Abstêmios (abstêmio sem o baixo risco)	227	28,4
Consumo de baixo risco*	519	65,0
Consumo de risco	47	5,8
Consumo nocivo	3	0,3
Provável dependência	2	0,2
Frequência do Consumo		
Nunca (abstêmios total)	227	27,8
Mensalmente ou menos	163	20,0
2 a 4 vezes por mês	279	34,2
2 a 3 vezes por semana	123	15,1
4 ou mais vezes por semana	17	2,0

*Padrão de baixo risco sem os abstêmios

Em relação ao nível de uso de álcool, 798 trabalhadores responderam todas as questões. Destes, 28,4% não consomem álcool. Dos que consomem (71,6%), 65% encontram-se no consumo de baixo risco. No tocante à frequência do consumo, 815 trabalhadores responderam essa questão do instrumento. Desses, 27,8% nunca consumiram álcool. Dos que consumiram, 34,2% faziam uso de 2 a 4 vezes no mês e 15% de 2 a 4 vezes por semana (Tabela 5).

O número de dose-padrão consumido pelos trabalhadores está descrito na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição do número da dose-padrão e da frequência de dose de álcool habitualmente consumido pelos trabalhadores Santa Maria, RS, 2018.

Variáveis	N	%
Número de doses-padrão em dia típico		
1-2	373	64,2
3-4	150	25,8
5-6	41	7,1

7-9	11	1,9
10 ou mais	6	1
Frequência de seis ou mais doses-padrão*		
Nunca	375	65,2
Mensalmente ou menos	129	22,4
Mensalmente	39	6,8
Semanalmente	28	4,9
Todos ou quase todos os dias	4	0,7

*Dose padrão equivale a cerca de 14 gramas, em torno de 17,5 ml de álcool puro

Em relação ao número de doses padrão, 680 trabalhadores responderam essa questão. Desses, 64,2% consumiram de uma a duas doses. A frequência de consumir seis ou mais doses padrão foram respondidas por 575 trabalhadores. Desses, 65,2% nunca consumiram seis ou mais doses-padrão. No que se refere ao *binge drinking*, termo conhecido internacionalmente que se refere ao ato de beber cinco doses ou mais em uma única ocasião, 10% de trabalhadores foram classificados no padrão *binge* (Tabela 6).

Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores, segundo características do consumo de álcool Santa Maria, RS, 2018.

Variáveis	N	%
Frequência de beber sem conseguir parar		
Nunca	243	90,6
Com alguma frequência	25	9,3
Deixou de fazer o esperado devido à bebida		
Nunca	253	91
Com alguma frequência	25	9,0
Necessidade de bebida pela manhã		
Nunca	277	100
...Com alguma frequência	-	-
Sentimento de culpa ou remorso depois de ter bebido		
Nunca	222	79,9
Com alguma frequência	56	20,1
Incapacidade de lembrar o que aconteceu devido à bebida		
Nunca	229	83,5
Com alguma frequência	45	16,4

No que tange ao consumo de álcool por parte dos trabalhadores, 9,3 % respondeu que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado, 9% deixaram de fazer algo esperado devido à bebida e nenhum participante sentiu necessidade de beber pela manhã. No que tange ao sentimento de culpa ou remorso após a ingestão de bebida, 20,1% se sentiram culpados ou com remorso, e 16,4% foram incapazes de lembrar o que aconteceu devido à bebida.

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores, segundo problemas relacionados ao consumo de álcool. Santa Maria, RS, 2018.

Variáveis	N	%
-----------	---	---

Causou prejuízo ou ferimento a si ou a outra pessoa por ter bebido		
Não	773	95,5
Sim	36	4,4
Alguém sugeriu que parasse de beber		
Não	777	97
Sim	24	3

Com relação aos problemas relacionados ao consumo de álcool, 4,4% dos trabalhadores afirmaram já terem causado ferimento ou prejuízo a si ou a outra pessoa após consumir bebida alcoólica, e 3% responderam que alguém já lhes sugeriu que parassem de beber (Tabela 8).

4.2 ANÁLISE BIVARIADA

As características do características sociodemográficas em relação ao consumo e ao não consumo de álcool estão descritas na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos trabalhadores, segundo características sociodemográficas em relação ao consumo e ao não consumo de álcool. Santa Maria, RS, 2018. (N= 799)

Variáveis	N	%	Abstêmios		Usuários de álcool		p-valor*
			N	%	N	%	
Idade (anos)							
20-40	421		86	20,4	335	79,5	<0,0001
40-71	378		141	37,3	237	62,6	
Gênero							
Masculino	184		32	17,3	152	82,6	0,001
Feminino	628		297	47,9	431	68,6	
Estado civil							
Sem companheiro	204		49	24	156	76,4	
Com companheiro	600		179	29,8	421	70,1	
Filhos							
Não	270		52	19,2	218	80,7	0,300
Sim	526		174	33	352	66,9	
Maior Formação Completa							
Ensino Fundamental e Médio Completo	170		72	42,3	98	57,6	<0,0001
Graduação	172		48	27,9	124	72	
Pós graduação	470		109	23,1	361	76,8	

Nota:*P-valor < 0,05 para o teste de qui-quadrado de Pearson.

Na análise bivariada das características sociodemográficas em relação ao consumo de álcool foi evidenciada a relação significativa com idade: de 20 a 40 anos ($p < 0,0001$); gênero: masculino ($p = 0,001$) e maior formação completa: graduação e pós-graduação ($p < 0,0001$).

As características laborais em relação ao consumo e ao não consumo de álcool estão descritas na Tabela 10.

Não	762	217	28,4	545	71,5
Às vezes	27	2	7,4	25	92,5
Sim	23	10	43,4	13	56,5

Na análise das características de saúde em relação ao consumo de álcool, foi evidenciada a relação significativa com IMC: < 25 (dentro da normalidade) (p= 0,026).

As características do trabalho e estresse ocupacional em relação ao consumo e ao não consumo de álcool estão descritas na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição dos trabalhadores, segundo características do trabalho e estresse ocupacional em relação ao consumo e não consumo de álcool Santa Maria, RS, 2018. (N=813)

Variáveis	N	%	Abstêmios		Usuários de álcool		p-valor*
			N	%	N	%	
Tipo de setor de trabalho							0,773
Setor não crítico	567	69,5	188	33,1	379	66,8	
Setor crítico	249	30,5	88	35,3	169	67,8	
Tipo de prestação de assistência							0,447
Assistência Indireta	85	10,4	31	36,4	54	63,5	
Assistência Direta	729	89,6	236	32,3	493	67,6	
Demanda psicológica							0,633
Baixa	398	49	128	32,1	270	67,8	
Alta	415	51	140	33,7	275	66,2	
Controle sobre o trabalho							0,041
Baixo	354	43,9	104	29,3	250	70,6	
Alto	453	56,1	164	36,2	289	63,7	
Quadrantes MDC							0,198
Baixa exigência	222	27,6	58	22,1	164	73,8	
Trabalho passivo	170	21,1	56	32,9	114	67,0	
Trabalho ativo	228	28,3	56	24,5	172	75,4	
Alta exigência	183	22,7	56	30,6	127	69,3	
Suporte Social no trabalho							0,779
Pouco Suporte	367	45,2	123	33,5	244	66,4	
Muito Suporte	445	54,8	145	32,5	300	67,4	

Nota: *p valor < 0,05 para o teste de qui-quadrado de Pearson.

Os trabalhadores consumidores de bebidas alcoólicas possuem significativamente alto controle no trabalho (p=0,041).

4.3 ANÁLISE MULTIVARIADA

Na Tabela 13, estão descritas as análises bruta e ajustada entre as variáveis independentes (gênero, idade, formação, regime de trabalho, turno de trabalho, uso do tabaco e IMC) que apresentaram significância com p-valor < 0,20 na análise bivariada com estresse ocupacional e consumo de álcool.

Tabela 13 - Análise bruta e ajustada das variáveis em relação ao consumo e ao não consumo de álcool em trabalhadores do hospital universitário (n=813)

Variáveis	Abstêmios		Consumo de álcool		Análise bruta		Análise ajustada	
	N	%	N	%	RPb	IC 95%	RPa	IC 95%
Gênero								
Masculino	32	17,3	152	82,6	1,076	1,033-1,121	1,082	1,039-1,126
Feminino	197	31,1	431	68,6	1		1	
Idade								
20-40 anos	86	20,4	335	79,5	1,104	1,024-1,120	1,069	1,022-1,118
41 -71 anos	141	37,3	237	62,6	1	1,064-1,145	1	
Formação								
Ensino Fundamental e Médio Completo	72	42,3	98	57,6	1		1	
Graduação	48	27,9	124	72,0	1,092	1,027-1,160	1,112	1,039-1,190
Pós-graduação	109	23,1	361	76,8	1,122	1,065-1,181	1,133	1,169-1,201
Regime de trabalho								
Celetista	106	26,8	289	73,1	1,037	0,998-1,077	1,022	0,977-1,070
RJU	120	32,9	244	67,0	1		1	
Outro	3	4,8	48	94,1	1,162	1,112-1,215	1,058	0,994-1,125
Turno de trabalho								
Manhã	50	29,4	120	70,5	1,066	0,999-1,137	1,064	0,991-1,138
Tarde	56	40,0	46	60,0	1		1	
Noite	62	32,2	130	67,7	1,048	0,983-1,118	1,067	0,997-1,141
Misto	62	19,9	249	80,0	1,125	1,064-1,191	1,072	1,006-1,142
Uso do tabaco								
Não	217	28,4	245	71,5	1		1	
Às vezes	02	7,4	25	92,5	1,123	1,063-1,186	1,148	1,080-1,221
Sim	10	43,4	13	56,5	0,913	0,801-1,040	0,909	0,800-1,033
Controle sobre o trabalho								
Baixo	112	31,6	242	68,3	1,003	0,965-1,042	1,001	0,963-1,041
Alto	114	25,3	336	74,6	1		1	
IMC								
< 25,0	85	24,7	259	75,2	1,044	1,005- 1,084	1,023	0,884-1,063
≥ 25,0	129	32,0	273	67,9	1		1	

Após análise ajustada por fatores de confundimento com a exposição e desfecho ($p < 0,20$), os trabalhadores que apresentaram prevalência mais elevada de serem consumidores de álcool são os homens (8,2%), aqueles com idades entre 20 e 40 anos (6,9%), os profissionais que possuem graduação (11,2%) e pós-graduação (13,3%), os que trabalham em turnos mistos (7,2%) e os que têm hábito de fumar às vezes (14,8%).

Após a análise ajustada, a relação significativa entre ter outro regime de trabalho, IMC elevado e consumo de álcool foi anulada.

5 DISCUSSÃO

Para alcançar aos objetivos propostos, esse capítulo foi dividido em quatro partes: (1) considerações sobre as características sociodemográficas, perfil de saúde e laboral dos trabalhadores; (2) prevalência do consumo de risco, uso nocivo e dependência álcool; (3) exposições sobre as características sociodemográficas, da saúde e do trabalho relacionadas ao consumo de álcool; (4) considerações sobre a relação entre estresse ocupacional e o consumo de álcool por trabalhadores.

Para discussão dos resultados, como as pesquisas que envolvem o estresse e o consumo de álcool por todos os trabalhadores hospitalares não foram encontradas, optou-se por realizar a discussão com estudos que apresentam metodologia semelhante. Nesse caso, que utilizassem como captação de dados o AUDIT e a JSS.

5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PERFIL DE SAÚDE E LABORAL DOS TRABALHADORES

O predomínio da faixa etária coincidiu com outros achados (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003; LOPES, 2011; PROCHNOW, 2013; URBANETTO, 2013; SILVA et al., 2015; SANTANA, 2016). Acredita-se que esta faixa etária é a mais representativa por enquadrar-se na categoria mais produtiva, uma vez que trabalhadores da área da saúde iniciam seus processos de aposentadoria a partir dos 25 anos de trabalho. Quanto à predominância do sexo feminino (72,2%), resultados semelhantes foram encontrados por Presoto (2008) e Santos (2017). Esta superioridade se explica, pois a classe mais representativa dentro dos hospitais é a enfermagem, que historicamente é composta por maior número de mulheres. No que se refere à maior formação completa, trabalhadores com residência ou especialização são a maioria (38,8%), o plano de carreira dos trabalhadores com regime estatutário (RJU), especialmente, apresenta a melhoria de salário conforme os trabalhadores, realizam cursos, especializações, mestrado ou doutorado.

O maior percentual de trabalhadores com IMC elevado (54,1%) vai ao encontro da prevalência do excesso de peso na população brasileira, que aumentou nos últimos anos, como aponta o estudo realizado por Malta e colaboradores (2014). Conforme os autores, esse aumento foi significativo em homens e mulheres em todas as faixas etárias e escolaridade. Além disso, os mesmos autores inferem que a obesidade também apresentou acréscimo significativo na população. A obesidade é uma preocupação mundial. Suas causas são

complexas, incluindo as mudanças ocorridas no mercado de trabalho, uma vez que o trabalhador precisa produzir mais em menos tempo. Isso pode resultar em consumo de alimentos processados com muitas calorias e a redução da atividade física (MALTA et al., 2014).

Recentemente, a razão entre a cintura quadril (RCQ) tem sido avaliada como medida antropométrica para mensurar a adiposidade central. Ela está fortemente relacionada aos fatores de risco cardiometabólicos, independentemente do peso corporal (CORREA et al., 2017). Nesta pesquisa, as mulheres em sua maioria estão dentro da medida ideal (88,9%), por outro lado, a maior parte dos homens apresenta medida acima do ideal (51,3%). Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Carvalho e colaboradores (2015) para avaliar o risco cardiovascular em universitários. Na busca da literatura, não foram encontrados estudos que associassem o RCQ ao consumo de álcool.

No que se refere ao perfil laboral, celetistas representam a maioria (48,5%). A pesquisa realizada por Fernandes e colaboradores (2017), com trabalhadores de unidade de terapia intensiva apontou também predomínio de celetistas (68,1%). O regime celetista é orientado pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que difere do Regime Jurídico único dos Servidores Federais (RJU), pois, no segundo, possuem estabilidade após três anos, enquanto que no celetista não há estabilidade, além disso, há redução na previdência social (BRASIL, 1943).

A maioria dos profissionais pertence aos setores não críticos do hospital (69,5%). Não foram encontrados estudos que realizassem essa distinção. Os setores não críticos são setores que envolvem baixa e média complexidade ou setores da administração. No que se refere à assistência, a maioria dos profissionais prestam assistência direta ao paciente (89,6%). A assistência indireta “[...] é um tratamento realizado distante do paciente, mas em seu benefício, ou em benefício de um grupo de pacientes, sendo que essas ações dão suporte à efetividade das intervenções de assistência direta” (KAKUSHI; ÉVORA, 2014, p.2).

Maior percentual de trabalhadores trabalha em turno misto (38,4%), entretanto não foram encontrados estudos que tivessem o turno misto nos resultados. Esse turno se caracteriza por trabalhar todos os turnos, manhã, tarde e noite, isto é, os trabalhadores fazem rodízio de turnos. Essa condição pode não ser favorável para a saúde de alguns trabalhadores. Em relação à satisfação de trabalhar no setor, os trabalhadores estão satisfeitos com seu setor (94,1%). Siqueira e Kurcgant (2012) encontraram resultado semelhante com enfermeiros da assistência (90,9%). A satisfação no trabalho é analisada por uma quantidade de atitudes que

reflete como o indivíduo se sente em relação ao trabalho de forma geral e em seus aspectos particulares (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012).

5.2 PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE RISCO, USO NOCIVO E DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA

Em relação às características do consumo do álcool, a prevalência de trabalhadores que declararam consumir bebidas alcoólicas com alguma frequência nos últimos 12 meses foi elevada (72,1%). Resultados semelhantes foram encontrados no II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (74,5%) (CARLINI et al., 2005) e também em pesquisas com estudantes, correspondendo a 76,6% na Medicina (ABREU et al., 2018; AMORIN et al., 2012), 97% em estudantes da área da saúde (BAUMGARTEN et al., 2012), 75% com universitários (RAMIS et al., 2012), 83,6% com universitários de diversos cursos (GARCIA et al., 2012), 69,1% a 85% com estudantes de ensino médio (SOARES; OLIVEIRA, 2013; PELICIOLI; BARELLI; GONÇALVES, 2017); com caminhoneiros de diversas regiões do país (71,1%) (PILON, 2008; JORA et al., 2010); e com agentes penitenciários (78,5%) (CAMPOS et al., 2016).

Por outro lado, encontraram-se resultados inferiores no Relatório Brasileiro sobre Drogas publicado no ano 2009 (BRASIL, 2009), o qual apontou que 52% da população consumiram bebidas alcoólicas no ano anterior ao da realização da pesquisa, e na pesquisa realizada com estudantes de enfermagem (57,1%) (PIRES et al., 2015). Nesta pesquisa, 65% dos trabalhadores apresentaram o nível de consumo de baixo risco, 5,8% de consumo de risco, 0,3% de consumo de risco e 0,2% de consumo de provável dependência. Na comparação com outros estudos, em relação ao consumo na área problemática (consumo de risco, nocivo e provável dependência), Maciel e Vargas (2017), em uma pesquisa com estudantes de enfermagem, concluíram que 48,5% consumiam em níveis de risco e 19 % uso nocivo. Rodrigues e colaboradores (2013) identificaram em estudo com bancários que 14,9% realizavam consumo de risco de álcool, 1% consumo de alto risco, e 1% apresentou provável dependência.

A maioria dos estudos analisados não apontou a distinção dos níveis proposta por Babor e colaboradores (1992), isto é, não diferem o uso de risco, uso nocivo e provável dependência. A pesquisa realizada por Gavin e colaboradores (2015) com servidores públicos sinalizou que 13,2% dos servidores pesquisados preencheram critérios para uso problemático de álcool e 6,6% relataram problemas ocorridos por uso de bebida alcoólica. Outra pesquisa

realizada com trabalhadores de Dakota do Norte assinalou que 24% deles relatam o consumo excessivo de álcool (JARMAN; NAIMI; PICKARD, 2007). Ferreira e colaboradores (2013) investigaram o consumo de bebidas alcoólicas em 270 indivíduos residentes na zona urbana de Jequié (BA) e verificaram que a prevalência do uso abusivo de bebidas alcoólicas foi de 18,5%, a dependência de álcool, 10,4%.

O achado mais impactante foi a pesquisa realizada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, em que 24% dos 52% da população que consumia álcool, o fazia de maneira potencialmente arriscada. Esse mesmo estudo, apontou que 28% dos adultos beberam até embriagar-se pelo menos uma vez nos 12 meses que antecederam a pesquisa e cerca de 45% dos adultos que beberam, tiveram problemas decorrentes do consumo do álcool (BRASIL, 2009).

No que concerne ao consumo *binge*, considerado o beber pesado episódico (LOPES, 2011), que inclui o consumo de cinco doses ou mais em uma única ocasião (OLIVEIRA, 2005; LARANJEIRA et al., 2007; SILVEIRA et al., 2008; LARANJEIRA et al., 2010, LOPES, 2011, SANCHEZ, 2017; BEDENDO, 2017), nesta pesquisa foi verificado em 10% dos trabalhadores. Oliveira (2005) encontrou resultados semelhantes com servidores públicos universitários catarinenses (10,8%). Índices superiores foram encontrados por Laranjeira e colaboradores (2007) no estudo com a população em geral que foi de 28%; por Reisdorfer (2010) no inquérito populacional numa cidade catarinense que foi de 32,3%; e por Lopes (2011) com servidores técnicos administrativos de uma universidade pública (36,8%).

A respeito de não haver na literatura um consenso em relação aos critérios de identificação sobre o padrão de consumo *binge*, nas populações estudadas há um consenso quanto às consequências e aos prejuízos resultantes deste comportamento (LOPES, 2011, SANCHEZ, 2017; BEBENDO, 2017). Vários riscos envolvem esse padrão de consumo, tanto para o indivíduo quanto para seus familiares, seu ambiente laboral e para a sociedade, dentre eles: doenças crônicas (pancreatite, hipertensão, gastrite e hepatite); violência doméstica e sexual; agressões, homicídios; acidentes de trânsito; incidentes ocupacionais; absenteísmo na escola (SILVEIRA et al., 2008; LARANJEIRA et al., 2010, LOPES, 2011, SANCHEZ, 2017; BEBENDO, 2017).

A provável dependência neste estudo apresenta-se em 0,2% dos trabalhadores. Outros achados mais expressivos foram encontrados por Lopes e colaboradores (2011) e por Laranjeira e colaboradores (2007), sinalizando, respectivamente, que 0,43% dos servidores técnico-administrativos universitários e 12,3% da população brasileira estavam na categoria

de provável dependência. No que se refere a estudos realizados na área saúde, a pesquisa com trabalhadores de enfermagem verificou que 1,1% consumiram o álcool pesadamente (OLIVEIRA et al., 2013).

A relação individual com o álcool varia em função do padrão e intensidade de uso e do contexto estudado. Esta pesquisa foi realizada em um hospital universitário, com trabalhadores envolvidos na assistência direta e indireta com o paciente. Apesar do consumo com provável dependência apresentar um valor baixo (0,2%), qualquer valor nesta categoria é um achado preocupante, uma vez que as consequências poderão interferir na assistência segura ao paciente.

Assim, tendo em vista que os trabalhadores hospitalares em sua maioria são profissionais da área da saúde, esta pesquisa e os estudos de outros pesquisadores (JUNQUEIRA; FERREIRA; SOARES, 2017) apontam que o domínio do conhecimento, ao que tudo indica, pouco tem contribuído para garantir mudanças de comportamento de saúde, uma vez que a informação não vem acompanhada de uma transformação do comportamento.

Ainda, a dependência é uma doença crônica que deve ser reconhecida e tratada. A ignorância relacionada aos danos sociais que de acordo com a história foram ligados a essa doença contribuem para a estigmatização do problema, causando maior dificuldade para o sujeito em relação a sua motivação para o tratamento e enfrentamento de problemas associados (CISA, 2018).

A falta de capacitação profissional específica ou de educação continuada sobre o assunto pode ser um fator de risco para o uso dessas substâncias entre esses profissionais. Além do mais, fatores como medo de ganhar punição e exigências de conservar a disciplina na conduta profissional dificultam a busca por apoio, o que pode derivar em comprometimento no desempenho profissional (OLIVEIRA, 2013; FERREIRA; SOARES, 2017)

5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DA SAÚDE E DO TRABALHO RELACIONADAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL

Ao verificar a associação do consumo de álcool com as variáveis independentes com a finalidade de verificar os fatores relacionados, encontrou-se relação do desfecho com os determinantes: 20 a 40 anos; sexo masculino; com pós graduação; no regime de trabalho outros; no turno de trabalho misto; que consomem tabaco as vezes; com IMC < 25.

A faixa etária de 20 a 40 anos apresentou prevalência mais elevada de consumo de álcool. Achados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Ferreira e colaboradores (2013) que verificou o consumo de bebidas alcoólicas em indivíduos residentes na zona urbana de Jequié (BA) e no estudo com trabalhadores offshore (VIDAL; ABREU; PORTELA, 2017).

Em relação ao consumo do álcool, o homem apresenta maior prevalência (8,2%) de consumir o álcool em relação à mulher, do mesmo modo que nos seguintes estudos: com funcionários públicos de uma universidade paulista (AMARAL; MALBERGIER, 2004); com servidores técnico-administrativo de uma universidade (LOPES, 2011); em população urbana de um município do interior do Nordeste brasileiro (FERREIRA et al., 2013) com trabalhadores de um serviço público (BRITES; ABREU, 2014); com usuários da atenção primária (VARGAS; BITTENCOURT, BARROSO; 2014) com adolescentes (RODRÍGUEZ PUENTE; ALONSO CASTILLO; ALONSO CASTILLO, 2016); com agentes penitenciários (CAMPOS et al., 2016); funcionários de prisões com pacientes do ambulatório de gastroenterologia (PRANKE, 2017); com estudantes de medicina (PARENTE et al., 2017); com estudantes da área da saúde (PELICIOLI; BARELLI; GONÇALVES, 2017) e com fumicultores (FÁVERO et al., 2018). Nesses estudos, os percentuais variaram de 5% a 12%.

Vale destacar que o estudo realizado por Kerr-Corrêa e colaboradores (2008) infere que quando os papéis das mulheres se tornam semelhantes aos dos homens, elas alteram o padrão de consumo para semelhante ao dos homens. O que justifica a utilização de ponto de corte diferenciado para homens e mulheres no instrumento empregado para o rastreamento do consumo de bebidas alcoólicas. Ainda, os homens apresentam a maior variedade de expectativa em relação ao consumo do que as mulheres, destacando-se a facilitação social e desinibição. Isto é, o sexo masculino “possui uma percepção maior de transformações globais positivas no organismo pelo consumo do álcool quando comparados ao sexo feminino” (VIDAL, 2014, p. 41).

No que se refere a maior formação, a graduação e pós-graduação apresentaram maior prevalência sobre o consumo do álcool. Assemelha-se com os achados da pesquisa realizada por Brites (2012), na qual foi encontrada uma associação entre os servidores com maior nível de escolaridade e o consumo de risco de álcool. O mesmo foi encontrado no estudo de Barros et al. (2003) com a população do município do interior de São Paulo e também no inquérito telefônico em 2010 com a população brasileira, que afirmou que frequência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou com a escolaridade do indivíduo (BRASIL, 2010).

Apoiando esses achados, Bortolozzi e colaboradores (2010) concluíram em sua pesquisa que consumidores com a maior escolaridade, consumiam em maior quantidade. Ainda, maior ingestão de álcool se verifica em pessoas com nível socioeconômico mais elevado. No entanto, maior prevalência de consumo de risco, nocivo, provável dependência vem sendo encontrada em pessoas com baixa escolaridade e renda (REISDORFER, 2010; FERREIRA, 2011).

No que tange a outros regimes de trabalho, esses apresentaram associação significativa com o consumo de álcool na análise bruta, mas na análise multivariável não se apresentou como fator associado independente. Apesar disso, essa é uma associação de importante destaque, pois dentre as características que pode se discutir desse regime de trabalho é a carga horária mais elevada em relação aos outros regimes. As condições de trabalho interferem no consumo de álcool, o sofrimento advindo da relação de desigualdade entre trabalho e capacidade física pode favorecer o adoecimento físico e mental, propiciando o consumo indevido de álcool (COSTA; SILVA; SILVEIRA, 2016). Não foram encontrados estudos que servissem de comparação a essa associação.

Trabalhar no turno misto apresentou prevalências mais elevadas de consumir álcool. Trabalhar neste turno significa que o trabalhador, na realidade, não tem um turno fixo de trabalho, podendo ser manhã, tarde ou noite. Na comparação, não foram encontrados estudos com resultado similar. Na pesquisa realizada por Vidal (2014) o turno de trabalho não apresentou relação com o consumo de álcool. Por outro lado, cabe mencionar que a jornada noturna de trabalho pode ser prejudicial à saúde humana em razão da alteração do ciclo vigília-sono (SILVA et al, 2011). Isto é, trabalhadores do turno noturno contrastam a organização fisiológica básica, que é a atividade diurna em oposição ao repouso noturno. Assim, esse esquema de trabalho é capaz de comprometer a saúde física e mental, com a perda de qualidade de sono, cansaço excessivo, estresse, exaustão. Portanto, trabalhar no turno misto, pode gerar comportamentos compensatórios para manejar esses efeitos, como o consumo de álcool.

Consumir, às vezes, cigarro apresentou prevalências mais elevadas de consumo de álcool na relação entre tabagistas e trabalhadores não fumantes, diferentemente de outras pesquisas que relacionam o consumo regular de tabaco com o consumo de álcool, como é o caso da pesquisa de Barros e Nahas (2001) com trabalhadores industriais de Santa Catarina; do estudo de Carrillo e Mauro (2003) com trabalhadores petroquímicos brasileiros; da pesquisa com pacientes tabagistas (CASTRO et al., 2008); com indivíduos residentes na zona urbana de Jequié (FERREIRA et al., 2013); com usuários da Atenção Primária (VARGAS;

BITTENCOURT; BARROSO, 2014); em estudo sobre a relação com abuso de álcool após síndrome coronariana aguda (MORILHA et al., 2015) estudo com agentes penitenciários (CAMPOS et al., 2016); da pesquisa com pacientes do ambulatório de gastroenterologia (PRANKE; CORAL; 2017); do estudo com estudantes de medicina (PARENTE et al., 2017). Nos estudos supracitados a variação de percentual se apresentou entre 4,48% e 22,5%.

Assim, de acordo com o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA, 2018) existe uma relação positiva entre o consumo do álcool e o uso do tabaco, visto que o consumo do álcool pode ser um estimulador para o aumento do uso do tabaco e vice-versa. Conseqüentemente, ações que visam à prevenção do hábito de fumar afetarão os índices de consumidores de álcool.

Trabalhadores com $IMC < 25$, considerados com peso dentro da normalidade apresentaram maior prevalência de consumir bebida, quando comparados ao com $IMC > 25$. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa com de universitárias realizada por Silva e colaboradores (2011). Porém, nessa pesquisa, a maioria das alunas encontrava-se eutrófica, segundo o perfil nutricional avaliado pelo IMC, apesar da maior adiposidade estar entre as consumidoras de bebidas alcoólicas.

O consumo problemático do álcool está relacionado com a perda de peso, visto que o álcool substitui o alimento na dieta de dependentes. Portanto, o alcoolista grave é descrito normalmente como um paciente desnutrido, pois a ingestão alcoólica tende a suprir calorias e nutrientes adequados (KACHANI et al., 2008). Os mesmos autores ponderam que no consumo moderado, a ingestão alcoólica é frequentemente uma fonte adicional de energia; ou seja, quando ela é armazenada ocasiona o ganho de peso. Pode-se afirmar, portanto, que a relação do consumo de álcool com as mudanças no peso do consumidor pode estar ligada a quantidade e frequência da ingestão alcoólica.

5.4 RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE OCUPACIONAL E O CONSUMO DE ÁLCOOL POR TRABALHADORES

O estresse no trabalho, verificado pela escala JSS, apontou que 51% dos trabalhadores exercem atividades com alta demanda, 56,1% apresentaram um alto controle e 54,8% possuem muito suporte social. As combinações nos quadrantes do MDC sinalizaram que 22,7% trabalhadores estão no quadrante com alta exigência. Resultado semelhante (28,4%) foi encontrado na pesquisa com funcionários de uma universidade pública (XAVIER et al.,

2015). Ao enfrentarem a alta demanda psicológica, combinada com um baixo controle sobre o trabalho, estão sujeitos a apresentarem maiores riscos para ter problemas de saúde física e mental decorrentes do estresse: (KARASEK; THEORELL, 1990; ALVES et al., 2004; SANTOS, 2006; MAGNAGO, 2008; KIRCHHOF et al., 2009; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; MAGNAGO et al., 2010; SANTOS; CARDOSO, 2010; GRECO et al., 2010; URBANETTO et al., 2011; LOPES, 2011).

Maior percentual dos trabalhadores está no quadrante do trabalho ativo (28,3%). O estudo com trabalhadores da saúde de uma cidade do interior paulista assinalou que a maioria dos trabalhadores apresentava situação no mesmo quadrante (53,1%) (BRAGA; CARVALHO; BINDER (2010), bem como a pesquisa realizada em um hospital-escola, com 27,1% (SILVA; YAMADA, 2008), e a pesquisa realizada com pilotos da aviação civil brasileira, 27,4% (FEIJÓ; CÂMARA; LUIZ, 2014). Os trabalhos considerados ativos são aqueles que possuem altas demandas psicológicas, porém, possibilitam ao trabalhador a tomada de decisão sobre como e quando desenvolver suas, além de poder utilizar potencial intelectual para isso (KARASEK e THEORELL, 1990; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ALVES, 2004).

Apesar de o trabalho passivo apresentar o menor índice nesta pesquisa, o valor apresenta-se semelhante ao da alta exigência, sendo 21%. Resultado semelhante foi percebido na pesquisa com servidores técnicos-administrativos de uma universidade pública, 22,8% (LOPES, 2011). Moura e colaboradores (2018) encontraram resultado superior (39,7%) na pesquisa sobre demandas psicológicas e controle do processo de trabalho de servidores de uma universidade pública. O trabalho passivo que combina a baixa demanda e o baixo controle é percebido como facilitador para o declínio da atividade geral do indivíduo, isso porque o trabalhador poderá se sentir em estado de apatia, seja pela ausência de desafios significantes e de possibilidades para atuações com energia, seja pela rejeição do sistema as suas iniciativas de trabalho (KARASEK e THEORELL, 1990; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ALVES, 2004, LOPES, 2011).

O estresse foi avaliado por vários estudos no ambiente hospitalar (ELIAS; NAVARRO, 2006; PINHO; ARAÚJO, 2007; MAGNAGO, 2008; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009; KIRCHHOF et al., 2009; MAGNAGO et al.; 2010; BARRETO; SILVA; CAMACHO, 2016). Embora esses estudos não proporcionem as mesmas condições em nível de comparação com os resultados do presente trabalho, uma vez que os estudos citados não foram realizados com todos os profissionais e em todos os setores hospitalares, a associação do estresse evidenciada aumenta a validação do questionário utilizado, pois foi encontrado a

relação do estresse com fatores de risco à saúde, que também pode servir como base teórica para a busca de atitudes preventivas.

Os estudos transversais utilizam modelos de regressão para a análise dos dados e a inserção de variáveis independentes como as sociodemográficas, econômicas e condição relacionada à saúde, para avaliar a associação entre os aspectos psicossociais de trabalho com demais desfechos e, ponderando que estudos transversais proporcionam maior suporte ao modelo demanda-controle do que os estudos longitudinais, por discutirem temáticas que envolvem os aspectos da saúde mental e trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; LOPES, 2011).

Nesta pesquisa, não foi evidenciada relação estatística significativa entre o estresse no trabalho e o consumo de álcool. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa com servidores técnico-administrativo de uma universidade (LOPES, 2011) e na pesquisa realizada por Anjos e colaboradores (2008) sobre o estresse em enfermeiros de UTI neonatal.

Diferentemente da pesquisa de Gavin e colaboradores (2015) e Luz (2011) que encontraram associação do consumo do álcool ao estresse ($p < 0,001$ e $p = 0,016$ respectivamente). Para alguns autores, a incapacidade de enfrentar o estresse, no ambiente laboral, pode ser a razão pelas quais muitas pessoas procuram o álcool para aliviar a fadiga, a ansiedade e a tensão (ROSSATO; KIRCHHOF, 2004; JORGE, 2010).

Na pesquisa realizada Oliveira e colaboradores (2013), 26,6% trabalhadores de enfermagem associaram o uso de bebidas alcoólicas ao trabalho e 8,8% associaram ao estresse decorrente do trabalho. Para os autores, algumas particularidades do meio laboral podem estar relacionadas ao consumo de álcool por trabalhadores, que existe relação entre o sofrimento mental e a sobrecarga emocional decorrente das condições de trabalho e o consumo de bebidas alcoólicas por alguns trabalhadores como mecanismo de enfrentamento (OLIVEIRA et al., 2013).

Dawson, Grant e Ruan (2005) verificaram a associação entre estresse e o consumo de álcool entre americanos consumidores de álcool ($p = 0,008$) e constataram que o estresse ocupacional está associado ao consumo de álcool, que homens apresentaram maior associação e que o estresse faz com que os consumidores de álcool em dias que estão sob estresse consumem maior quantidade de álcool. Outra pesquisa americana realizada por Ragland e colaboradores (2000) aponta que álcool atenua os aspectos psicológicos e fisiológicos da resposta aos estressores. Para os pesquisadores, o consumo de álcool será elevado para indivíduos expostos a estressores ocupacionais elevados.

Por outro lado, a pesquisa realizada por Chagas (2016) sobre os impactos do estresse na qualidade de vida do trabalhador apontou que o estresse pode favorecer o aparecimento de diferentes doenças que por se aproveitarem da baixa imunidade provocada pelo estresse se alojam no organismo. Além disso, a pesquisadora pondera que o consumo de álcool surge no momento de descontrole do estresse.

De modo geral, os estudos que exploraram a relação do estresse ocupacional e o consumo de álcool são controversos. Enquanto alguns mostram que o estresse adquirido no ambiente de trabalho propicia o consumo de álcool (RAGLAND et al., 2000; VAISSMAN, 2004; DAWSON; GRANT; RUAN, 2005; CARVALHO; FELLI, 2006; LUZ, 2011; GAVIN et al, 2015; BARRETO E HELOANI; 2015; SÁ, 2016; VIDAL; ABREU; PORTELA, 2017), outros estudos concluíram que não há associação entre o estresse ocupacional e o consumo de álcool (ANJOS et al., 2008; LOPES, 2011). No entanto, alguns pesquisadores apontam que os trabalhos mais estressantes, aqueles com posições com maiores responsabilidades, determinaram o consumo mais elevado de álcool e transtornos relacionados (FRONE, 1999, 2008; HEAD; STANSFELD; SIEGRIST, 2004).

Neste estudo, a hipótese de que o estresse laboral estaria associado ao consumo de álcool não foi confirmada. Apesar das altas demandas evidenciadas (51%), os trabalhadores sinalizaram para um maior controle (56,1%), maior apoio social (54,8%) e satisfação por trabalhar no setor (94,1%). Talvez isso possa amenizar o consumo de álcool no grau de risco elevado. Destaca-se a importância de, mesmo com essas evidências, se levar em conta que os desgastes físico, emocional e mental originado no trabalho podem acarretar apatia, desânimo, hipersensibilidade emotiva, raiva, irritabilidade e ansiedade, além de provocar despersonalização e inércia, causando queda na produtividade, no desempenho e na satisfação do trabalhador (RODRIGUES et al., 2014). O trabalho em ambiente hospitalar tem condições causadoras de sofrimento, estresse e ansiedade, que aliadas à precarização das condições de trabalho têm repercussões na saúde mental, que é indissociável da saúde como um todo (SÁ, 2016).

O uso de substâncias psicoativas como o álcool a fim de minimizar ou diminuir tensão, estresse e outros sintomas é estratégia utilizada pelo trabalhador para negar ou aliviar compreensão da realidade que o faz sofrer (MARTINS; ZEITOUNE, 2007; SÁ, 2016). Frente ao sofrimento, a ansiedade e a insatisfação os trabalhadores constroem sistemas defensivos para se protegerem contra os efeitos desestabilizadores e patogênicos do trabalho (SÁ, 2016). No entanto, estas estratégias, não atuarão na modificação da realidade que faz esse trabalhador sofrer, elas serão fatores de alienação e talvez manutenção da saúde, uma vez que

o uso de substâncias psicoativas minimizará a percepção que o trabalhador tem do sofrimento (OLIVEIRA; MENDES, 2014; SÁ, 2016).

5.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO DESENVOLVIDO E LIMITAÇÕES

A utilização de estudos epidemiológicos para conhecer os fatores associados, as condições relacionadas à saúde em determinadas populações ou os padrões das doenças, tem sido amplamente vistas na literatura (COSTA; BEZERRA; LEÃO, et al., 2017; MELO; ERCOLE; OLIVEIRA et al., 2017; ASSUNÇÃO; ABREU, 2017 ROCHA; SILVA; CAMPOS, al et., 2018; SANTOS; PRADO; SANTOS, 2018; ALVIM; DIAS; OLIVEIRA, 2018; PESCADOR; SAKAE; MAGAJEWSKY, 2018; GARCIA; MARTINEZ; GARCIA FILHO, 2018). Estudos descritivos e analíticos são utilizados para obter os objetivos indicados dos estudos epidemiológicos. Desse modo, estudos descritivos pretendem apontar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde e características dos sujeitos, com a finalidade de conferir se a incidência ou a prevalência de uma doença ou condição de saúde varia conforme algumas características, sendo elas sociodemográficas, econômicas, entre outras. Os estudos analíticos propõem-se a averiguar a associação entre uma exposição e uma doença ou condição de saúde (ARAGÃO, 2011; HOCHMAN et al., 2015)

O delineamento do estudo analítico do tipo de coorte transversal tem características limitadas, os estudos transversais apresentam um recorte momentâneo da realidade, isto é, a exposição e o desfecho são determinados simultaneamente (ARAGÃO, 2011; HOCHMAN et al., 2015). O que se torna relevante em pesquisas ocupacionais em decorrência do resultado no trabalhador sadio, o qual a característica não possibilita conhecer se a exposição antecede ou é consequência da doença, ou condição relacionada à saúde (ARAGÃO, 2011; HOCHMAN et al., 2015).

Também é preciso considerar que o efeito trabalhador sadio é responsável por eventuais enganos nos perfis e associações identificadas. Observa-se que os estudos em epidemiologia ocupacional, frequentemente compreendem somente homens saudáveis, ou seja, os sobreviventes do efeito estudado. Portanto, o grupo de trabalhadores expostos apresenta menores índices em relação ao mesmo grupo etário na população em geral. Assim, as pessoas doentes, incapacitadas ou em licença no momento da coleta formaram a população não trabalhadora. Outras pesquisas sobre a capacidade de trabalho também observaram este

efeito (ARAUJO et al, 2003; ALVES, 2004, MARTINES, 2006; BONITA et al, 2010; COSTA, 2010; LOPES, 2011). Portanto, o curto período de relação existente entre a exposição e o efeito dificulta o estabelecimento de uma relação de causalidade, e permite apenas a identificação dos sobreviventes do efeito estudado.

Outras limitações foram encontradas durante o período de coleta de dados, as quais provavelmente interferiram neste processo. Primeiramente o número escasso de coletadores, pois o preenchimento do questionário na unidade, durante o turno de trabalho, muitas vezes, foi interrompido por conta das demandas dessa como, por exemplo, prestação de assistência ao paciente que necessitava no momento. Outro fator observado foi a alternância de turnos pelos trabalhadores, que dificultou a captação do questionário entregue. Por fazer parte de um projeto matricial, o questionário contendo vários blocos a ser preenchido fez com que muitos trabalhadores se recusassem a responder, tendo em vista a possível demora em preenchê-lo. Além disso, apesar da garantia do sigilo das informações adquiridas, há a possibilidade do viés de informação nas respostas ao item que abordava o consumo de bebidas alcoólicas; isto é, não revelaram o real consumo de bebidas alcoólicas (desejabilidade social), seja por autocrítica, sentimento de culpa, receio de exposição, consequências negativas no trabalho ou outras razões inibitórias, condizente com outros estudos sobre o consumo de substâncias psicoativas (NEVES, 2007; LOPES, 2011).

Com o propósito de minimizar os erros sistemáticos de seleção de amostra, como a não obtenção de uma amostra representativa, foi realizada a inclusão de todos os trabalhadores do hospital universitário, excetuando-se os trabalhadores pertencentes a empresas prestadoras de serviços terceirizados. Esta abrangência de toda a população para compor a amostra também foi verificada nos trabalhos com profissionais da área da saúde, sobre aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos (ARAUJO et al, 2003); sobre as condições de trabalho e a presença de distúrbios menores (KIRCHHOL et al, 2009); sobre o estresse no trabalho e a auto avaliação da saúde (COSTA, 2010); sobre o estresse no trabalho (URBANETTO et al, 2011); e sobre o consumo de álcool e o estresse com servidores técnico-administrativos de uma universidade (LOPES, 2011).

Esta pesquisa obteve 74,1% de participação dos trabalhadores. Alguns autores consideram uma taxa de participação mínima de 75% (MARTINEZ; LATORRE, 2009). As perdas foram estabelecidas pelos questionários entregues aos participantes e que não foram devolvidos, os quais representaram 25,9% (284) da população do estudo, apesar das diversas tentativas de recolhimento no período da coleta, diferentemente de Prochnow e colaboradores (2013) que consideraram, no estudo sobre a capacidade para o trabalho na enfermagem, que

perdas se referem aos participantes que se recusam a participar. Embora a literatura não apresente um consenso sobre a margem de percentual a considerar de perdas aceitáveis em pesquisas (SANTOS et al., 2007), este resultado assemelha-se a pesquisa realizada por Macedo e colaboradores com perda de 20,2% e Santos e colaboradores com perda de 29,7%, apesar de que nesses dois estudos foram realizados acréscimos de seleção justamente para evitar eventuais perdas e recusas. Gaspardo, Martinez e Linhares (2010), após realizarem uma revisão sistemática, constataram que uma perda aproximada de 20% da amostra original, não interferindo nos resultados obtidos.

Outros estudos alcançaram perdas inferiores a esta pesquisa, como é o caso do estudo sobre trabalho e distúrbios psíquicos em professores (16,5%) (REIS et al., 2005); estudo sobre o álcool e o estresse, (9,8%) (LOPES, 2011); sobre a prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande –RS (9,7%) (PRIMO; STEIN, 2004); e sobre as condições de trabalho (7%) (KIRCHHOF *et al.*, 2009; MAGNAGO *et al.*, 2010).

Os resultados deste estudo em relação à identificação do consumo de álcool pelos trabalhadores de um hospital universitário se tornou muito importante para analisarmos as variáveis que interferem no consumo desta substância por esses profissionais.

CONCLUSÃO

Esta dissertação teve como objetivo de estudo a avaliação da relação entre estresse ocupacional e uso de álcool no contexto do trabalho hospitalar. Para isso, foi realizado um estudo epidemiológico, transversal. Considerando que, dentro das limitações inerentes ao estudo transversal, não é possível concluir a respeito de relações causais. Os resultados observados contribuem para reforçar alguns achados de outros estudos e o referencial teórico adotado.

Assim, na busca de evidências de associação entre o perfil sociodemográfico, perfil de saúde e características de trabalho sobre o consumo do álcool dos trabalhadores hospitalares, identificou-se que as especificidades do perfil do trabalhador hospitalar e da organização de trabalho e o seu complexo contexto interferem contínua e intermitentemente na vida do trabalhador. Por consequência, o desenvolvimento desse estudo foi importante para identificar fatores possíveis de riscos ao consumo de bebidas alcoólicas.

✓ **No que se refere às características sociodemográficas, verificou-se que prevaleceu:**

- participação de mulheres (72,2%);
- com idade entre 20 a 40 anos (51,6%);
- casados ou com companheiro (74,7%);
- com filhos (66,1%);
- com especialização/residência (38,8%).

✓ **Em relação ao perfil laboral dos trabalhadores, verificou-se que predominou:**

- trabalhadores celetistas (48,5%);
- pertencem aos setores não críticos (69,5%);
- prestam assistência direta (89,6%);
- trabalham no turno misto (38,4%);
- trabalhadores estão satisfeitos com seu setor (94,1%);
- não tem intenção de deixar o trabalho (88,7%).

✓ **No que tange ao perfil de saúde, foi constatado que:**

- em relação ao Índice de Massa Corporal, o maior percentual encontra-se acima do peso adequado (54,1%) ($IMC \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$);
- em relação Cintura Quadril (RCQ), 88,9% das mulheres apresentam a RCQ dentro do ideal e 51,3% dos homens apresentam a RCQ acima do valor ideal;
- Maior percentual dos trabalhadores (49,8%) ganharam peso nos últimos seis meses;
- 40,0% pratica atividade física regularmente;
- 93,6% não consome tabaco.

✓ **Em relação às características do estresse ocupacional, constatou-se que:**

- 51% dos trabalhadores exercem atividades com alta demanda;
- 56,1% apresentaram um alto controle;
- 54,8% possuem muito suporte social.

As combinações nos quadrantes do Modelo Demanda Controle, sinalizaram que 28,3% trabalhadores estão no quadrante do trabalho ativo e 22,7% na alta exigência.

✓ **No que se refere às características do padrão de consumo dos trabalhadores, verificou-se que:**

- a prevalência do consumo de álcool de 72,1%;
- 65% foram classificados no consumo de baixo risco;
- 5,8% no consumo de risco;
- 0,3% no consumo nocivo;
- 0,2% no consumo de provável dependência.

Em suma, as prevalências mais elevadas ($p < 0,05$) de uso problemático de álcool foram em trabalhadores do **sexo masculino**; naqueles com **idade entre 20 a 40 anos**; nos que possuem **graduação e pós-graduação**, nos que trabalham em **turno misto** e nos que **consomem tabaco às vezes**.

Neste estudo, não foi evidenciada a associação entre estresse ocupacional e o consumo de álcool, contrariando alguns achados na literatura. Apesar disso, a pesquisa apresenta o resultado da exposição ao estresse e o consumo de álcool por todos os trabalhadores

hospitalares e servirá como fonte de discussão para outras pesquisas que envolvem essas duas temáticas, separadas ou associadas.

Os resultados aqui evidenciados contribuem para a identificação do perfil dos consumidores do uso de álcool. Nesse sentido, é importante promover a saúde dos trabalhadores hospitalares, por meio de rastreamento precoce, formulação de estratégias, programas, vigilância e políticas de ações de promoção e prevenção à saúde do trabalhador associado ao consumo de bebidas alcoólicas. Além disso, espera-se contribuir como subsídio para implementação de cuidados diferenciados pelo Serviço de Saúde e Segurança do Trabalhador da instituição pesquisada.

Essas medidas podem auxiliar na redução do consumo e sua evolução para dependência. Elas tendem a serem importantes, também, no sentido de evitar maiores danos na vida do trabalhador relacionados ao consumo abusivo e, principalmente, evitar o comprometimento da assistência segura prestada ao paciente.

RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

✓ Apresentar os dados desta pesquisa aos funcionários do hospital universitário, ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) e à equipe do Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST), a fim de discutir a inclusão da temática nas capacitações periódicas realizadas na instituição, bem como, pensar estratégias de prevenção do álcool entre os trabalhadores.

✓ Discutir os resultados no Grupo de Pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente (GTESSP), no curso de graduação e pós-graduação de Enfermagem, a fim de suscitar a reflexão no curso e posterior reflexão do aluno sobre a atuação na prática de enfermagem voltada para promoção da saúde do trabalhador e prevenção do consumo abusivo de álcool.

✓ Verificar com o SOST a existência do rastreamento como primeiro passo das Estratégias e Diagnósticos de Intervenção Breve, identificando, orientando e encaminhando indivíduos por meio da aplicação do questionário AUDIT, durante o desenvolvimento dos exames periódicos, nas licenças médicas, nos admissionais e nas realocações dos trabalhadores, indo ao encontro das propostas das orientações da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

✓ Além disso, tanto a nível universitário quanto hospitalar, o conhecimento da estratégia de redução de danos se faz muito importante. Essa estratégia substitui o conceito de prevenção pelo da educação sobre o álcool, fortalece a autonomia do usuário, o conhecimento sobre como beber bem, beber seguro e beber com moderação.

6 REFERÊNCIAS

ABREU, T. T. et al., O consumo de bebida alcoólica e o *binge drink* entre os graduandos de Medicina de uma Universidade de Minas Gerais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 2, p. 87-93, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852018000200087&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 Set. 2018.

AGUIAR, O. B.; FONCECA, M. J. M.; VALENTE, J. G. Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do Questionário Demanda-Controlle entre Trabalhadores de Restaurantes Industriais do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 212-22, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 Nov. 2017.

ALDERETE, E.; KAPLAN, C. P.; NAH, G.; PÉREZ-STABLE, E. J. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. **Salud Publica Mexico**, v. 50, n. 4 p. 300-307, 2008. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/spm/2008.v50n4/300-307/es>>. Acesso em: 14 Ago. 2018.

ALENCAR, M. C. B.; BIZ, R. A. M. Relações entre condições e organização do trabalho e os afastamentos de trabalhadores portuários de transporte. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 208-15, 2012 Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/55633>>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

ÁLVAREZ AGUIRRE, A.; ALONSO CASTILLO, M. M.; ZANETTI, A. C. G. Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** v. 18, n. Spec, p. 634-40, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000700021&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 10 Abr. 2018

ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da “Job Stress Scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200003> Acesso em: 12 Ago. 2018.

ALVES, M. G. M.; HÖKERBERG, Y. H. M.; FAERSTEIN, E. Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Controlle de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 125-36, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2013000100125&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em; 13 Ago. 2018.

ALVIM, R. O. et al. Prevalência de Doença Arterial Periférica e Fatores de Risco Associados em uma População Rural Brasileira: Estudo Corações de Baependi. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, n. 4, p. 405-413, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ijcs/2018nahead/pt_2359-4802-ijcs-20180031.pdf>. Acesso em: 01 Set. 2018.

AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP)-campus capital. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 156-163, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000300005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 Ago. 2018

AMORIM, T. C. et al. Avaliação da dependência alcoólica entre estudantes de medicina no nordeste brasileiro pelo teste de identificação de distúrbio de uso do álcool e a relação com o índice de massa corpórea e tabagismo **Revista Sociedade Brasileira Clínica Médica**, v. 10, n. 5, p. 398-401, Set./Out., 2012.

Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3141.pdf>>. Acesso em: 06 Ago. 2018.

ANTHONY, J. C. Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri (SP): Minha Editora; 2009. p. 67-87.

ANJOS, D. R. et al. Estresse: fatores desencadeantes, identificação e avaliação de sinais e sintomas no enfermeiro atuante em UTI neonatal. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 4, p. 426-31, 2008. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2008/v26n4/a1741.pdf>>. Acesso em: 06 Set. 2018

ANTUNES, R. Dimensões de precarização estrutural do trabalho. In: Druck G, Franco T, organizadoras. **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo; 2007. p. 13-22

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Praxis**, v. 3, n. 6, p. 59-62, Ago. 2011. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566/528>>. Acesso em: 18 Mai. 2018.

ARAÚJO, M. F. M et al.; Indicadores de saúde associados com a má qualidade do sono de universitários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1085-1092, Dez., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1085.pdf>. Acesso em: 14 Out. 2018.

ARAUJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAUJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuição do modelo demanda-controle. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000400021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 Ago. de 2018.

ARMENDÁRIZ GARCÍA, N. A. et al. Eventos estressantes e sua relação com o consumo de álcool em estudantes Universitários. **Revista Investigação em Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 97-112, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=673841&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

ASSUNÇÃO, A. A.; ABREU, M. N. S. Fatores associados a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos em adultos brasileiros. **Revista Saúde Pública**, v. 51,

n. supl.1, p. 10s, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000282.pdf>. Acesso em: 11 Jul. 2018.

BABOR, T. F. et al. **AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care.** Geneva, Switzerland: World Health Organization, WHO/PSA, 1992. cap. 4, p. 1-29.

BABOR, T. F.; BIDDLE, H. **Intervenção Breve: para o uso de risco e uso nocivo de álcool – Manual para uso em atenção primária.** Tradução Clarissa Mendonça Corradi, Ribeirão Preto: Programa de ações Integradas para Prevenção e atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade FMRP-USP, 2005.

BABOR, T. F. et al. **AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool – roteiro para uso em atenção primária.** Tradução Clarissa Mendonça Corradi. Ribeirão Preto: Programa de ações Integradas para Prevenção e atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade FMRP-USP, 2005.

BANDEIRA MAD. Estresse ocupacional em médicos: uma revisão bibliográfica. **Revista Amazônia Science & Health**, v. 5, n. 2, p. 25-32, 2017. Disponível em: <<http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/1600>>. Acesso em: 04 Ago. 2018.

BARBOSA, F. L. et al. Uso de álcool entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Maranhão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 89-95, Jan./ Mar., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022013000100013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 Out. 2018.

BARRETO M, HELOANI R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. **Serviço Social e Sociedade**. 2015, n.123, pp. 544-561
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-sssoc-123-0544.pdf>>. Acesso em: 14 Set. 2017

BARRETO, B. M. F. et al. A interferência do estresse no trabalhador de enfermagem no ambiente hospitalar e sua relação como fator de risco para a ocorrência de câncer. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 8, n. 2, p. 4154-4167, Abr./Jun., 2016. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3715>>. Acesso em: 14 Set. 2018.

BARROSA, M. V.G.; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 554-63, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000600009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 Abr. 2018.

BAUMGARTEN, L. Z.; GOMES, V. L. O; FONSECA, A. D. Consumo alcoólico entre universitários(as) da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande/RS: subsídios para enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 530-535, Set., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300015>. Acesso em 01 Jul. 2018.

BEDENDO, A. et al. *Binge drinking*: padrão associado ao risco de problemas do uso de álcool entre universitários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, n. e2925, p.

1-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2925.pdf>. Acesso em: 05 Out. 2018.

BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro hospitalar e o stress. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 4, p. 390-4, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v34n4/v34n4a11>>. Acesso em: 15 Jun. 2018.

BOBROFF, M. C. C.; MARTINS, J. T. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, p. 251-258, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422013000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 Jun. 2018.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. 2ª ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2010

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paranaense de Psicologia**, v. 20, n. 4, p. 5, 2006 Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n4/v20n4a01.pdf>>. Acesso em: 15 Set. 2018.

BORTOLOZZI, M. C. et al. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 679-685, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300010>. Acesso em: 03 Mar. 2018.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1585-1596, Jun., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700070>. Acesso em: 14 Set. 2018.

BRANCO, A. B. *et al.* Alcoolismo como fator de incapacidade para o trabalho: Prevalência de benefício auxílio doença no Brasil, 2007. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 123-134, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=552058&indexSearch=ID>>. Acesso em 17 Dez. 2017.

BRANCO, L. M. **Graduandos e Residentes de Medicina e Enfermagem: consumo de álcool, depressão, ansiedade, estresse e enfrentamento**. 2012. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, 2014.

BRASIL. **Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3**. – 11. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.

_____. **Consolidação das leis do trabalho (CLT) (1943)**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial [dos] Estados Unidos do Brasil, Poder Executivo, Rio de Janeiro, DF, 9 ago. 1943. Seção 1, p. 11937-11984.

_____. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho – PNSST**. Brasília, DF, Nov. 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_seguranca_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2018.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília (DF), 2007.

_____. **Norma Regulamentadora 32** - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Portaria GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 16 de Novembro de 2005

_____. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Brasília: SENAD, 2009.

BRAVO ORTIZ, C. M.; MARZIALE, M. H. P. O consumo de álcool em pessoal administrativo e de serviço de uma universidade do Equador. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. spe, p. 487-495, Mai./ Jun., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692010000700002&lng=es&nrm=i&tlng=pt>. Acesso em: 14 Out. 2018.

BRITES, R. M. R. **Padrão de consumo de álcool entre os trabalhadores de um Serviço de Saúde do Trabalhador de uma universidade pública**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 2012.

BRITES, R. M.; ABREU, A. M. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 93-9, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000200002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 Mai. 2018.

BRITES, R. M. R.; ABREU, A. M. M.; PINTO, J. E. S. S. Prevalência de alcoolismo no perfil das aposentadorias por invalidez dentre trabalhadores de uma universidade federal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 373-80, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000300373&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 Jun. 2018.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Síndrome de Burnout e consumo de álcool em agentes penitenciários. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 1, p. 205-216, Jan./Mar., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100205>. Acesso em: 12 Jul. 2018.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. Análise de cortisol salivar como biomarcador de estresse ocupacional em trabalhadores de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 4, p. 447-53, 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a02.pdf>>. Acesso em: 15 Jun. 2018.

CARLINI, E. L. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2002. Disponível em: <http://abramd.org/wp>

[content/uploads/2014/06/I_Levantamento_Domiciliar_sobre_o_Uso_de_Drogas_Psicotr%C3%B3picas_no_Brasil.pdf](#)>. Acesso em: 15 Jan. 2018.

CARLINI, E. L. A. et al. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Brasília: SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas; 2005. Disponível em: <<https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2014/10/II-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 16 Mai. 2018.

CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 61-9, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000100009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 Set. 2018.

CARRILLO, L. P. L.; MAURO, M. Y. C. Uso e abuso de álcool e outras drogas: ações de promoção e prevenção no trabalho. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 11, p. 25-33, 2003. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a04.pdf>>. Acesso em: 15 Set. 2018.

CASTRO, K. **Álcool e trabalho: Uma Experiência de Tratamento de Trabalhadores de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro**. 2002. Dissertação (Mestrado)-Universidade Pública do Rio de Janeiro, RJ, 2002.

CASTRO, M. R.; FARIAS, S. N. P. **Fatores subjetivos na ocorrência de acidentes com perfurocortantes: uma contribuição para a saúde do trabalhador de enfermagem**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 2008.

CHIAVEGATTO C. V.; ALGRANTI, E. Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 8, n. 127, p. 11-30, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a05.pdf>>. Acesso em: 14 Set. 2018.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA). **Info Álcool**. São Paulo. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/categoria/8/dados-oficiais.php>>. Acesso em 02 Set. 2018

COSTA, D. R. *et al.* Association between pluviometric index and the occurrence of acute appendicitis. **Journal Coloproctology**, v. 37, n. 4, p. 295–300, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jcol/v37n4/2237-9363-jcol-37-04-0295.pdf>>. Acesso em: 16 Set. 2018.

COSTA, G. A. S.; SILVA, T. H.; SILVEIRA, A. M. Consumo de álcool e condições de trabalho: uma revisão integrativa. **Revista Médica de Minas Gerais** v. 26, n. Supl 8, p. S118-S122, 2016. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/2134>>. Acesso em 22 de Julho de 2018.

COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V.; ALMEIDA, P. C. Stress no trabalho do enfermeiro. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 37, n. 3, p. 63-71, 2003. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/recusp/upload/pdf/170.pdf>>. Acesso em: 17 Jul. 2018.

COSTA, M. A. S. **O estresse no trabalho e auto-avaliação da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS**, 2010. Dissertação. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2010.

DALLO, L.; MARTINS, R. A. Uso de álcool entre adolescentes escolares: um estudo-piloto. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 21, n. 50, p. 329-334, Dez., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n50/05.pdf>>. Acesso em: 09 Set. 2018.

DAWSON, D. A.; GRANT, B. F.; RUAN, W. J. The association between stress and drinking: modifying effects of gender and vulnerability. **Alcohol and Alcoholism**, v. 40, n.5, p.453-460, Set., 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15972275>>. Acesso em: 02 Out. 2018.

DEJOURS, C. **Contribution de la psychopatologia del trabajo al estudio do alcoolismo**. In Talleres gráficos Litodar (Ed.), Trabajo y Desgaste Mental. (pp.235-242). Buenos Aires: Editorial Humanitas. 1990.

_____, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

_____, C. **Psicopatologia do trabalho - psicodinâmica do trabalho**. Laboreal, Porto, v. 7, n. 1, p. 13-16, 2011

DOMINGUES, R. B. et al. Consumo problemático de álcool na migração e cefaleia do tipo tensional. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 72, n. 1, p. 24-27, Jan., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2014000100024&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 set. 2018.

DORRIAN J et al. Sono, estresse e comportamentos compensatórios por enfermeiras e parteiras australianas. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 922-30, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000500014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 Set. 2018.

DIAS, E. C. **A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS) no Brasil: realidade, fantasia ou utopia**.1994. Tese (Doutorado) Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1994.

EBLING, M. I.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e fatores associados entre profissionais de saúde de um hospital público. **Tendências Psychiatry Psychother**. v.34, n. 2, p. 93-100, 012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-60892012000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 Out. 2018.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-25, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000400008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 Ago. 2018.

EZAIAS GM, HADDAD MCL, VANNUCHI MTO. Manifestações psico-comportamentais do burnout em trabalhadores de um hospital de média complexidade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 13, n. 1, p. 19-25, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3760>>. Acesso em: 09 Out. 2018.

FÁVERO, J. L. et al. Consumo de bebida alcoólica entre fumicultores: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 871-882, Mar., 2018 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000300871&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 01 Ago. 2018.

FEIJÓ, F. R. et al. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma fundação de atendimento socioeducativo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira Medicina do Trabalho** v. 15, n. 2, p. 124-33, 2017. Disponível em: <<http://www.rbmt.org.br/details/221/pt-BR/estresse-ocupacional-em-trabalhadores-de-uma-funda-ccedil--atilde-o-de-atendimento-socioeducativo--preval-ecirc-ncia-e-fatores-associados>>. Acesso em: 01 Out. 2018.

FELIX JUNIOR, I. J.; SCHLINDWEIN, V. L. D. C; CALHEIROS, P. R. V. A relação entre o uso de drogas e o trabalho: uma revisão de literatura PSI. **Estudos e Pesquisas em Psicologia** v. 16 n. 1, p.104-122, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-42812016000100007>. Acesso em: 09 Ago. 2018.

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, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/131898>>. Acesso em: 15 Jun. 2018.

FERNANDES, L. S.; NITSCHKE, M. J. T.; GODOY, I. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 2, p. 551-557, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4199>>. Acesso em: 12 Jun. 2018.

FERREIRA, L. N. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3409-3418, Nov., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001100030&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 Set. 2018.

FRONE, M. R. Work stress and alcohol use. *Alcohol Res Health*, v. 23, n. 4, p. 284-291, 1999. Disponível em: <<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-4/284-291.pdf>>. Acesso em 16 Set. 2018.

FUNAI, A.; PILLON, S. C. Uso de bebidas alcoólicas e aspectos religiosos em estudantes de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 24-9, Jan./Mar., 2011. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a03.htm>>. Acesso em: 17 Jul. 2018.

GAVIN, R. S. et al. Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 11, n. 2, p. 2-9, Jan./Mar., 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/98745>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

GARCIA, J. G. *et al.* Características epidemiológicas dos pacientes com tumores pélvicos submetidos a tratamento cirúrgico. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 53, n. 1, p. 33-37, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162018000100033&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 06 Mai. 2018.

GRECO, P. B. T. et al. Utilização do modelo demanda-controle de Karasek na América Latina: uma pesquisa bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 272-281, 2011. Disponível em: <periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2566>. Acesso em: 07 Mai. 2018.

GRIEP, R. H. ROTENBERG, L.; LANDSBERGIS, P.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 145-52, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rsp/2011.v45n1/145-152/>>. Acesso em: 04 Mai. 2018.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R.F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 355-62, 2008. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/4105/art_GUERRER_Caracterizacao_do_estresse_nos_enfermeiros_de_unidades_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03 Abr. 2018.

HECKMANN, W.; SILVEIRA, C. M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri (SP): Minha Editora; 2009. p. 67-87.

HEAD, J.; STANSFELD, S. A.; SIEGRIST J. The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 61, n. 3, p. 219-224, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14985516>>. Acesso em: 10 Mai. 2018.

HILL, M. M.; HILL, A. **Investigação por questionário**. Lisboa: Editora Síladó; 2002.

HOCHMAN, B et al. **Desenhos de pesquisa**. Acta Cirúrgica Brasileira - Vol 20 (Supl 2), 2005.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM). **Relatório Estatístico**. 2017. Acesso 20 Nov de 2018.

JARMAN, D. W. et al. Binge drinking and occupation, North Dakota, 2004-2005. **Preventing Chronic Disease**, v. 4, n. 4, p. A94. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2099292/>>. Acesso em: 24 Set. 2018.

JOHNSON, J. V. Globalization, workers' power and the psychosocial work environment—is the demand-control-support model still useful in a neoliberal era? **Scandinavian Journal of**

Work, Environment & Health, n. 6, p. 15–21, 2007. Disponível em: <http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=1247>. Acesso em: 12 Mai. 2018.

JORA, N. et al. Campanha saúde na estrada: avaliação do padrão de consumo de álcool e do estresse. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 37-46, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a05.htm>. Acesso em: 23 Ago. 2018.

JUNQUEIRA, M. A. B. et al. Alcohol use and health behavior among nursing professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. e03265, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29185599>>. Acesso em: 14 Ago. 2018.

JORGE, I. M. P. **Estresse no trabalho e desempenho dos enfermeiros do hospital escola: um estudo de caso**. 2010. Tese (doutorado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2010.

KACHANI, A.T. et al. O impacto do consumo alcoólico no ganho de peso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. supl 1, p. 21-24, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/247852345_O_impacto_do_consumo_alcoolico_n_o_ganho_de_peso>. Acesso em: 29 Set. 2018

KAKUSHI, L. E. ÉVORA, Y. D. M. Tempo de assistência direta e indireta de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 1-8, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00150.pdf>. Acesso em: 08 Ago. 2018

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

_____. Low social control and physiological deregulation—the stress–disequilibrium theory, towards a new demand–control model. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v. Suppl, n. 6, p. 117–135, 2008.

_____; THEORELL T. **Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books; 1990.

KENNA, G. A.; WOOD, M. D. Alcohol use by healthcare professionals. **Drug Alcohol Depend.** v. 75, n. 1, p. 107-16, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15225894>>. Acesso em: 20 Dez. 2018.

KESTENBERG, C. C. F et al. Estresse do trabalhador de enfermagem **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 45-51, 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a08.pdf>>. Acesso em: 23 Ago. 2018.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 215-223, Abr./Jun., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200003>. Acesso em: 24 Set. 2018.

KOLHS, M. et al. A enfermagem na urgência e emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 2, p. 422-431, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.422-431>>. Acesso em: 14 Ago. 2018.

LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 3, p. 231-241, Set., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32n3/aop1209.pdf>>. Acesso em: 05 de Set. 2018.

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

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

LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol Alcohol**, v. 40, p. 584-9, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16143704>>. Acesso em: 13 Mai. 2018.

LINCH, G. F. C.; GUIDO, L. A. Estresse de enfermeiros em unidade de hemodinâmica no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 63-71, Mar., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000100008&script=sci_abstract>. Acesso em: 14 Set. 2018.

LIPP, M. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 28, n. 6, p. 347-349, 2001. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=315084&indexSearch=ID>>. Acesso em: 11 Mar. 2018.

LIPP, M. N.; MALAGRIS L. N. **O Stress Emocional e seu Tratamento**. In *Bernard Range (Org)*. São Paulo: Artes Medicas. 2011.

LITTLETON, J. Tolerância e dependência celular. In: Edwards G, Lader M. **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994

LOPES, F. J. et al. Consumo de bebida alcoólica entre fumicultores: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 871-882, Mar., 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000300871&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 29 Out. 2018.

LUCIO GÓMEZ-MAQUEO, E. et al. Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 18, n. 1, p. 9-17, 2009. Disponível em: <<https://biblat.unam.mx/pt/revista/revista-colombiana-de-psicologia>>. Acesso em: 19 Ago. 2018.

LUZ, E. S. Estudo do estresse ocupacional em mulheres policiais militares da cidade do Rio de Janeiro. 2011. XII, 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

MABUCHI, A. S. et al. The use of alcohol by workers of the garbage collection servisse. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 446-452, Mai./Jun., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300013>. Acesso em: 20 Set. 2018.

MACIEL, M. E. D.; VARGAS, D. Consumo de álcool entre estudantes de enfermagem. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 1, p. 64-70, Jan./Mar. 2017. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4297>>. Acesso em: 14 Out. 2018.

MAGNOBOSCO, M. B.; FORMIGONI, M. L.O.S.; RONZAMI, T. M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000400021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em; 14 Set. 2018.

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

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Revista de enfermagem da UERJ**, v. 17, n. 1, p. 118- 23, Jan./Mar., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000300019&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 09 Mar. 2018.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n.6, p. 811-817, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600015>. Acesso em: 08 Mar. 2018.

MAIA, C. O. et al. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 138-42, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000200005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 Abr. 2018.

MAIORINO, I. L. G.; **Hábitos de um consumo de medicamentos, álcool e tabaco entre as servidoras de uma unidade de Saúde em um Hospital Universitário de Uberaba – MG**. 2012. Dissertação (mestrado) – Universidade de Franca, Franca, SP, 2012

MALTA, D. C. et al. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, p. 267-276, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00267.pdf>. Acesso em: 30 Mai. 2018.

MALTA, D.C. et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. Supl 1, p. 11s, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000200313&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 30 Mai. 2018.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Saúde e capacidade para o trabalho de eletricitários do Estado de São Paulo. **Ciência saúde coletiva**, v. 13, n. 3, p. 1061-1073, 2008. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12598/art_MARTINEZ_Saude_e_capacidade_para_o_trabalho_de_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 Mai. 2018.

MARTINS, J. T. **O ambiente ocupacional como preditor para o uso de substâncias psicoativas em enfermeiros**. 2002. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR. 2002.

MARTINS, M. E. et al. Qualidade de vida e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 1, p. 5-11, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000100002>. Acesso em: 18 Mai. 2018.

MARTINS-OLIVEIRA, J. G. et al. Risco de dependência do álcool: prevalência, problemas relacionados e fatores socioeconômico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 17-26, Jan., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 Abr. 2018.

MARTINS, R. A. M. et al. Padrão de consumo de álcool entre estudantes do ensino médio de uma cidade do interior do estado de São Paulo. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 4, n. 1, Fev. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38665>>. Acesso em: 14 Ago. 2018

MELO, L. S. *et al.*, Infecção do trato urinário: uma coorte de idosos com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 873-80, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0838.pdf>. Acesso em: 14 Set. 2018

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C., Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, p. 341-349, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101991000500003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 Set. 2018.

MENDEZ-RUIZ, M. D; et al. Relação de percepção de risco e consumo de álcool por adolescentes. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 11, p. 3, p. 161-167, Set., 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/803/80342807007.pdf>>. Acesso em: 14 Mai. 2018.

MONTEIRO J.K.; OLIVEIRA, A.L.L.; RIBEIRO, C.S.; GRISA G.H.; AGOSTINI, N. Adoecimento Psíquico de Trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 33, n. 2, p. 366-379, 2013 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498932013000200009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 Abr. 2018.

MORAES, R. J. S.; BARROCO, S. M. S. Concepções do Alcoolismo na Atualidade: Pesquisas Hegemônicas, Avanços e Contradições. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 1, p. 229-237, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n1/1806-3446-ptp-32-01-00229.pdf>>. Acesso em: 07 Set. 2018.

MOREIRA, M. M.; GALERA, S.A.F. Evaluación del uso de alcohol por familias de la periferia de Guayaquil en Ecuador, por estudiantes de enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. spe, p. 620-625, Mai./ Jun., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700019>. Acesso em: 09 Set. 2018.

MOURA, D. C. A et al. Demandas psicológicas e controle do processo de trabalho de servidores de uma universidade pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 481-490, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000200481&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 Out. 2018.

MORILHA, A. et al. Abuso de Álcool após Síndrome Coronariana Aguda: Avaliação Prospectiva no Estudo ERICO. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 104, n. 6, p. 457-467, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n6/pt_0066-782X-abc-20150038.pdf>. Acesso em: 14 Ago. 2018.

OLIVEIRA, E. B. et al. Padrões de uso de álcool por trabalhadores de enfermagem e a associação com o trabalho. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 21, n. esp.2, p.729-35, 2013. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11514>>. Acesso em: 09 Set. 2018.

OLIVEIRA, E. B. et al. Estresse ocupacional e consumo de ansiolíticos por trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, p. 615-21, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a06.pdf>>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais**. Genebra: OMS/ SESI, Tradução; 2010. Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf>. Acesso em 06 Out. 2018.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Conheça a OIT**. Disponível em: <<http://www.ilo.org/brasil/lang--pt/index.htm>>. Acesso em: 01 Set. 2018.

OIT- Organização Internacional do Trabalho. **Problemas ligados ao álcool e a droga no local de trabalho: a evolução para a prevenção. 1ª ed.** Genebra. 2003. Tradução portuguesa em 2008. Disponível em http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_problemas.pdf. Acesso em: 10 Out.18.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Geneva: WHO, 1995. Disponível em: http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_sup_pl_2_final.pdf. Acesso em: 15 Dez 2017.

PALHARES-ALVES, H. N. et al. Aspectos clínicos e demográficos de médicos dependentes de álcool e drogas. **Revista Associação Médica Brasileira.** v. 51, n. 3, p. 139-43, 2005.

PARENTE, E. A. et al. Uso de Álcool entre Estudantes de Medicina: um possível risco para futuros médicos? **Journal of Health Biological Sciences,** v. 5, n. 4, p. 311-319, Out./Dez., 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859730>. Acesso em: 12 Abr. 2018.

PEREIRA, E. S. S. L.; SILVA, A. C. C. Impactos das mudanças no processo de trabalho dos profissionais de saúde: o que diz a literatura. **Revista Enfermagem Contemporânea.** V.2, n. 1, p. 209-224, Dez., 2013. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/171/260>. Acesso em: 21 Dez. 2018.

PESCADOR, M. A.; SAKAE, T. M.; MAGAJEWSKY, F. R. L. Análise de tendência histórica da evolução da hanseníase em Santa Catarina no período de 2001-2015. **Arquivos Catarinenses de Medicina,** v. 47, n. 1, p. 141-158, 2017. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/307>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

PELICIOLO, M. et al. Perfil do consumo de álcool e prática do beber pesado episódico entre universitários brasileiros da área da saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** v. 66, n. 3, p. 150-156, jul.-set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0047-20852017000300150&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 08 Out. 2018.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Revista de Enfermagem da UERJ,** v. 15, n. 3, p. 329-336, 2017. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a02.pdf>. Acesso em: 18 Ago. 2018.

PIRES, C. G. S. et al. Consumo de bebidas alcóolicas entre estudantes de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem,** v. 28, n. 4, p. 301-307, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000400003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 Abr. 2018

PONCE, T. D. et al. Treinamento de equipes de enfermagem para assistência à síndrome de abstinência alcoólica: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e**

Drogas, v. 12, n. 1, p. 58-64, 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/119197/116607>>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

PONCE, J.C. et al. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, n. supl 1, p. 13-16, 2008 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a04v35s1.pdf>>. Acesso em: 04 Out. 2018.

PORTERO, S.; VAQUERO, M. Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 543-52, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000300543&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 01 Jun. 2018.

PRANKE, M. A; CORAL, G. P. Dependência alcoólica em ambulatório de gastroenterologia de um hospital público. **Arquivo de Gastroenterologia**, v. 54, n. 4, p. 338-343, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-28032017000400338&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 Mai. 2018.

PRESOTO, L. H. **Promoção da Saúde e Qualidade de Vida do trabalhador em Hospitais estaduais da cidade de São Paulo**. 2008. Tese (Doutorado. Faculdade Pública de Saúde Pública da USP, São Paulo, SP, 2008.

PROCHNOW, A. et al. Capacidade para o trabalho na enfermagem: relação com demandas psicológicas e controle sobre o trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1298-305, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01298.pdf>. Acesso em: 14 Set. 2018.

RAGLAND, D. R. et al. Occupational stress factors and alcohol-related behavior in urban transit operators. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 24, n. 7, p. 011-9, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10924004>>. Acesso em: 05 Mai. 2018

RAMIS, T.R. et al. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 2, p. 76-85, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200015>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

REGO, S. R. M. et al. Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 1, p. 46-49, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852011000100009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 Ago. 2018.

REIS, E. J. F. B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500021>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

REIS, G. A. *et al.* Alcoolismo e seu tratamento. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.7, n.2, Pub.4, 2014. Disponível em: <<https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/72/4.pdf>>. Acesso em: 19 Mai. 2018.

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

_____. *et al.* Uso problemático de álcool e de tabaco por profissionais de saúde. SMAD. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. v. 12, n. 4, p. 214-221, 2016.

RIBEIRO, F. S. N.; LEÃO, L. H. C.; COUTINHO, S. R. A. Saúde do Trabalhador no Brasil nos anos 1990 e 2000, do período da audácia ao desbrío. **Revista em Pauta**, v. 11, n.32, p.39-63, 2013 Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/10155>>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

RIBEIRO, M. C. S. Operacionalização das ações de saúde do trabalhador no cotidiano da enfermagem. In:Ribeiro, M. C. S. (org). **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Martinari, 2008.

RIBEIRO, R. P. *et al.* Prevalência da Síndrome Metabólica entre trabalhadores de Enfermagem e associação com estresse ocupacional, ansiedade e depressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 435-40, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0383-2573.pdf>. Acesso em: 18 Out. 2018.

ROBAINA, J.R. *et al.* Eventos de vida produtores de estresse e queixas de insônia entre auxiliares de enfermagem. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12,n. 3, p. 501-9-502, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2009000300018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 Set. 2018.

ROCHA, L. A. *et al.* Consumo de Álcool entre Estudantes de Faculdades de Medicina de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, p. 3, p. 369 – 375, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000300010>. Acesso em: 24 Ago. 2018.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L.; Padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde: retrato de alunos de cursos lato sensu de uma instituição pública. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v.11, n.1, p. 41-8. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000100007>. Acesso em: 22 Ago. 2018.

ROCHA, I. A. *et al.* O Custo do Atendimento aos Pacientes com Doença Renal Crônica (DRC), em Fase Não Dialítica de um Hospital Universitário. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 10, n. 3, p. 647-655, 2018. Disponível em: <www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/6140/pdf_1>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

ROCHA, P. R. **Questionário sobre o consumo de álcool e drogas entre profissionais de saúde: um estudo exploratório**. 2010. 169f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2010.

RODRIGUES, E. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p.296-301, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200296>. Acesso em: 05 Mai. 2018.

RODRIGUES, A.F. et al. Identificação de uso de álcool em bancários. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 12, n. 4, p. 207-213, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n4/pt_03.pdf>. Acesso em: 10 Set. 2018.

RODRIGUES, D.; QUELUZ, D. P. Alterações sistêmicas e orais associadas ao estresse em enfermeiros do hospital público de referência. **Revista Brasileira de Ciências Orais**. v.14 n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=1677-3225&lng=en>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

RODRÍGUEZ PUENTE, L. A. et al. Consumo álcool e tabaco entre os adolescentes. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**; v. 12, n. 4, p. 200-206, 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/122278>>. Acesso em: 22 Ago. 2018.

RONZANI, T. M. ALIANE, P. P.; LOURENÇO, L. M.; Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. **Psicologia em Estudo**: Maringá, v.11, n.1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a10.pdf>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

ROSADO, I. V. M. et al. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3021-3032, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

ROSSATO, V. M. D.; KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho e o alcoolismo: estudo com trabalhadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 3, p. 344-9, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a18v57n3.pdf>>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

SANCHEZ, Z. M. A prática de binge drinking entre jovens e o papel das promoções de bebidas alcoólicas: uma questão de saúde pública. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 1, p. 195-198, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00195.pdf>>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

SANTANA, L. L. et al. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 30-9, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0030.pdf>>. Acesso em: 23 Set. 2018.

SANTOS, A.S. et al. Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15 n. 2, p. 421-438, Mai./Ago., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017000200421&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 Set. 2018.

SANTOS, J. C. S.; SANTOS, M. L. C. S. Descrevendo o Estresse. **Principia**, João Pessoa, v. n.12, Abr. 2005. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/28230187-Descrevendo-o-estresse.html>>. Acesso em: 14 Mar. 2018.

SANTOS, M. A. A.; PRADO, B. S.; SANTOS, D. M. S. Mortalidade por doenças hipertensivas no Brasil. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, n. 3, p. 250-257, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2359-56472018000100056&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 02 Set. 2018.

SÁ, F.C. **Substâncias psicoativas no contexto da enfermagem hospitalar: prazer que suscita e sofrimento que produz**. 2016. 172 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2016.

SELYE H. **Stress – a tensão da vida**. São Paulo: IBRASA, 1959. 397p.

SERVINO, S.; RABELO, E.; CAMPOS, N. R. P. Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de tecnologia da informação. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 238 – 254, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-82202013000200007&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 09 Set. 2018.

SEXTON, J.B.; THOMAS, E.J.; GRILLO, S.P. The Safety Attitudes Questionnaire: Guidelines for administration. 2/03. **Texas: University of Texas**; 2003. p. 12.

SILVA, A. B. J. et al. Relação entre consumo de bebidas alcoólicas por universitárias e adiposidade corporal. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 3, p. 210-215, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852011000300010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 Mai. 2018.

SILVA, J. L. et al. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de *burnout* entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 2, p. 125-133, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n2/0103-507X-rbti-27-02-0125.pdf>>. Acesso em: 02 Set. 2018.

SILVA, L. G.; YAMADA, K. N. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 98-105, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4912>>. Acesso em: 02 Set. 2018.

SILVA, N. R. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 16 n. 8, p. 3393-3402, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000900006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 Ago. 2018.

SILVEIRA, C. M. **Preditores sociodemográficos das transições entre os estágios do uso de álcool (uso na vida, uso regular, abuso e dependência) e remissão dos transtornos relacionados ao uso do álcool, na população geral adulta residente na região metropolitana de São Paulo**. Tese. (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, 2010.

SIQUEIRA, V. T.; KURCGANT, P. Job Satisfaction: a quality indicator in nursing human resource management. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46 n.1, p. 151-7, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100021>. Acesso em: 10 Set. 2018.

SOARES, M. H.; OLIVEIRA, F. S. A relação entre álcool, tabaco e estresse em estudantes de enfermagem. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 9, n. 2, p. 88-94, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/79661>>. Acesso em: 02 Set. 2018.

SOARES, S. M. et al. Consumo de álcool e qualidade de vida em idosos na saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, p. 2362-2376, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1184>>. Acesso em: 02 Set. 2018.

SOUZA, E. R. et al. Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 7, p. 1297-1311, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700008>. Acesso em: 17 Jul. 2018.

SOUZA, L. H. R. F; SANTOS, M. C.; OLIVEIRA, L. C. M. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 7, p. 296-303, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000700002>. Acesso em: 19 Set. 2018.

TAVARES, D. M. S. et al. Diabetes mellitus: fatores de risco, ocorrência e cuidados entre trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 671-6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000500014&script=sci_abstract>. Acesso em: 08 Mai. 2018.

THEME FILHA, M. M.; COSTA, M. A. S.; GUILAM, M. C. R. Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0475.pdf>. Acesso em: 10 Ago. 2018.

TORRES, A. R. A. et al. O adoecimento no trabalho: repercussões na vida do trabalhador e de sua família. **S A N A R E**, v.10, n.1, p. 42-48, 2011. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/142>>. Acesso em: 01 Set. 2018.

URBANETTO, J. S. et al. Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Control e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, p. 1186-93, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1180.pdf>. Acesso em: 08 Mar. 2018.

URBANETTO, J. S. et al. Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a Job Stress Scale. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 10 telas, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500009&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 02 Set. 2018.

VAISSMAN, M. **Alcoolismo no trabalho**. Editora Garamond, 2004. ISBN 8576170337

VALECILLO, M. et al. Síntomas musculoesqueléticos y estrés laboral en el personal de enfermería de un hospital militar. **Salud de los Trabajadores**, v. 17, n. 2, p. 85-95, 2009. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3194538>>. Acesso em: 07 Out. 2018.

VARGAS, D.; BITTENCOURT, M. N.; BARROSO, L. P. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária a saúde de um município brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 17-25, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375839294002>>. Acesso em: 02 Mar. 2018.

VASCONCELOS, E. F. GUIMARÃES, L. A. M. Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. **Psicólogo in Formação**, v. 13, n. 13, 2009. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/view/2075>>. Acesso em: 02 Set. 2018.

VIDAL, J. M. (2014). **Saúde e padrão de consumo do álcool em trabalhadores Offshore**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio De Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/51/teses/855299.pdf>>. Acesso em: 13 Ago. 2018.

VIDAL, J. M. ABREU, A. M. PORTELA, L. F. Estresse psicossocial no trabalho e o padrão de consumo de álcool em trabalhadores offshore. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. e00116616, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000606001&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 Out. 2018.

VILLARREAL, M. S. R. Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del Hospital de la Anexión. **Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social**, v. 11, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592003000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 22 Ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on alcohol and health** 2011 [Internet]. Genebra: WHO; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en>. Acesso em: 10 Fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

WÜNSCH FILHO, V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v.2, p. 103-117, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a06.pdf>>. Acesso em: 12 Ago. 2018

WÜNSCH, P.R.; MENDES, J.M.R. O Trabalho no Contexto da Reestruturação Produtiva: determinações históricas e a relação com a saúde. **Textos & Contextos**, v. 14, n. 2, p. 291 - 302, Ago./Dez., 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/22516/13955>>. Acesso em: 10 Abr. 2018.

XAVIER, H. C. et al. Alta exigência no trabalho e alto risco cardiovascular em funcionários de uma universidade pública. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 7, p. e1328, 2017. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1328>>. Acesso em: 30 Ago. 2018.

YAMAGUTI, S. T. F. et al. **Padrão atípico de secreção de cortisol em profissionais de Enfermagem**. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. Esp, p. 109-116, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000700109&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 Set. 2018.

ZUCOLOTO, M. L.; CIOFFI, D. S.; CAMPOS, J. A. D. B. Efetividade de diferentes métodos para detecção de binge drinking em estudantes de Odontologia. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 9, n. 3, p 129-135, Dec., 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/86743>>. Acesso em: 09 Dez. 2017.

ANEXOS**ANEXO A- AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA PESQUISA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a mestranda Patricia Tuchtenhagen, estudante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria, a utilizar o banco de dados da pesquisa intitulada "Cultura de Segurança e agravos à saúde do trabalhador", ainda em tramitação para registro e submissão à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, da qual sou pesquisadora responsável.


Rafaëla Andolhe
Dr. Rafaëla Andolhe
Professor Adjunto - DENFE/UFISM
SIAPE 2557204

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria
Coordenadora da Pesquisa

Santa Maria, 13 de novembro de 2017.

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: **Cultura de segurança do paciente e agravos a saúde do trabalhador**

Autoras da pesquisa: Prof^aDr^aGrazielle de Lima Dalmolin, Prof^aDr^a Rafaela Andolhe, Prof^aDr^a Tania Bosi de Souza Magnago, Prof^aDr^aAngela Isabel Dullius

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Enfermagem

Telefone e endereço postal completo: Ex: (55) 3220-8263 Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1305A, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria/UFSM

Eu Rafaela Andolhe, responsável pela pesquisa Interface entre cultura de segurança do paciente e agravos a saúde do trabalhador, e os mestrandos Monique Pereira Portella Guerreiro, Oclaris Lopez Munhoz, Patrícia Tuchtenhagen, Roosieloiza Bolzan Zanon, autores da pesquisa, o convidamos a participar como voluntário deste estudo. Esta pesquisa pretende avaliar a cultura de segurança do paciente e agravos a saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar. Espera-se fortalecer a segurança do paciente, contribuindo para o desenvolvimento de ambientes mais seguros, e também mais saudáveis para a prestação de cuidados. Poderão ocorrer cansaço ou desconforto do participante em função da extensão dos instrumentos, mobilização de sentimentos por lembranças de experiências vivenciadas no trabalho. Nesses casos, a coleta de dados será interrompida, podendo ser retomada em outro momento ou não, a depender da sua vontade. Os benefícios oferecidos com esta pesquisa não são diretamente aos participantes, mas os resultados poderão contribuir para elaborar estratégias de melhoria aos serviços, no que se referem à saúde do trabalhador e segurança do paciente. Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda, após análise dos dados, caso seja identificada a necessidade de atendimento psicológico será sugerido a estes profissionais, uma abordagem individual orientando-se que procurem atendimento psicológico. As informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas, apenas, em eventos ou publicações científicas da área de conhecimento, sem a identificação dos participantes. Este estudo constituirá um banco de dados que será alimentado posteriormente.

Autorização

Eu,, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento, tive a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável e esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Santa Maria, ____/____/____

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO C- MANUAL DO COLETADOR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MANUAL DO COLETADOR

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E AGRAVOS À SAÚDE
DO TRABALHADOR EM AMBIENTE HOSPITALAR**

SANTA MARIA, RS

2018

INTRODUÇÃO

O presente manual tem por finalidade orientar os alunos da graduação e pós-graduação em relação a coleta de dados a ser realizada para a pesquisa intitulada: “cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar”. Esta pesquisa tem como objetivo principal: avaliar a cultura de segurança do paciente e os agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar.

O estudo será realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Participarão do estudo os trabalhadores de todos os serviços de saúde oferecidos na instituição, incluindo os serviços de apoio, o que contemplará os profissionais da saúde: médicos, enfermeiros, técnicos (enfermagem, radiologia, laboratório e farmácia), fisioterapeutas, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, nutricionistas, entre outros, e os profissionais do serviço de apoio: serviço de higiene e limpeza, serviço de manutenção, cozinheiros, copeiros, almoxarifes, auxiliares de escritório, secretárias, gerentes administrativos, pedreiros, porteiros, vigilantes, motoristas, telefonistas, costureiros, entre outros.

A população compreende atualmente 1.835 trabalhadores, sendo 824 vinculados à EBSEH e 1.011 vinculados ao regime jurídico único.

Serão adotados os seguintes critérios de inclusão: ser trabalhador da instituição, com tempo de atuação mínima de quatro semanas no setor e carga horária mínima de 20 horas semanais. **Serão excluídos** os trabalhadores afastados do trabalho por qualquer motivo, no período de coleta de dados.

Os participantes serão convidados a responder à pesquisa no ambiente e turno de trabalho, em momento que não comprometa a realização das atividades laborais. Inicialmente serão apresentados os objetivos e a forma de participação, e para aqueles que aceitarem participar do estudo será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos serão auto preenchíveis (Blocos A, B, C, D, E, F, G, H, I, J e K),

exceto as variáveis: peso, circunferência abdominal, circunferência do quadril e pressão arterial, que serão medidos pelos coletadores.

Será feito um intervalo durante o preenchimento dos questionários, para aferição da pressão arterial, medida da circunferência abdominal, circunferência do quadril e peso do participante. Em seguida, ele poderá concluir o preenchimento dos questionários

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

Caro coletador, para o sucesso desta pesquisa e a garantia de que se cumpram todos os aspectos éticos e legais (Resolução Nº 466/12) alguns itens devem ser respeitados:

- Deve-se ter conhecimento dos objetivos desta pesquisa;
- Manter sempre a postura profissional, com ausculta atenta e sempre responder aos questionamentos, com calma e clareza;
- O participante tem livre escolha para participar do estudo, podendo desistir a qualquer momento;
- Todos os participantes que aceitarem tomar parte deste estudo deverão **ler e assinar** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias, permanecendo uma cópia com o participante e outra com o coletador.
- Após o participante responder a pesquisa **grampear** a mesma com o TCLE que o participante assinou anteriormente;
- Verificar se o participante respondeu **a todas as questões** (conferir frente e verso de todas as folhas);
- Poderão ocorrer cansaço ou desconforto por parte do participante em função da extensão dos instrumentos e emergirem sentimentos por lembranças de experiências vivenciadas no trabalho. Nesses casos, a coleta de dados será interrompida, podendo ser retomada em outro momento ou não, a depender da vontade do participante.
- A pesquisa não oferece benefícios diretos aos participantes, porém, os resultados poderão contribuir para elaborar estratégias de melhoria aos serviços, no que se referem à saúde do trabalhador e segurança do paciente.

APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

A presente pesquisa compreende dez Blocos com instrumentos auto preenchíveis: categorização, caracterização Sociodemográfica, laboral e perfil de saúde; Safety Attitudes Questionnaire (SAQ); Job Stress Scale; Cortisol salivar; Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares; Maslach Burnout Inventory; Stanford Presenteeism Scale; Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

BLOCO A, B, C e D

Blocos elaborados pelos pesquisadores e são compostos pelo levantamento das características sociodemográficas, laborais e do perfil de saúde dos participantes. Este questionário será preenchido em três momentos.

Primeiro momento:

O participante responderá os blocos a seguir:

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO	
A1. Nº do Instrumento: _____	A1 _____
A2. Data da coleta de dados: ___/___/____ Coletador _____	A2
BLOCO B - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
B1. Data de nascimento: ___/___/____	B1_ _/_/___
B2. Gênero: [1] M [2] F [3] Outro _____	B2 _____
B3. Estado civil: [1] sem companheiro [2] com companheiro	B3 _____
B4. Filhos: [1] Não [2] Sim B4a. Se, sim, qual o número de filhos? _____	B4 _____ B4a _____

BLOCO C – PERFIL LABORAL	
C1. Setor: _____	C1
C2. Regime de trabalho: [1] Celetista/EBSERH [2] Estatutário/RJU	C2 _____
C3. Cargo: [1] Assistente social [2] Enfermeiro [3] Farmacêutico [4] Fisioterapeuta [5] Fonoaudiólogo [6] Médico da equipe responsável [7] Médico residente [8] Nutricionista [9] Odontólogo [10] Psicólogo [11] Administrativo (Auxiliar de escritório, secretário, recepcionista, almoxarife) [12] Auxiliar/Técnico de enfermagem [13] Técnico de laboratório [14] Técnico de radiologia [15] Cozinheiro/ Copeiro [16] Motorista [17] Serviço de higiene e limpeza/lavanderia [18]] Serviço de manutenção [18] Vigilante/porteiro [19] Outro: _____	C3 _____
C4. Maior formação COMPLETA: [1] Ensino fundamental [2] Ensino Médio [3] Graduação [4] Especialização/Residência [5] Mestrado [6] Doutorado	C4 _____
C5. Tempo de formação: _____ anos _____ meses	C5 _____
C6. Tempo de trabalho na instituição: _____ anos _____ meses	C6 _____
C7. Tempo de trabalho no setor: _____ anos _____ meses	C7 _____
C8. Turno de trabalho atual nessa unidade:	C8

[1] manhã [2] tarde [3] noite [4] misto	___
C9. Carga horária semanal de trabalho: _____ horas	C9 ___
C10. Possui outro emprego ou vínculo empregatício? [1] Não [2] Sim C10a. Se sim, qual a carga horária semanal? _____ horas	C10 ___ C10 a ___
C11. Há quantos dias não tem folga nessa unidade? _____ dias	C11 ___
C12. Você se sente satisfeito por trabalhar no seu setor? [1] Não [2] Sim	C12 ___
C13. Tem intenção de deixar o trabalho? [1] Não [2] Sim [3] Não sei/não pensei nisso	C13 ___

Segundo Momento

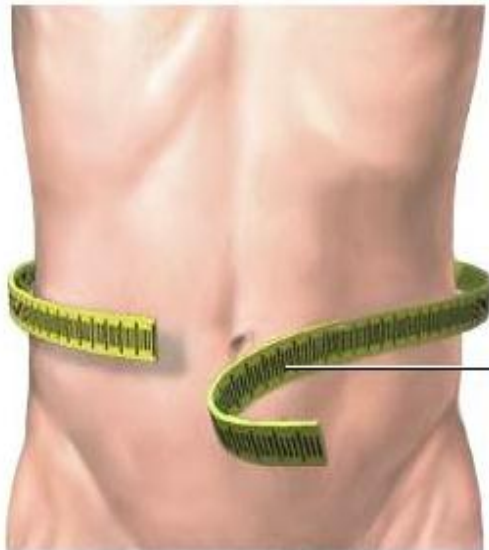
Será preenchido pelos coletadores

BLOCO D – PERFIL DE SAÚDE	
D1. Altura: _____ cm	D1 ___
D2. Peso: _____ Kg Obs: se for gestante, informar o peso anterior.	D2 ___
D3. Circunferência abdominal: _____ cm	D3 ___
D4. Circunferência de quadril _____ cm	D4 ___
D5. PA: _____ mmHg	D5 ___

Para verificar o **peso** do participante orienta-se que o mesmo tenha o mínimo de roupa possível. Além disso, a cada 20 participantes a balança deverá ser calibrada. Será utilizado para calibrar as balanças um peso de 2 kg.



A medida da **circunferência abdominal** é realizada colocando a fita métrica ao redor da região abdominal despida ou com o mínimo de roupas, sobre a cicatriz umbilical.



A medida da **circunferência do quadril** é realizada colocando a fita métrica na proeminência dos glúteos, circundando horizontalmente todo o quadril.



A verificação da **Pressão Arterial (PA)** deverá seguir alguns cuidados:

- Solicitar ao participante que esvazie a bexiga antes de verificar a PA;
- Posicione o participante em local calmo e confortável, com o braço esquerdo, apoiado ao nível do coração, permitindo cinco minutos de repouso;
- Peça para o mesmo manter as pernas descruzadas;
- Descubra o membro a ser aferido e meça sua circunferência para assegurar-se do tamanho do manguito. Em caso de participantes obesos, utilizar o manguito adequado;
- Nunca afira a PA em cima de roupas grossas, tenha sempre preferência pelo local descoberto;
- Meça a distância entre o acrômio e o olécrano colocando o manguito no ponto médio (Figura 1);

Figura 1 - Medida do braço para posição do manguito.



Fonte: Site SBH - Curso de medida de pressão arterial

- Envolve o manguito em torno do braço, mantendo-o a 2,0 cm de distância da fossa ante cubital e posicionando o centro da bolsa inflável sobre a artéria braquial, permitindo que o manômetro esteja em posição visível;

- Apalpe a artéria braquial e centralize a bolsa inflável, ajustando seu meio sobre a mesma. Para identificar o meio da bolsa inflável basta dobrá-la ao meio e colocar essa marcação sobre a artéria apalpada.

- Com a mão "não dominante", apalpe a artéria radial e, simultaneamente, com a mão "dominante", feche a saída de ar (válvula da pera do esfigmomanômetro), inflando a bolsa rapidamente até 70 mmHg. Gradualmente, aumente a pressão aplicada até que perceba o desaparecimento do pulso, inflando 10 mmHg acima desse nível;

- Desinfe o manguito lentamente, identificando pelo método palpatório a pressão arterial sistólica;

- Aguarde de 15 a 30 segundos para inflar novamente o manguito;

- Posicione o estetoscópio no canal auricular, certificando-se da ausculta adequada na campânula;

- Posicione a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial, apalpada abaixo do manguito na fossa antecubital. Simultaneamente, com a mão "dominante", feche a saída de ar (válvula da pera do esfigmomanômetro) e, com a mão "não dominante", apalpe a artéria braquial;

- Em seguida, novamente com a mão dominante, insufla o manguito, gradualmente, até o valor da pressão arterial sistólica estimada pelo método palpatório e continue insuflando, rapidamente, até 20 mmHg acima dessa pressão;

- Desinfe o manguito de modo que a pressão caia de 2 a 4 mmHg por segundo, identificando pelo método auscultatório a pressão sistólica (máxima) em mmHg;

- Observe no manômetro o ponto correspondente ao primeiro ruído regular audível - 1ª fase dos sons de Korotkoff - e a pressão diastólica (mínima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente à cessação dos ruídos - 5ª fase dos sons de Korotkoff, no adulto;

- Desinfe totalmente o manguito com atenção voltada ao completo desaparecimento dos sons;

-Repita a ausculta após 30 segundos;

-Retire o aparelho do membro do cliente deixando-o confortável;
(Recomendações da American Heart Association)

Terceiro momento:

Neste momento os participantes dão sequência no preenchimento dos instrumentos.

As questões D11 e D12 deverá ser respondida com o somatório de todo o tempo, tanto no trabalho quanto fora dele.

D6. Você ganhou peso nos últimos 6 meses? [1] Não [2] Sim D6a. Se sim, quantos kg? _____	D6 ____ D6a ____
D7. Você perdeu peso nos últimos 6 meses? [1] Não [2] Sim D7a. Se sim, quantos kg? _____	D7 ____ D7a ____
D8. Necessidade de horas de sono diária: _____ horas	D8 ____
D9. Horas efetivamente dormidas por dia: _____ horas	D9 ____
D10. Você considera esse número de horas efetivamente	D10 ____

<p>dormidas por dia:</p> <p>[1] Suficiente [2] pouco suficiente [3] Insuficiente</p>	
<p>D11. Quanto tempo em minutos ou horas diárias você utiliza o computador? _____</p>	D11 ____
<p>D12. Quanto tempo em minutos ou horas diárias você utiliza o celular? _____</p>	D12 ____
<p>D13. Você pratica atividade física?</p> <p>[1] Não [2] Sim [3] Às vezes</p>	D13 ____
<p>D14. O seu tempo para o lazer é?</p> <p>[1] Suficiente [2] pouco suficiente [3] Insuficiente</p>	D14 ____
<p>D15. Possui algum problema de saúde diagnosticado pelo médico?</p> <p>[1] Não [2] Sim D15a. Se sim, Qual (is)?</p> <p>_____</p>	D15 ____ D15a ____
<p>D16. Faz uso de medicação contínua?</p> <p>[1] Não [2] Sim, com prescrição médica. D16a. Quais?</p> <p>_____</p> <p>[3] Sim, por conta própria. D16b. Quais?</p> <p>_____</p>	D16 ____ D16a ____ D16b ____
<p>D17. Você fuma?</p> <p>[1] Não [2] Sim [3] Às vezes</p>	D17 ____
<p>D18. Afastou-se do trabalho por problemas de saúde no último ano?</p> <p>[1] Não [2] Sim. D18a. Se sim, quantos dias?</p> <p>_____</p>	D18 ____ D18a ____
<p>D19. Você tem alguma sugestão para melhorar o seu ambiente de trabalho?</p>	D19
<p>D20. Você tem alguma questão que não foi abordada neste estudo e que gostaria de sugerir para um estudo posterior?</p>	D20

BLOCO E:

Composto pelo SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ), instrumento para mensuração do clima de segurança, pelas atitudes dos profissionais de saúde quanto à segurança do paciente. Será preenchido pelo participante.

Caro coletador: **atentar** para as questões 24,25,26,27,28, onde o participante terão que responder em relação a duas esferas, **adm unid (chefia imediata, do setor), adm hosp. (diretora, administração geral do hospital)**

BLOCO E – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAQ)
--

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não se aplica	Código
E1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área.	A	B	C	D	E	X	E1
E2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	A	B	C	D	E	X	E2
E3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	A	B	C	D	E	X	E3
E4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	A	B	C	D	E	X	E4
E5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	A	B	C	D	E	X	E5
E6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	A	B	C	D	E	X	E6
E7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	A	B	C	D	E	X	E7

E8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área.	A	B	C	D	E	X	E8
E9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	A	B	C	D	E	X	E9
E10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	A	B	C	D	E	X	E10
E11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	A	B	C	D	E	X	E11
E12. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	A	B	C	D	E	X	E12
E13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	A	B	C	D	E	X	E13
E14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	A	B	C	D	E	X	E14
E15. Eu gosto do meu trabalho.	A	B	C	D	E	X	E15
E16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	A	B	C	D	E	X	E16
E17. Este é um bom lugar para trabalhar.	A	B	C	D	E	X	E17
E18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	A	B	C	D	E	X	E18
E19. O moral nesta área é alto.	A	B	C	D	E	X	E19
E20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	A	B	C	D	E	X	E20
E21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado.	A	B	C	D	E	X	E21
E22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	A	B	C	D	E	X	E22
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não se aplica	Código

E23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões).	A	B	C	D	E	X	E23
E24. A administração da unidade apoia meus esforços diários.	A	B	C	D	E	X	E24
E24a. A administração do hospital (Direção) apoia meus esforços diários.	A	B	C	D	E	X	E24a
E25. A administração da unidade não compromete conscientemente a segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X	E25
E25a. A administração do hospital (Direção) não compromete conscientemente a segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X	E25a
E26. A administração da unidade está fazendo um bom trabalho.	A	B	C	D	E	X	E26
E26a. A administração do hospital (Direção) está fazendo um bom trabalho.	A	B	C	D	E	X	E26a
E27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração da unidade .	A	B	C	D	E	X	E27
E27a. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração do hospital (Direção).	A	B	C	D	E	X	E27a
E28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração da unidade .	A	B	C	D	E	X	E28
E28a. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração do hospital (Direção).	A	B	C	D	E	X	E28a
E29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	A	B	C	D	E	X	E29
E30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	A	B	C	D	E	X	E30

E31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	A	B	C	D	E	X	E31
E32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	A	B	C	D	E	X	E32
E33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área.	A	B	C	D	E	X	E33
E34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	A	B	C	D	E	X	E34
E35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	A	B	C	D	E	X	E35
E36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	A	B	C	D	E	X	E36

BLOCO F

BLOCO F – JOB STRESS SCALE - JSS					
Em cada questão indique a frequência com que você fez ou sentiu a respeito da situação, conforme opções abaixo.					
	Frequente mente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca	
F1. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	1	2	3	4	F1 ____
F2. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	1	2	3	4	F2 ____
F3. Seu trabalho exige demais de você?	1	2	3	4	F3 ____
F4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	1	2	3	4	F4 ____
F5. O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	1	2	3	4	F5 ____

F6. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	1	2	3	4	F6 ____
F7. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	1	2	3	4	F7 ____
F8. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	1	2	3	4	F8 ____
F9. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	1	2	3	4	F9 ____
F10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	1	2	3	4	F10 ____
F11. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	1	2	3	4	F11 ____
F12. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.	1	2	3	4	F12 ____
F13. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.	1	2	3	4	F13 ____
F14. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.	1	2	3	4	F14 ____
F15. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas me compreendem	1	2	3	4	F15 ____
F16. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.	1	2	3	4	F16 ____
F17. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.	1	2	3	4	F17 ____

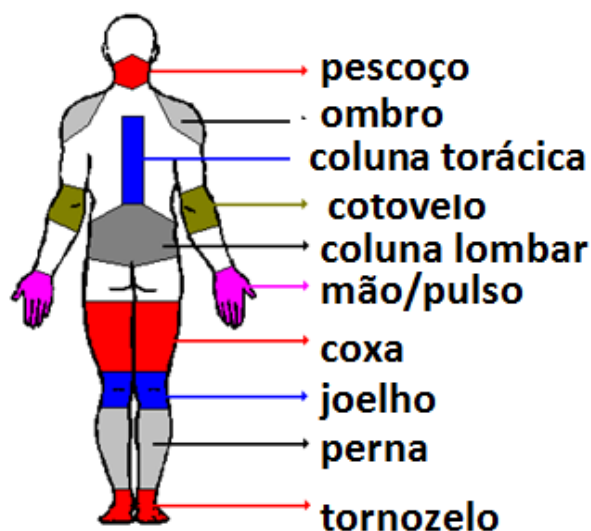
Composto pela JOB STRESS SCALE (JSS), instrumento que avalia o estresse no ambiente do trabalho o participante deverá responder com que frequência fez ou se sentiu a respeito da situação, conforme as opções.

BLOCO G

Composto pelo Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, que é indicado para a identificação de distúrbios osteomusculares no propósito de colaborar para o diagnóstico do ambiente ou do posto de trabalho e não ao diagnóstico clínico (PINHEIRO, TRÓCCOLI, CARVALHO, 2002).

BLOCO G - QUESTIONÁRIO NÓRDICO DE SINTOMAS OSTEOMUSCULARES

Por favor, responda às questões colocando um "X" no quadrado apropriado para cada pergunta. Por favor, responda todas as perguntas mesmo que você nunca tenha tido problemas em qualquer parte do seu corpo. A figura mostra como o corpo foi dividido. Você deve decidir, por si mesmo, qual parte está ou foi afetada, se houver alguma.



	No último ano, você teve alguma dor ou desconforto em?			Este problema atrapalhou para fazer alguma coisa em casa ou fora de casa, alguma vez, no último ano?			Teve esta dor/desconforto alguma vez nos últimos sete dias?	
	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim
G1. Pescoço			G11. Pescoço			G21. Pescoço		
G2. Ombros			G12. Ombros			G22. Ombros		
G3. Cotovelos			G13. Cotovelos			G23. Cotovelos		
G4. Pulso ou mão			G14. Pulso ou mão			G24. Pulso ou mão		
G5. Coluna torácica			G15. Coluna torácica			G25. Coluna torácica		
G6. Coluna lombar			G16. Coluna lombar			G26. Coluna lombar		
G7. Coxas			G17. Coxas			G27. Coxas		
G8. Pernas			G18. Pernas			G28. Pernas		
G9. Joelhos			G19. Joelhos			G29. Joelhos		
G10. Tornozelos			G20. Tornozelos			G30. Tornozelos		

No geral, que nota você daria para sua dor musculoesquelética nos últimos 7 dias, em que “0” significa sem dor e “10” a pior dor?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

BLOCO H

Composto pela escala utilizada pra realizar o levantamento do nível de burnout, que é definido como uma síndrome de exaustão emocional que ocorre, frequentemente, entre profissionais que trabalham com pessoas em uma relação que exige um tempo considerável e intenso envolvimento com o outro, aumentando o sentimento de esgotamento das emoções (MASLACH; JACKSON; 1981).

BLOCO H - INVENTÁRIO MASLACH DE BURNOUT (IMB)						
Marque um X a coluna que indica com que frequência você se sente como o enunciado de cada questão						
Com que frequência sente isso?	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na última semana	Diariamente	
H1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	0	1	2	3	4	H1__ —
H2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.	0	1	2	3	4	H2__ —
H3. Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado.	0	1	2	3	4	H3__ —
H4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas.	0	1	2	3	4	H4__ —

H5. Sinto que estou tratando pacientes e familiares como se fossem objetos impessoais.	0	1	2	3	4	H5__ —
H6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa.	0	1	2	3	4	H6__ —
H7 Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender.	0	1	2	3	4	H7__ —
H8. Sinto que meu trabalho está me desgastando.	0	1	2	3	4	H8__ —
H9. Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas, através de meu trabalho.	0	1	2	3	4	H9__ —
H10. Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.	0	1	2	3	4	H10_ —
H11.Preocupo-me com este trabalho que está me endurecendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	H11_ —
H12.Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho.	0	1	2	3	4	H12_ —
H13.Sinto-me frustrado por meu trabalho.	0	1	2	3	4	H13_ —
H14.Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.	0	1	2	3	4	H14_ —
H15.Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	0	1	2	3	4	H15_ —
H16.Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	0	1	2	3	4	H16_ —
H17.Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho.	0	1	2	3	4	H17_ —
H18.Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem	0	1	2	3	4	H18_ —

tenho que atender.						
H19.Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	0	1	2	3	4	H19_—
H20.Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	0	1	2	3	4	H20_—
H21.No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma.	0	1	2	3	4	H21_—
H22.Parece-me que pacientes e familiares culpam-me por alguns de seus problemas.	0	1	2	3	4	H22_—

BLOCO I

Composto pela a escala Avaliação do Presenteísmo, que indica a relação entre presenteísmo, problemas de saúde e a produtividade entre os trabalhadores. O participante deverá, descrever suas experiências no trabalho nos últimos 30 dias. Essas experiências podem ter sido influenciadas por diversos fatores pessoais e do ambiente e alteradas ao longo do tempo. Para cada afirmativa abaixo, o participante deverá escolher uma única resposta que melhor retrate seu grau de concordância ou discordância, considerando suas experiências de trabalho nos últimos 30 dias.

BLOCO I – Avaliação do Presenteísmo	
I 1 – NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você teve algum problema de saúde? 1[] Não 2[] Sim. Qual problema de saúde? _____	I 1 _____
I 2 – NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você faltou ao trabalho por algum problema de saúde, consulta médica ou para fazer algum exame de saúde? 1[] Não 2[] Sim. Quantos dias? _____	I 2 _____
I 3 – NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve presente no trabalho apesar de apresentar algum problema de saúde ou algum sinal ou sintoma de adoecimento? 1[] Não. Passar para o BLOCO J 2[] Sim. I 3a- Se sim, qual(ais)? _____	I 3 I 3a _____

BLOCO J

Composto pelo Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool, instrumento que verifica o uso problemático do álcool. O participante preencherá as questões abaixo e marcando a pontuação de cada resposta no parêntese correspondente, sendo que cada resposta tem um valor.



BLOCO J - TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL (AUDIT)	
Leia as questões abaixo e marque a opção que correspondente à sua resposta	
J1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca [<i>vá para as questões 9-10</i>] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana	J1 _____
J2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber? (0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais	J2 _____
J3. Com que frequência você toma “seis ou mais doses” de uma vez? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias [Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10]	J3 _____
J4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	J4 _____
J5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?	J5 _____

(0) Nunca Mensalmente (3) Semanalmente	(1) Menos do que uma vez ao mês (4) Todos ou quase todos os dias	(2)	
J6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?			
(0) Nunca Mensalmente (3) Semanalmente	(1) Menos do que uma vez ao mês (4) Todos ou quase todos os dias	(2)	J6 _____
J7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?			
(0) Nunca Mensalmente (3) Semanalmente	(1) Menos do que uma vez ao mês (4) Todos ou quase todos os dias	(2)	J7 _____
J8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?			
(0) Nunca Mensalmente (3) Semanalmente	(1) Menos do que uma vez ao mês (4) Todos ou quase todos os dias	(2)	J8 _____
J9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?			
(0) Não últimos 12 meses	(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses	(4) Sim, nos últimos 12 meses	J9 _____
J10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?			
(0) Não últimos 12 meses	(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses	(4) Sim, nos últimos 12 meses	J10 _____

BLOCO K

Composto pelo instrumento utilizado na coleta de cortisol salivar

BLOCO K- INSTRUMENTO DE COLETA DE CORTISOL SALIVAR			
Iniciais do nome _____			
Data de nascimento: __/__/__			
K1. Data da coleta ____/____/____			K1 _____
K2a. Hora da primeira coleta _____hs			K2 _____
K2b. Hora da segunda coleta _____hs			
K3. Sexo:	(1) Feminino	(2) Masculino	K3 _____

K4. Amostra:	(1) Dia de Trabalho	(2) Dia de folga	K4 _____
K5. Ingestão de Álcool nas 24 horas que antecedem a coleta:	(1) Não	(2) Sim	K5 _____
K6. Uso de medicamentos:	(1) Não	(2) Sim	K6 _____
K7. Quais medicamentos:			
K7a. Nome _____	Dose _____		
Horários _____			
K7b. Nome _____	Dose _____		
Horários _____			
K7c. Nome _____	Dose _____		
Horários _____			
K7d. Nome _____	Dose _____		
Horários _____			
K8. Tabagista:	(1) Não	(2) Sim	K8 _____
K9. Usa anticoncepcional oral:	(1) Não	(2) Sim	K9 _____
K10. Teve uma boa noite de sono anterior a coleta:	(1) Não	(2) Sim	K10 _____
	Não foi estressante	Pouco estressante	Muito estressante
K11. O turno de trabalho foi mais estressante do que o normal?	1	2	3
K12. O dia de folga foi mais estressante	1	2	3
			K11 _____
			K12 _____

do que o normal?				
-------------------------	--	--	--	--

Após o preenchimento do questionário acima será realizado a coleta do cortisol salivar por meio de salivetes (Figura 2), que serão oferecidos pelo laboratório de análise de escolha. O salivete consiste em *swab* oral, que será devidamente identificado e armazenado em condições e local apropriado para posterior encaminhamento ao laboratório de análise. O *swab* oral está inserido em um recipiente dentro de outro recipiente. O salivete deve ser acondicionado em caixa isotérmica com gelox logo após a coleta e armazenada em geladeira assim que possível (não congelar).

Figura 2 - Exemplo de Salivete.



Fonte: Site Medicalexpo

Para a coleta de cortisol salivar, os participantes devem tomar alguns cuidados que são de extrema importância para sua correta análise laboratorial:

24h Antes: Não ingerir bebidas alcoólicas; **2h Antes:** Evitar escovar os dentes; **30 Minutos antes:** Não ingerir comida ou bebida (exceto água). **Aconselhável:** Imediatamente antes da coleta: Fazer bochecho leve com água. **IMPORTANTE:** Não possuir lesões orais com sangramento ativo ou potencial e não estar em uso de medicação corticoide.

Estas orientações serão explicadas e entregues impressas aos os participantes no mínimo um dia antes da coleta.

A coleta será realizada duas vezes em um dia de trabalho e em um dia de folga, totalizando quatro coletas por participante. No dia de folga o próprio participante deverá realizar a coleta, neste sentido é importante orientá-lo corretamente sobre os cuidados. Os horários de coleta serão no início do turno de trabalho e no final, e nos mesmos horários no dia de folga.

Um instrumento próprio para a coleta do cortisol salivar será preenchido pelo coletador durante a coleta, que deve ser anexado ao questionário do participante.

Procedimento (a ser realizado nos três turnos de trabalho, após assinatura do TCLE pelo participante):

1. No início do turno de trabalho, preencher o instrumento de coleta de cortisol salivar e o espaço de identificação no tubo salivete com as iniciais do participante, data de nascimento, data e horário da coleta.

2. Retirar a tampa do salivete e o recipiente interno fechado, entregá-lo ao participante para que abra e coloque o algodão na boca. O algodão pode ser colocado embaixo da língua ou mastigado levemente entre dois a três minutos de maneira a **encharcá-lo (importante)**.

3. O participante deve guardar novamente o algodão encharcado no recipiente e colocar este no segundo recipiente, como estava inicialmente.

4. Colocar os salivetes em pé em uma grade de tubos e esta dentro da caixa isotérmica previamente preparada com os gelox até ser transferido para a geladeira.

5. Repetir os passos no final do turno de trabalho e orientar e entregar outro instrumento em branco e dois tubos salivete novos para o participante preencher e utilizar em casa no momento da coleta do dia de folga.



**Agradecemos a sua participação
nesta pesquisa.
Ela é muito importante, pois, nos
permitirá conhecer a realidade acerca da
saúde dos trabalhadores e da cultura de
segurança do paciente, e com isso,
subsidiar mudanças para melhorias nesta
interface!**

**Grupo de Pesquisa Trabalho,
Saúde e Segurança do Paciente!**

REFERÊNCIAS

ALVES, M.G.M. et al . Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 38, n. 2, p. 164-171, Abr. 2004 .

BARROS, E.N.C.; ALEXANDRE, N.M.C. Cross-cultural adaptation of Nordic musculoskeletal questionnaire. *IntNurs Rev.*, v. 50, n. 2, p. 101-8, 2003.

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. **Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do SafetyAttitudesQuestionnaire-Short Form 2006 para o Brasil.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun. 2012 [acesso em: 03 jul. 2017]; 20(3): [8 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do SafetyAttitudesQuestionnaire para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança.** 158 f. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: http://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=ptBR&user=1Q7Yn2wAAAAJ&citation_for_view=1Q7Yn2wAAAAJ:3fE2CSJlrl8C. Acesso em 03 jul 2017.

FERREIRA, A.J.; et al. Tradução e validação para a língua portuguesa das escalas de presenteísmo WLQ-8 e SPS-6. **Avaliação Psicol**, vol. 9, n. 2, p. 253-66, 2010;

KARASEK, R.A. **Job Content Questionnaire and user's guide.** University of Massachusetts, 1985.

KOOPMAN, C. et al. Stanford Presenteeism Scale: health status and employee productivity. **J Occup Environ Med.** V.44, n.1, p.14-20, January, 2002. Disponível em: http://drpelletier.com/chip/pdf/CHIP-stanford_presenteeism_scale.pdf Acesso em: 04 jul. 2017.

KUORINKA, I, et al. **Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms.** *Appl Ergon.* n. 18 p. 233-7. 1987.

LIMA CT, FREIRE ACC, SILVA APB, TEIXEIRA RM, FARREL M, PRINCE M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol Alcohol**, vol. 40, p. 584-9, 2005

MASLACH, C.; JACKSON, S.E. **The measurement of experienced burnout.** *J Occupat Behavior*, vol. 2, n. 99-113, 1981.

OZMINKOWSKI R. J.; GOETZEL R. Z ; LONG S. R. A validity analysis of the work productivity short inventory (WPSI) instrument measuring employee health and productivity. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, vol. 45, p. 1183-1195, 2003. Disponível em: http://journals.lww.com/joem/Abstract/2003/11000/A_VValidity_Analysis_of_the_Work_Productivity_Short.10.aspx Acesso em: 04 jul. 2017.

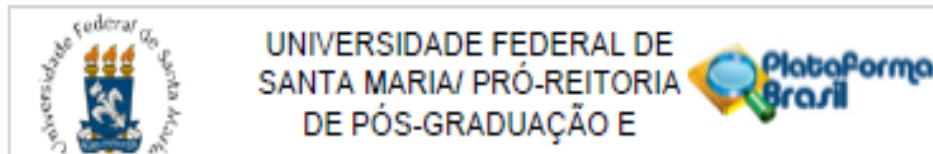
PASCHOALIN, H. C. **Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na Enfermagem.** – Rio de Janeiro : UFRJ, 2012. 169f. : il. ; Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, 2012.

PASCHOALIN, H. C. et al. Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para avaliação do presenteísmo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: 19 de junho 2017];21(1):[08 telas].

PINHEIRO, F.A.; TRÓCCOLI, B.T.; CARVALHO, C.V.. **Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade.** Rev Saúde Pública. v. 36, n. 3, p. 307-12. 2002. Disponível em <<https://pdfs.semanticscholar.org/d3b3/9c421814f0cf77ac0adac4887090112a2d68.pdf>>Acesso em 05 de julho de 2017
Disponível em: <http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/52966/57003>

REIS, C.T. et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 11, e00115614, nov. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001104001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 set. 2017. Epub 01-Dez-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00115614>.

SEXTON, J. B.; THOMAS, E. J.; GRILLO, S. P. **The Safety Attitudes Questionnaire: Guidelines for administration.** 2/03. Texas: University of Texas; 2003. p. 12.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E AGRAVOS À SAÚDE DO TRABALHADOR EM AMBIENTE HOSPITALAR

Pesquisador: Rafaela Andohe

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80587417.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

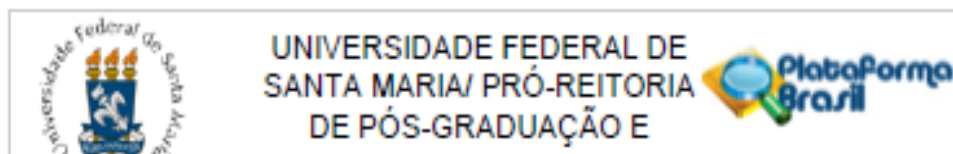
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.447.277

Apresentação do Projeto:

A segurança do paciente e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado em saúde, constitui-se numa prioridade na agenda da Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto, as condições de trabalho têm sido fatores que interferem na efetivação da cultura de segurança do paciente como: sobrecarga de trabalho, estresse/burnout, satisfação, adoecimento, o presentismo, entre outros agravos. Este estudo tem como objetivo geral avaliar a cultura de segurança do paciente e os agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar. trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, que será realizado em um hospital público, do centro do estado do Rio Grande do Sul. Serão aplicados questionários autopercebíveis a todos os trabalhadores do contexto hospitalar, quais sejam: Bloco A - caracterização sociodemográfica, laboral e perfil de saúde; Bloco B - Safety Attitudes Questionnaire (SAQ); Bloco C - Job Stress Scale (JSS); Bloco D - Instruções para coleta de cortisol salivar; Bloco E - Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO); Bloco F - Maslach Burnout Inventory (MBI); Bloco G - Stanford Presenteeism Scale; Bloco H - Alcohol Use Disorders Identification Test. Serão coletados por coletadores treinados. Será organizado um banco de dados por dupla digitação independente e após será organizado um banco de dados para posterior análise no SPSS, com utilização de testes estatísticos específicos conforme objetivos do estudo.

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-0362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.447.277

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a cultura de segurança do paciente e os agravos a saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram analisados adequadamente no projeto, Plataforma e TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: ok

Registro no GAP: ok

Autorização Institucional: ok (GEP)

Cronograma: ok

Orçamento: ok

Termo de confidencialidade: ok

TCLE: ok

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BÁSICAS_DO_P ROJETO_1021987.pdf	15/12/2017 11:33:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_revisado_cep.pdf	15/12/2017 11:33:09	Rafaela Andolhe	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi CEP: 97.105-070

UF: RS Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-0362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO D - MANUAL DE CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DE DADOS DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MANUAL DE CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DE DADOS DA PESQUISA

“Cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar”

Autores:

Alessandra Suptitz Carneiro

Monique Portella Guerreiro

Oclaris Lopes Munhoz

Patrícia Tuchtenhagen

Roosi Eloiza Bolzan Zanon

Santa Maria, junho de 2018

APRESENTAÇÃO

Nesse manual estão apresentadas todas as questões do instrumento aplicado na pesquisa matricial “Cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar” e suas respectivas possibilidades de resposta para codificação do mesmo e posterior digitação.

O membro do projeto, ao realizar a codificação nos instrumentos, deverá observar todos os aspectos contidos neste manual. Para cada questão há uma explicação para sua codificação, algumas seguindo números que correspondem a categorias (variáveis qualitativas) e outras serão os próprios números das respostas no questionário (variáveis quantitativas).

O digitador, no momento de inserção dos dados na planilha específica, deverá observar os números codificados ao lado de cada questão nos instrumentos, na coluna cinza. Isto é, o digitador irá acessar os questionários já codificados, podendo se reportar a esse manual caso tenha dúvidas nesse processo.

CODIFICAÇÃO

A codificação foi elaborada pelos autores da pesquisa após o processamento de parte do material coletado. As respostas às questões abertas foram classificadas dentro de categorias, que receberam cada uma um código, que deve ser registrado sempre que aparecem nas respostas.

Nas questões sociodemográficas, perfil laboral e de saúde, as opções que não foram assinaladas, ou questões não preenchidas (não selecionadas), devem ficar **em branco** no banco de dados. As opções não assinaladas nas questões dos instrumentos específicos, para medir cultura de segurança e agravos a saúde do trabalhador, devem ser codificadas com “999”. O mesmo se aplica quando mais de uma opção for assinalada.

O Quadro a seguir apresenta a Codificação das questões do conjunto de instrumentos da pesquisa, seus respectivos códigos, explicações e instruções:

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO
Questão A1 → número de codificação do instrumento (cada instrumento receberá um número, em ordem crescente, iniciando em 1 e será contínuo, até o último a ser codificado). Exemplo: 1, 2, 3..., e assim sucessivamente.

Questão A2 → data da coleta, inserir data completa. Exemplo: XX/XX/XXXX	
BLOCO B – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
Questão B1 → data de nascimento, inserir data completa Exemplo: XX/XX/XXXX	
Questões B2, B3, B4 e B4a – Seguir categorização posta no instrumento.	
BLOCO C – PERFIL LABORAL	
Questão C1 → Setor / Unidade / Local de trabalho (inserir o número correspondente)	
1	Pronto-socorro adulto e pediátrico (Sub-solo)
2	Unidade Toco ginecológico / Gineco-obstetrícia / materno-infantil (2ºA)
3	UCG – Unidade de Cirurgia Geral – Internação (3ºA)
4	Clínica Médica I (4ºA)
5	Nefrologia (4ºA)
6	Clínica Médica II (5ºA)
7	Pneumologia (5ºA)
8	Unidade de Terapia Intensiva Adulto (5ºA)
9	Unidade Cardiovascular Intensiva – UCI (5ºA)
10	Unidade Pediátrica (Internação) (6ºA)
11	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (6ºA)
12	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (6ºA)
13	Unidade de Cirurgia Geral – Bloco Cirúrgico (BC) (sub-solo)
14	Unidade de Cirurgia Geral – Sala de Recuperação Intermediária/Anestésica – SRI/SRA (Sub-solo)
15	Unidade de Laboratório de Análises Clínicas (Biologia Molecular; Hemato-oncologia, etc) (Térreo)
16	Unidade de Diagnóstico por Imagem (Raio X; Tomografia; Traçados/métodos gráficos) (Térreo) Hemodinâmica
17	Centro Obstétrico – CO (Sub-solo), Matriciamento a violência
18	Unidade de Processamento de Materiais e Esterilização-UPME (Sub-solo)
19	Serviço de Hemoterapia (Sub-solo)
20	Ambulatórios (Ala I, Ala II – A, B, C, D, E, F; Container odontologia, vacinas) e Unidade de Reabilitação (fisioterapia, fonoterapia),
21	Unidade Psicossocial Paulo Guedes e Ambulatório Psiquiatria. (térreo)
22	Setor de Farmácia Hospitalar (Dispensação de Materiais e Medicamentos; Unidade de abastecimento farmacêutica; farmácia de quimioterapia no ambulatório de quimioterapia) (Sub-solo e amb quimio)
23	Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar (Engenharias, infraestrutura física, manutenção, Almoxarifado e produtos para a saúde, Comissão de Padronização de Materiais, Hotelaria, SND (produção), Higiene e Segregação de Resíduos) (Sub-solo e área externa)
24	Centro de Tratamento da Criança com câncer (CTCriaC) e Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) (térreo)
25	Unidade de Radioterapia e Quimioterapia (externo e interno)
26	Setor Vigilância Saúde Segurança Paciente (Serviço de controle de infecção hospitalar, Unid Gestão Riscos Assit, Nucleo Vigil Epidem Hosp) (2ºA)
27	Setores Administrativos (chefias): Superintendência; Auditoria; Setor jurídico; Gestão de processo e tecnologia da informação; Comunicação; Ouvidoria; Gerências (de Atenção a Saúde, de Ensino e Pesquisa, e Administrativa); e Divisões (Gestão do cuidado, Médica, de Enfermagem e

	de Apoio diagnóstico); Unidade de Pesquisa Clínica; e Unidade de Planejamento, Unidade de Apoio Assistencial; Setor de Regulação e avaliação em saúde/UPIAMA; (térreo e outros locais)
28	Divisão administrativa Financeira (setores de: orçamento e finanças, avaliação e controladoria, e Administrativo – e unidades de licitações, compras, contratos, pagamentos, contabilidades, patrimônio) Autorização de Procedimento de Alta Complexidade(sub-solo)
29	Divisão de Gestão de Pessoas: Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador, Núcleo Educ.Perman. em Saúde (NEPS). (4º, 2º, térreo e SS)
Questão C2 → Seguir categorização posta no instrumento.	
Questão C3 → Cargo – Deve seguir categorização posta no instrumento quando o cargo for correspondente aos números de 1 a 21. Quando for “22 – Outro” [Atentar para os primeiros instrumentos impressos onde 21 era “outro”, nos novos instrumentos o item 21 corresponde a “Auxiliar de Saúde”] e inserir os números abaixo de acordo com o cargo descrito pelo participante.	
21	Auxiliar de saúde
22	Técnico em farmácia
23	Biomédico
24	Biólogo
25	Físico
26	Terapeuta ocupacional
Questão C4 → Seguir categorização posta no instrumento;	
Questão C5 → tempo de formação, colocar em meses;	
Questão C6 → tempo de trabalho na instituição, colocar em meses;	
Questão C7 → tempo de trabalho no setor, colocar em meses;	
Questão C8 → Seguir categorização posta no instrumento;	
Questão C9 → Carga horária em horas;	
Questão C10 → Seguir categorização posta no instrumento;	
Questão C10a → Qual outro emprego ou vínculo empregatício? No caso de resposta afirmativa na C10 considerar a seguinte codificação:	
1 – Assistência em Saúde	Plantonista; Trabalhador da Saúde; Psicólogo; Outro Hospital, Consultório; Instrumentação cirúrgica; Prefeitura Municipal; Técnico em radiologia; Consultório particular; Médico; Enfermeiro; Técnico de enfermagem; Assistente de laboratório; Fisioterapeuta; Médico autônomo; Cuidado domiciliar
2 – Docência	Supervisor de Aluno; Docência; Psicopedagoga; Tutora
3 – Autônomo	Autônomo;
Questão C11 → Informar número de dias sem folga;	
Questões C12 e C13 → Seguir categorização posta no instrumento;	
BLOCO D – PERFIL DE SAÚDE	
Questão D1 → altura em metros. Exemplo: 1,65m;	
Questão D2 → peso em Kg, com vírgula Exemplo: 60,3 kg;	
Questão D3 e D3a → circunferência abdominal e cintura em centímetros;	
Questão D4 → circunferência do quadril em centímetros;	
Questão D5 → pressão arterial, subdividida em D5a = PASistólica e D5b = PADiastólica. Colocar o	

valor correspondente para cada uma na sua coluna específica no banco de dados. Exemplo: 120/80 será descrita em colunas separadas 120 (D5a – PS) e 80 (D5b – PD);	
Questão D6 → Ganho de peso, dicotômica;	
Questão D6a → Número de quilos em caso de afirmativa na D6;	
Questão D7 → Perda de peso, dicotômica;	
Questão D7a → Número de quilos em caso de afirmativa na D7;	
Questão D8 → sono diário, em horas;	
Questão D9 → horas dormidas ao dia, em horas;	
Questão D10 → Seguir categorização posta no instrumento;	
Questão D11 → tempo de uso do computador, em minutos;	
Questão D12 → tempo de uso do celular, em minutos;	
Questões D13 e D14 → Seguir categorização posta no instrumento;	
Questão D15 → Problema de saúde, dicotômica;	
Questão D15a → Qual problema de saúde diagnosticado pelo médico: Na coluna da direita foram agrupados todos os problemas de saúde referidos pelos profissionais. Em seguida, esses foram agrupados segundo sistemas e numerados de 1 a 11. Dessa forma, codificar conforme a numeração do sistema que corresponde ao problema relatado. Caso o participante relate mais de um problema de saúde, deverão ser listados os códigos correspondentes no banco de dados, nas colunas D15b (segundo problema), D15c (terceiro problema). Caso o participante relate quatro ou mais problemas em diferentes sistemas, que não comporte as variáveis D15a, D15b e D15c, foi criada a variável D15d. D15d – Quatro ou mais problemas diagnosticados: 1 (não) ou 2 (sim)	
CÓDIGO	LISTA DE PROBLEMAS DE SAÚDE – QUESTÃO D15a
1 – Sistema Cardiovascular	Hipertensão; Problemas cardíacos; Dilatação de aorta; Comunicação interventricular; Hemangioma; Varizes; Insuficiência coronariana; Insuficiência mitral leve; Extrassístole; Arritmia cardíaca
2 – Psiquiátrico/ Psicológico	Depressão; Ansiedade; Stress; Irritabilidade; TDAH
3 – Sistema Endócrino e Metabólico	Dislipidemia; Hipercolesterolemia; Síndrome metabólica; Diabetes; Pré-diabetes; Hipotireoidismo; Esteatose hepática; Obesidade; Hiperinsulinismo
4 – Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	Problemas na Coluna Lombar; Artrites; Condropatia patelar, Epicondilite bilateral, Hérnia de disco, Síndrome do Túnel do Carpo, Lesão Lombar de L5; Impacto coxofemoral bilateral; Tendinite; Capsulite ombro direito; Artrose de joelho; Espondilite Anquilosante; Neuropatia de membro inferior esquerdo; Luxação congênita de quadril a direita; Bursite trocantérica; Fibromialgia; Ruptura de tendão de ombro; Lordose; Escoliose; Artroses; Esporão de calcâneo; dor miofascial; Desgaste joelho e quadril; Cansaço físico
5 – Sistema Gastrointestinal	Retocolite Ulcerativa; Doença Celíaca; Gastrite; Hemorroidas; Esofagite; Intolerância a lactose; Divertículos; Hérnia de hiato; Refluxo GE
6 – Sistema Respiratório	Asma; IVAS; Rinite
7 – Geniturinário	Bexiga Hiperativa; Infecção de Trato Urinário; ITU de repetição; Aborto; Prostatismo; Nefrolitíase; Rins policísticos; Ovários policísticos
8 – Oftalmológico	Hipermetropia; Glaucoma;
9 – Neoplasias e Nódulos	Nódulo no seio; Câncer de tireóide; Mioma uterino; Nódulo na tireóide
10 – Dermatológico	Vitiligo; Psoríase; Dermatite atópica
11 – Outros	Enxaqueca; Aneurisma cerebral com clipe; Lúpus, Endometriose; Trombofilia; Perda auditiva; Labirintite; Anemia; Neutropenia; Doença

	de chagas
Questão D16 → Seguir categorização posta no instrumento.	
Questão D16a – Medicação contínua, com prescrição. Na coluna da direita foram listados todos os medicamentos referidos pelos profissionais. Em seguida, esses foram agrupados por classe terapêutica e numerados de 1 a 15. Dessa forma, codificar conforme a numeração da classe terapêutica do medicamento. Caso o participante relate o uso de mais de uma classe de medicamentos, deverão ser listados os códigos correspondentes no banco de dados, nas colunas D16a1 (segunda classe de medicamento), D16a2 (terceira classe de medicamento). Caso o participante relate o uso de quatro medicamentos de diferentes classes, que não comporte as variáveis D16a, D16a1 e D16a2, foi criada a variável D16a3. D16a3 – Quatro ou mais classes de medicamentos: 1 (não) ou 2 (sim)	
CÓDIGO	LISTA DE MEDICAMENTOS CITADOS – QUESTÃO D16a
1 – Antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, e estimulantes do SNC	Venlafaxina; Fluoxetina; Sertralina=serenata; Citalopram; Rivotril; Lamotrigina; Zolpidem; Escitalopram; Bupropiona; Nortriptilina; Alprazolam; Quetiapina; Lítio; Donaren; Pamelor; Mirtazapina; Clonazepam; Paroxetina; Pristiq; Duloxetina; Angipress CD; Frizium; Topiramato; Pregabalina; Lyrica 75 mg; Depakene; Ritalina LA; Cimby
2 – Anticoncepcionais e hormônios de reposição	Selene; Elani Ciclo; Fêmima; Tâmisa; Micropil; Cerazeti; DIU; Yaz; Mirena; Qlaira; Indapen; Araceli; Juliet; Belara; Femiane; ACO=anticoncepcional; Primeva, Primogyna; Natifa; Tibolona;
3 – Hormônios tireoideanos	Levotiroxina; Puran; Sintroid; Euthyrox
4 – Anti-hipertensivo, diuréticos e cardiovasculares.	Losartana; Naprix; Telmisartana (Micardis); Diovan HCT 125; Succinato de Metoprolol = selozok; Benicar; Brasart; Atenolol; Propanolol; Isordil; Acertil; Lotar; Hidroclorotiazida; Espironolactona; Nebivolol; Nitrendipina; Amilorida; Clortalidona; Fluxocor; Enalapril; Doxazosina; furosemida; Valsartana; Ramipril; Somalgim cardio
5 – Baixar colesterol e triglicérides (Estatinas e etc.)	Rosuvastatina = trezor = crestor = rosucor; Sinvastatina; Cipide; Lipless
6 – Antidiabéticos	Insulina; Metformina; Glifage; Galvus; Victoza;
7 – Anti-inflamatórios e Analgésicos	Cetoprofeno, Paco/Buscopan, Piascledine, Dexamgen; Topiramato ; Mesalazina; Cefalive; Mezacol
8 – Anticoagulante	Marevan; Aspirina; Femprocumona; Brilinta = ticagrelor
9 – Antibióticos	Nitrofurantoina
10 – Vitaminas e minerais	Vitamina A; Vitamina D; Cálcio; Sulfato ferroso; citrato de potássio
11 – Medicações oftalmológicas	Glaucotrat (timolol)
12 – Broncodilatador e outros	Foraseq; Duovent
13 – Antialérgicos/ corticosteróides	Alektos; Corticóide nasal; Nasonex; Budesonida
14 – Osteomuscular	Adalimumabe; Osteotec; Risedross = risenodrato sódico;
15 – Outros	Unoprost; Cabergolina=Dostinex; Pantoprazol; Omeprazol; Coenzima Q10; Creatina; Homeopatia; Cosentix= secuquinumab;
Questão D16b → Uso de medicação sem prescrição médica	

Na coluna da direita foram listados todos os medicamentos referidos pelos profissionais. Em seguida, esses foram agrupados por classe terapêutica e numerados de 1, 2 e 3. Dessa forma, codificar conforme a numeração da classe terapêutica do medicamento.

Caso o participante relate o uso de mais de uma medicação sem prescrição médica, deverão ser listados os códigos correspondentes no banco de dados, nas colunas D16b1 (segunda classe de medicamento), D16b2 (terceira classe de medicamento). Caso o participante relate uso de quatro ou mais medicamentos sem prescrição médica, que não comporte as variáveis D16b, D16b1, D16b2, foi criada a variável D16b3.

D16b3 – Quatro ou mais classes de medicamentos: 1 (não) ou 2 (sim)

CÓDIGO	LISTA DE MEDICAMENTOS CITADOS – QUESTÃO D16b
1 – Analgésicos, anti-inflamatórios e relaxantes musculares	Dorflex; Miosan; Neusaldina; Dipirona; Nimesulida
2 – Antialérgicos	Alegra; Loratadina;
3 – Anticoncepcional	Tâmisa
Questão D17 → Seguir categorização posta no instrumento.	
Questão D18 → Afastamento, dicotômica	
Questão D18a → Inserir número de dias no caso de afirmativa na D18.	
Questão D19 → Sugestões para melhoria no ambiente de trabalho As sugestões foram agrupadas em 4 categorias: Organização do trabalho; Relações socioprofissionais; Condições de trabalho; e Educação em saúde. Codificar conforme a numeração da categoria que compreende as sugestões listadas. Caso haja mais de uma sugestão, de diferentes categorias: inserir o código da segunda categoria na D19a; e se houver uma terceira inserir na D19b.	
CÓDIGO	LISTA DE SUGESTÕES – QUESTÃO D19
1 – Organização do trabalho (dimensionamento de pessoal; divisão de tarefas; organização das escalas; regulação de internações e consultas)	Número de pessoal insuficiente; Aumentar a proporção de médicos por leito 1:5; mais funcionários; mais multiprofissionais;
	Flexibilidade na escala; Folgas bem distribuídas; Folga durante a semana; Redução da carga horária; Aumento do número de folgas;
	Execução de tarefas por categoria; Divisão de funções; Não sobrecarregar os Técnicos com funções como: levar paciente para exame, limpeza de material, ir na farmácia e laboratório; diminuir demanda de trabalho
	Foco no serviço, qualidade do atendimento ao invés da demanda
	Menos intervenção judicial; menos interferência externa na rotina de trabalho
	Comunicação para além do setor
	Gestão mais técnica e hierárquica
2 – Relações socioprofissionais	Comunicação mais efetiva; Reuniões mensais; Reuniões sistemáticas
	Melhor relacionamento interpessoal; Menos críticas dos colegas; Menos fofoca; Mais ética
	Trabalho em equipe/integração; Interatividade entre colegas; Colega não atrapalhar o procedimento do outro; mais apoio da enfermagem em alguns plantões
	Apoio motivacional/coleguismo; Respeito e cooperação; Valorização pessoal; comprometimento da equipe multiprofissional
	Horizontalidade entre chefia e demais funcionários; Diálogo com chefia e equipes; Igualdade para seguir regras; Todas as categorias tenham voz
	Humanização dos servidores; Humanização da UTI;

	Equidade entre regimes de trabalho; Igualdade entre RJU e EBSEH; Que as coisas funcionem da mesma forma para os dois regimes
	Melhores gestores; Mais apoio da direção
3 – Condições de trabalho (melhorias no espaço/ área física; mais e melhores materiais e equipamentos; cuidados com a saúde do trabalhador)	Ter materiais para trabalhar; Mais equipamentos e condicionador de ar;
	Aumento da área física;
	Móveis, ambiente, iluminação, ventilação; Sistema à vácuo para aspiração para diminuir ruídos; Diminuir ruído; Móveis ergonômicos; Cadeiras confortáveis; encosto para os pés; e para os punhos; janelas na área interna; Manutenção da unidade (luz, bebedouro...)
	Local para descanso dos funcionários de enfermagem (BC/SRA/SRI); UCI, UTI, 5 andar
	Dois postos de enfermagem (3º andar)
	Espaço de convívio/área verde para os funcionários;
	Espaço para educação continuada;
	Ginástica laboral (e em horário adequado); Ioga
	Assistência de saúde aos profissionais; Acompanhamento psicológico; Grupos terapêuticos/psicoterapia; Plano de saúde
	Segurança
	Mais projetos sobre saúde do trabalhador
	Oferta de alimentação melhor para funcionários (janta invés de lanche); Aumentar tempo para refeições, Horário para refeições; hora do lanche coletiva no ambulatório (agrega a equipe)
	Mais silêncio no ambiente hospitalar
	Mais limpeza
4 – Educação em saúde	Educação continuada;
	Cursos e capacitações;
	Formação complementar;
<p>Questão D20 → Sugestões de temas para serem trabalhados nos próximos estudos. As sugestões foram agrupadas por afinidade dentro de categorias temáticas que foram numeradas de 1 a 6. Dessa forma, codificar conforme código da categoria que compreende a sugestão do participante.</p>	
CÓDIGO	SUGESTÕES – QUESTÃO D20
1 – Aspectos físicos	Qualidade de vida do servidor; atividade física aos funcionários
2 – Aspectos psíquicos	Psicologia do trabalhador; acompanhamento psicológico, síndrome de Burnout, ansiedade, stress, se é feliz; frequência de problemas de saúde mental com trabalhadores
3 – Aspectos laborais	Sobrecarga postural, privação do sono ou alteração do ciclo do sono/vigília em função de horário de trabalho, vontade em trocar de setor (vontade e tentativas), saúde do trabalhador noturno; aposentadoria/deixar de trabalhar; assistência à saúde dos funcionários; distanciamento / confiança entre profissionais; trabalho em equipe; se trabalha com dor

4 – Aspectos metodológicos	Incluir trabalhador que estuda, diminuição dos instrumentos de coletas de dados
5 – Aspectos relacionados a qualificação	Cursos de qualificação; avaliação da eficácia das capacitações e impacto no trabalho
6 – Aspectos da Gestão	Entender o funcionamento do sistema e como torná-lo mais resolutivo; Todos os aspectos anteriores do 1 ao 5
BLOCO E – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA - SAQ	
Composto por 36 questões, denominadas de E1 a E36, cuja codificação será de acordo com o número assinalado na escala Likert, que varia de 1 a 5, com possibilidade de número 9 quando não se aplica. Incluir o código “999” quando a resposta estiver em branco nesta escala, ou apresentar mais de uma opção assinalada.	
BLOCO F – JOB STRESS SCALE – JSS	
Composto por 17 questões, denominadas de F1 a F17, cuja codificação será de acordo com o número assinalado na escala Likert, que varia de 1 a 4. Incluir o código “999” quando a resposta estiver em branco, ou apresentar mais de uma opção assinalada.	
BLOCO G – QUESTIONÁRIO NÓRDICO DE SINTOMAS OSTEOMUSCULARES	
Questão G1 a G30– Inserir em cada item as opções 1 (não) ou 2 (sim).	
Questão G31 (nota da dor) – Inserir na lateral do instrumento o número correspondente a resposta do participante. Incluir o código “999” quando a resposta estiver em branco neste instrumento.	
BLOCO H – INVENTÁRIO MASLACH DE BURNOUT (IMB)	
Composto por 22 questões, denominadas de H1 a H22, cuja codificação será de acordo com o número assinalado na escala Likert, que varia de 0 a 4. Incluir o código “999” quando a resposta estiver em branco, Incluir o código “999” quando a resposta estiver em branco, ou apresentar mais de uma opção assinalada .	
BLOCO I – AVALIAÇÃO DO PRESENTEÍSMO	
Questão I1 → Problema de saúde nos últimos 30 dias – dicotômica.	
Questão I1a → Qual problema de saúde? Na coluna da direita foram agrupados todos os problemas de saúde referidos pelos profissionais. Em seguida, esses foram agrupados segundo sistemas e numerados de 1 a 11. Dessa forma, codificar conforme a numeração do sistema que corresponde ao problema de saúde relatado. Caso o participante relate mais de um problema de saúde, deverão ser listados os códigos correspondentes no banco de dados, nas colunas I1b (segundo problema de saúde), I1c (terceiro problema de saúde). Caso o participante relate quatro ou mais problemas em diferentes sistemas, que não comporte as variáveis I1a, I1b e I1c, foi criada a variável I1d. I1d – Quatro ou mais problemas diagnosticados: 1 (não) ou 2 (sim)	
CÓDIGO	PROBLEMA/SINAL/SINTOMA RELATADO – QUESTÃO I1a
1 – Sistema Cardiovascular	Hipertensão arterial, Angina, Arritmia cardíaca
2 - Psiquiátrico/ Psicológico	Desânimo, Ansiedade, estresse, cansaço mental
3 – Sistema Endócrino e Metabólico	
4 – Sistema Osteomuscular e	Lombalgia, Cervicalgia, Cervico-cefaléia, Dor na articulação dedos

Tecido Conjuntivo	das mãos, Tendinite, Artrite, Artrose, Epicondilite, Dor ciática, Dores no corpo, dor osteomuscular, Artralgia, Fibromialgia, esporão calcâneo, Dor nas costelas, Dor no quadril
5 – Sistema Gastrointestinal	Gastroenterite, Dor gastroenteral, Gastrite, Constipação, Diarréia aguda, Vômitos, Apendicite; Dor abdominal;Virose com diarréia e vômito
6 – Sistema Respiratório	Gripe, Faringite, Sinusite, Resfriado, Rinite, IVAS, Asma, Dor de garganta, Coriza,apneia do sono; Afonia
7 – Geniturinário	ITU, Dor devido à ITU, Infecção urinária; Aborto
8 – Oftalmológico	Infecção no olho
9 – Neoplasias/Nódulos	
10 – Dermatológico	Fissura no dedo do pé
11 – Outros	Cirurgia, Virose, Cefaléia, Enxaqueca, Labirintite, Febre, Otite, Endodontia, Herpes capilar
Questão I2 → Falta ao trabalho nos últimos 30 dias – dicotômica.	
Questão I2a → Incluir número de dias relatado de faltas ao trabalho.	
Questão I3 → Presença no trabalho – dicotômica.	
Questão I3a → Qual sinal/sintoma de adoecimento? Caso o participante relate mais de um sintoma, deverão ser listados os códigos correspondentes no banco de dados, nas colunas I3a1 (segunda categoria de sintoma), I3a2 (terceira categoria de sintoma). Caso o participante relate quatro ou mais sinais/sintomas em diferentes sistemas, que não comporte as variáveis I3a, I3a1, I3a2, foi criada a variável I3a3. I3a3– Quatro ou mais problemas diagnosticados: 1 (não) ou 2 (sim)	
1 – Sistema Cardiovascular	Hipertensão, Crise hipertensiva; Angina
2 - Psiquiátrico/ Psicológico	Desânimo, Falta de vontade de ir trabalhar, Anedonia, Tristeza por falecimento de familiar, Stress, Ansiedade; Cansaço mental; instabilidade emocional
3 – Sistema Endócrino e Metabólico	Deficiência de vitamina D
4 – Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	Lombalgia, Dor lombar, Dor cervical, Dor na coluna, Dores no corpo, Dor no joelho, Mialgia, Dor no punho, Tendinite, Dor no calcâneo, Dor articular, Dor costela, Dor Ciática, Epicondilite, Dor nos membros inferiores, Dor osteomuscular, Artralgia, Fibromialgia, esporão calcâneo, Dor, cansaço, hérnia de disco, Artrose, Dor quadril Dor ATM
5 – Sistema Gastrointestinal	Gastroenterite, Vômito, Dor de estômago, Gastrite, Diarréia
6 – Sistema Respiratório	Dor de garganta, Resfriado, Tosse, Gripe, Rinite, Congestão nasal, Coriza
7 – Geniturinário	Infecção urinária; processo de abortamento; colocação de DIU
8 – Oftalmológico	Dor no olho
9 – Neoplasias/Nódulos	
10 – Dermatológico	Queda de cabelo, Alergia a luvas
11 – Outros	Cansaço, Cefaléia, Enxaqueca, Tontura, Zumbido no ouvido, Surdez, Febre virose, alergia, sono excessivo, otite; Dor no Ouvido
Questão I4 → Motivos que levam a trabalhar mesmo não se sentindo bem de saúde. Apresenta 6 itens que poderiam ter mais de um assinalado. Assim foi subdivida em I4_1, I4_2, I4_3, I4_4, I4_5 e I4_6, sendo uma variável para cada motivo que deve ser interpretado como dicotômica [1] Não ou [2] Sim.	

Questão I4_6a→Motivos (outros) que te levam a ir trabalhar, mesmo não se sentindo bem de saúde.	
1	Difícil conseguir atestado; médico não deu atestado; odeio tirar atestado e ter que ir na junta médica
2	Compromisso e responsabilidade; Tenho prazer em trabalhar; Não gosto de faltar (culpa); trabalhar é viver; os familiares precisam do meu trabalho
3	No trabalho tem problemas maiores que os meus
4	Necessidade de recuperar horas faltadas/ para não ter que recuperar horas depois
5	Pressão da chefia
6	Ninguém se importa com os teus problemas. O que tem que ser feito, tem que ser feito.
7	Problema de saúde sem cura
8	Acredito que os sintomas vão passar

BLOCO J – TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL - AUDIT

Composto por 10 questões, denominadas de J1 ao J10, cuja codificação será de acordo com o número assinalado, que varia de 0 a 4. Quando a resposta na questão J1 for o código 0 (zero), o profissional irá responder somente as questões J9 e J10, devendo ficar em branco das questões J2 ao J8. Se a resposta da J1 for outro código, que não o 0 (zero) e as questões J2 e J3 somarem valor 0 (zero), o profissional irá responder somente as questões J9 e J10, devendo ficar em branco das questões J4 ao J8. Se alguma questão estiver em branco, ou com mais de uma opção assinalada, deve-se incluir o código 999 como resposta.