

SANDRA REGINA CHALELA AYUB

**IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO USO DE ÁLCOOL EM
TRABALHADORES E APLICAÇÃO DE INTERVENÇÃO BREVE**

**MARÍLIA/SP
2020**

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS
Programa de Pós-Graduação em Educação

**IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO USO DE ÁLCOOL EM
TRABALHADORES E APLICAÇÃO DE INTERVENÇÃO BREVE**

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP - Campus de Marília, para a obtenção do título de Doutor em Educação.

Área de Concentração: Psicologia da Educação: Processos Educativos e Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Raul Aragão Martins

MARÍLIA/SP
2020

A989i Ayub, Sandra Regina Chalela
Identificação precoce do uso de álcool em
trabalhadores e aplicação de intervenção breve / Sandra
Regina Chalela Ayub. -- Marília, 2020.
164 p.

Tese (doutorado em Educação) – Universidade
Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Filosofia e
Ciências, Marília

Orientador: Prof. Dr. Raul Aragão Martins

1. Alcoolismo. 2. Intervenção Breve. 3. Saúde do
trabalhador. 4. Transtornos relacionados ao uso de álcool.
5. AUDIT. 6. Consumo de álcool. I. Título.

SANDRA REGINA CHALELA AYUB

**IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO USO DO ÁLCOOL EM
TRABALHADORES E APLICAÇÃO DE INTERVENÇÃO BREVE**

COMISSÃO JULGADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR

Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP

Área de Conhecimento: Educação

Presidente: Prof. Dr. Raul Aragão Martins

2º. Examinador: Prof. Dra. Luciana Aparecida Nogueira da Cruz

3º. Examinador: Prof. Dr. Jair Izafias Kappann

4º. Examinador: Prof. Dr. Randolpho dos Santos Junior

5º. Examinador: Prof. Dra. Liana Abrão Romera

Marília, 04 de junho de 2020.

Aos meus pais, Daniel e Salua
(*in memoriam*), a quem devo tanto amor,
tanto cuidado e zelo – meu
reconhecimento por tudo que sou.

Ao meu eterno e grande amor,
Nazir, parceiro, cúmplice, confidente,
grande companheiro desta jornada, por
sempre me apoiar e incentivar a
concretizar meus sonhos.

Aos meus amados filhos, Nazir,
Juliana e Leonardo por sempre estarem
ao meu lado, incentivando, apoiando e
demonstrando orgulho pelos meus
estudos. Minhas riquezas! Minha vida!

Aos meus irmãos Daniel (*in
memoriam*) e William, amigos e
apoiadores do meu crescimento pessoal
e profissional, sempre.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pelo equilíbrio, perseverança e ponderação ao longo da jornada.

Ao meu orientador Prof. Dr. Raul Aragão Martins que, com sua sabedoria, competência, paciência e dedicação, muito me orientou, apoiou, entusiasmou, confiou na minha capacidade e incentivou cada etapa desta Tese.

Aos docentes, Prof. Dr. Jair Izaías Kappann, Prof^a. Dr^a. Luciana Aparecida Nogueira da Cruz, Prof. Dr. Randolfo dos Santos Junior e Prof^a. Dr^a. Liana Abrão Romera, Membros da Comissão Examinadora, pelas contribuições visando aprimoramento da pesquisa.

Às professoras Aline, Silvia e Sirlei, profissionais competentes, dedicadas e amigas, obrigada pelas orientações e correções necessárias para aperfeiçoamento desta Tese.

As instituições Centro Paula Souza e Fatec Catanduva pelos recursos disponibilizados e apoio de todos os colegas de trabalho para a realização desta pesquisa.

Às empresas, agradeço a receptividade, confiança, coragem e apoio a um projeto pioneiro e importantíssimos para as organizações.

Aos colegas da área de Gestão de Talentos Humanos e Assistência Social das empresas participantes da pesquisa que muito me ajudaram no planejamento, organização e motivação de cada etapa para coleta dos dados.

Aos trabalhadores que dispuseram, com boa vontade, participar desta pesquisa, contribuindo para a geração do conhecimento científico.

“O que se contrapõe à dependência não é a abstinência,
mas a liberdade de escolha”.

Dartiu Xavier da Silveira

AYUB, S. R. C. Identificação Precoce do uso do álcool em trabalhadores e aplicação de intervenção breve. 2020. 164f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências – Universidade Estadual Paulista, 2020.

RESUMO

O consumo abusivo de álcool é considerado um problema de saúde pública, sendo a terceira causa de absenteísmo no trabalho e a oitava causa para a concessão de auxílio-doença pela Previdência Social no Brasil. A performance do trabalhador e o ambiente de trabalho são afetados pelas consequências do uso abusivo do álcool, causando queda de produtividade e qualidade no trabalho, bem como ausências no período de sua jornada; mudanças de hábitos pessoais, relacionamento ruim com os colegas, acidentes de trabalho, entre outras vulnerabilidades. Esta pesquisa teve por objetivo identificar o padrão de uso do álcool em trabalhadores e posteriormente realizar uma aplicação de Intervenção Breve (IB) nos que apresentarem padrão de beber excessivo, visando o retorno à abstinência ou pelo menos à moderação. A pesquisa foi exploratória, descritiva e quase-experimental, realizada em quatro etapas: levantamento inicial, entrevista, intervenção breve e seguimento. Na primeira etapa, participaram 230 trabalhadores e foi utilizado na coleta de dados o questionário autoaplicado composto de dados sociodemográficos e o *Alcohol Use Disorders Identification* (AUDIT). Atingiram a pontuação de oito ou mais no AUDIT 34% dos trabalhadores e foram classificados como positivos, pois apresentaram uso de risco ou nocivo ou dependente do álcool. Quanto aos 71 trabalhadores classificados como positivos, na segunda etapa, foram investigadas informações do seu padrão do beber através do Perfil Breve Bebedor (PBB) modificado e aplicado à Escala de Dependência de Álcool (EDA), que possibilitou comparar e confirmar os resultados do AUDIT. Os positivos no AUDIT e EDA foram divididos da seguinte maneira: grupo experimental, com 43 trabalhadores, e grupo controle, com 28 trabalhadores. Na terceira etapa foi realizada a IB desenvolvida por Cruz, Martins e Silva (2016) somente com os 43 trabalhadores do grupo experimental. Nas sessões de seguimento, quarta etapa da pesquisa, foi aplicado o AUDIT após 3 meses e novamente após 6 meses da IB em todos os participantes do grupo experimental e do grupo controle para comparação. Os resultados mostraram que a IB foi eficaz, tanto no primeiro seguimento como no segundo, confirmando a eficácia da IB entre trabalhadores. Em todos os seguimentos, os dados mostraram que o grupo experimental diminuiu a quantidade de beber. Percebeu-se que o grupo controle também diminuiu a quantidade de beber, mas não na mesma proporção do grupo experimental. O uso abusivo do álcool está presente em todos os níveis hierárquicos dos cargos. A bebida mais consumida pelo Trabalhadores é a cerveja e consomem preferencialmente em suas residências, mais aos sábados seguido de sexta e domingo. Quanto ao Beber Pesado Episódico (*Binge Drinking*), 80,2% dos trabalhadores fizeram pelo menos uma vez o consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos seis meses. Consideramos que estes resultados possam contribuir para a implantação de programas voltados para a saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Alcoolismo. Intervenção Breve. Saúde do trabalhador. Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool. AUDIT. Consumo de álcool.

AYUB, S. R. C. Early identification of alcohol use in workers and application of brief intervention. 2020. 164f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências – Universidade Estadual Paulista, 2020.

ABSTRACT

Alcohol abusive is considered a public health problem, being the third cause of absenteeism in the workplace and the eighth cause of disability benefits granted by Social Security in Brazil. The worker performance and the work environment are affected by the consequences of alcohol abuse, causing a decrease in productivity, decline in quality of work, absences from work, changes in personal habits, bad working relationship, work accident, among other vulnerabilities. The objective of this research was to identify the pattern of alcohol consumption in workers and then apply the Brief Intervention (BI) in those who presented a pattern of excessive drinking, aiming withdrawal or at least a decrease in consumption. This research was exploratory, descriptive, quasi-experimental, and carried out in 4 stages: initial screening, interview, Brief Intervention (BI), and follow-up sessions. Two hundred and thirty workers took part in the first stage and the data collection was obtained by self-report questionnaires, with sociodemographic data, and the Alcohol Use Disorders Identification (AUDIT). Thirty four percent of workers reached an AUDIT score of eight or higher and were classified as positive, as they were either at risk or under harmful use or dependent on alcohol. As for the 71 workers classified as positive in the second stage, information on their drinking pattern was investigated through the Brief Drinker Profile (BDP) modified and applied to the Alcohol Dependence Scale - ADS, which made possible to compare and confirm the AUDIT results. The positive ones in AUDIT and ADS were divided this way: experimental group, with 43 workers, and control group, with 28 workers. In the third stage, the BI developed by Cruz, Martins and Silva (2016) was applied only to the 43 workers in the experimental group. In the follow-up sessions, the fourth stage of this research, AUDIT was applied after 3 months and then again after 6 months of BI to all participants in the experimental group and in the control group for comparison. The results showed that BI was effective, both in the first and second follow-up sessions, confirming the effectiveness of BI among workers. In all follow-up sessions, the data showed that the experimental group decreased their amount of drinking. The control group also showed a decrease in their amount of drinking, but not in the same proportion as the experimental group. The abusive use of alcohol was present in all hierarchical levels. The most consumed alcoholic beverage by the workers was beer and they preferably consumed it at home, more on Saturdays followed by Friday and Sunday. As for Binge Drinking, 80.2% of workers consumed five or more doses at least once on a single occasion in six months time. We believe that these results can contribute to the implementation of programs aimed at employee health.

Keywords: Alcoholism. Brief Intervention. Employee Health. Alcohol Use Disorders. AUDIT. Alcohol Consumption.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	145
--	-----

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – SLIDES DA PALESTRA DE SENSIBILIZAÇÃO.....	148
APÊNDICE B – TCLE.....	155
APÊNDICE C – LEVANTAMENTO INICIAL: PARTE DESTACÁVEL.....	156
APÊNDICE D – LEVANTAMENTO INICIAL.....	157
APÊNDICE E – PPB: Perfil Breve Bebedor	158
APÊNDICE F – EDA: ESCALA DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL.....	159
APÊNDICE G – AUDIT.....	160
APÊNDICE H – RELATÓRIO PERSONALIZADO	161
APÊNDICE I - FOLHETO	162

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Curva alcoolêmica: Porcentagem de etanol em gramas pelo tempo em horas.....	54
Figura 2 – Cálculo NAS	54
Figura 3 – Nível de Álcool no Sangue - NAS	56
Figura 4 – Roda da Mudança	93
Figura 5 – Balança de Decisão	94
Figura 6 – Níveis Hierárquicos Cargos.....	102
Figura 7 – Fluxograma: etapas da pesquisa	103
Figura 8 – Média, desvio padrão no AUDIT na entrevista e seguimentos de três meses após IB, por grupo.	123
Figura 9 – Média, desvio padrão no AUDIT na entrevista, seguimentos de três meses e seis meses após IB, por grupo.....	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol).....	35
Quadro 2 – Doenças atribuíveis ao Álcool 2016	38
Quadro 3 – Classificação das principais drogas de acordo com a ação do SNC	48
Quadro 4 - Sintomas encontrados nos diferentes NAS e na urina.....	55
Quadro 5 – Efeitos no organismo do NAS.	55
Quadro 6 – Fatores Psicossociais de Risco.....	60
Quadro 7 – Modelos de Prevenção	81
Quadro 8 – Calendário de campanhas.....	82
Quadro 9 – Conversas sobre mudança.....	86
Quadro 10 – Estágios da Mudança e as Tarefas do Terapeuta.....	96
Quadro 11 – Classificação dos estabelecimentos segundo porte.....	98
Quadro 12 - Classificação do nível de uso de álcool de acordo com o AUDIT	106
Quadro 13 – Período Atividades Desenvolvidas	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência do álcool transtorno por uso de álcool e dependência (%) 2010 e 2016*	36
Tabela 2 – Prevalência: Beber Pesado Episódico* (%) 2010 e 2016	36
Tabela 3 – Prevalência do uso de Álcool na vida nos 12 meses anteriores à pesquisa e nos 30 dias anteriores à pesquisa e dependência.	41
Tabela 4 – Número de consumidores de 12 a 65 anos e prevalência de consumo de bebidas na vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em <i>binge</i> , segundo o sexo – Brasil 2015.	43
Tabela 5 – Número de consumidores de 12 a 65 anos e prevalência de consumo de bebidas alcóolicas na vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em <i>binge</i> , segundo a faixa etária – Brasil, 2015.	44
Tabela 6 – Frequência e porcentagem de trabalhadores de cada empresa e que responderam ao levantamento inicial.....	100
Tabela 7 - Frequência e porcentagem dos participantes das duas empresas por sexo, estado civil, nível hierárquico do cargo, Nível Socioeconômico (NSE) e religião	101
Tabela 8 - Comparativo Padrão Uso do álcool entre as empresas.....	115
Tabela 9 – Comparativo Padrão Uso do álcool e nível de cargo	116
Tabela 10 – Frequência absoluta e relativa dos resultados do AUDIT em relação ao EDA	117
Tabela 11 – Frequência e porcentagem dos participantes das duas empresas positivos no AUDIT e na EDA por sexo, faixa etária e nível hierárquico do cargo..	118
Tabela 12 – Média e desvio padrão do AUDIT e EDA dos funcionários por empresas e grupo.	119
Tabela 13 – Frequência e porcentagem de doses e beber por dia da semana	120
Tabela 14 – Frequência e porcentagem de números de pessoas com quem bebeu	120
Tabela 15 – Frequência e porcentagem do tipo de bebida	120
Tabela 16 - Frequência e porcentagem do local onde bebeu	121
Tabela 17 – Frequência de 5 ou mais doses em uma única ocasião nos últimos seis meses	121
Tabela 18 – Média, desvio padrão no AUDIT na entrevista e seguimentos de três meses após IB por grupo	122
Tabela 19 – Média, desvio padrão no AUDIT na entrevista, seguimentos de três meses e seis meses após IB, por grupo.	124

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tipo de Bebida Consumida 2016.....	37
Gráfico 2 – Prevalência de consumo em <i>binge</i> em 2006 e 2012 entre adultos bebedores.....	39
Gráfico 3 – Comparativo: prevalência de uso de álcool na vida no Brasil	41
Gráfico 4 – Prevalência de consumo de bebidas alcóolicas na vida, nos últimos	42
Gráfico 5 - Comparação dos dados referentes ao consumo de bebidas alcóolicas na vida quanto ao sexo entre os três levantamentos realizados no Brasil.....	43
Gráfico 6 – Faixa Etária dos participantes da pesquisa	102

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	ÁLCOOL, ALCOOLISMO E SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL.....	26
2.1	Crítérios diagnósticos: CID-10 e DSM-V.....	31
2.2	Epidemiologia do álcool.....	35
2.3	Álcool e seus efeitos no organismo.....	46
2.4	Padrões de Consumo do Álcool.....	50
2.5	Alcoolemia: Nível de Álcool no Sague – NAS.....	52
3	ÁLCOOL E TRABALHO: MUNDO CONTEMPORÂNEO DO TRABALHO E SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR.....	57
3.1	Alcoolismo: Trabalho como fator Etiológico.....	60
3.2	Psicodinâmica do trabalho e Alcoolismo.....	66
3.3	Consequências do Alcoolismo para as empresas.....	69
4	PREVENÇÃO E TRATAMENTO.....	74
4.1	Prevenção do Alcoolismo nas empresas.....	74
4.1.1	Políticas e Programas de Prevenção do Alcoolismo.....	76
4.1.1.1	Pressupostos de uma política de prevenção do alcoolismo no ambiente de trabalho.....	80
4.2	Intervenção Breve.....	83
4.3	Entrevista Motivacional.....	87
4.3.1	Roda da Mudança.....	92
5	MÉTODO.....	97
5.1	Participantes.....	98
5.2	Delineamento da pesquisa.....	103
5.3	Variáveis.....	104
5.4	Instrumentos.....	104
5.4.1	Instrumentos do levantamento inicial (Screening).....	105
5.4.2	Instrumentos da entrevista dos grupos intervenção e controle.....	107
5.4.3	Instrumentos do seguimento de 3 e 6 meses.....	109
5.5	Procedimentos.....	109
5.5.1	Sensibilização.....	109
5.5.2	Procedimento do levantamento inicial (Screening).....	110
5.5.3	Procedimento da Entrevista.....	111
5.5.4	Procedimento da Formação do Grupo Controle e Grupo Experimental.....	111
5.5.5	Procedimento da Intervenção Breve.....	111
5.5.6	Procedimento do seguimento de 3 e 6 meses.....	113
5.5.7	Procedimento do Grupo Controle.....	113
5.6	Análise dos dados.....	113
5.7	Cronograma.....	114
5.8	Considerações éticas.....	114
6	RESULTADOS.....	115
6.1	Levantamento inicial.....	115
6.1.1	Características dos participantes positivos no AUDIT.....	115
6.2	Entrevista.....	116
6.2.1	Características dos participantes positivos no AUDIT e EDA.....	116
6.2.2	Composição dos Grupos Experimental e de Controle.....	118
6.2.3	Resultados do PBB – Perfil Breve Bebedor modificado.....	119
6.3	Resultados da Intervenção Breve (IB).....	122

6.3.1	Resultados dos seguimentos de 3 meses	122
6.3.2	Resultados dos seguimentos de 6 meses	123
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
7.1	Consumo de álcool em trabalhadores	125
7.2	Intervenção breve	126
7.3	Recomendações	127
	REFERÊNCIAS	130
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	145
	APÊNDICE A – SLIDES DA PALESTRA DE SENSIBILIZAÇÃO	148
	APÊNDICE B – TCLE	155
	APÊNDICE C – LEVANTAMENTO INICIAL: PARTE DESTACÁVEL	156
	APÊNDICE D – LEVANTAMENTO INICIAL	157
	APÊNDICE E – PPB: Perfil Breve Bebedor	158
	APÊNDICE F – EDA: ESCALA DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	159
	APÊNDICE G – AUDIT	160
	APÊNDICE H – RELATÓRIO PERSONALIZADO	161
	APÊNDICE I - FOLHETO	162

1 INTRODUÇÃO

Do uso social ao problemático, o álcool é a droga¹ mais utilizada no mundo. Globalmente, estima-se que 2,3 bilhões de pessoas consumam álcool. E faz uso dele mais da metade da população das Américas, Europa e Pacífico Ocidental. O consumo total de álcool per capita em indivíduos com mais de 15 anos subiu de 5,5 litros de álcool puro em 2005 para 6,4 litros em 2010 e até 2016 permanecia 6,4 litros, segundo *World Health Organization – WHO* (2018). Considerando apenas os que fazem uso do álcool, estes consomem em média 32,8 gramas de álcool puro por dia.

As possíveis explicações para a disseminação do uso do álcool podem ser: é facilmente adquirido, pois é uma substância psicoativa legalizada; é socialmente aceito; é um comportamento adaptado à maioria das culturas; seu uso é associado à situações sociais e culturais como celebrações, cerimônias, jantares de negócios, eventos culturais, mídia, entre outros (LARANJEIRA, PINSKY; ZALESKI; CAETANO, 2007).

Percebe-se assim que, desde os tempos mais remotos, a definição de alcoolismo está associada ao *status* social, “uma espécie de suporte às relações e às interações sociais” (HECKMANN; SILVEIRA, 2009, p. 67). No entanto, em 1849 surgiu o termo alcoolismo, com Magnus Huss, na Suécia, que o definiu como “o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas esferas psíquica, sensitiva e motora”, observadas nos sujeitos que consumiam bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva durante longo tempo (HECKMANN; SILVEIRA, 2009, p. 67).

Portanto, já no início do século XIX havia descrições sobre o consumo excessivo de álcool segundo as quais a “alta ingestão de álcool provoca doenças físicas e mentais” (VAISSMAN, 2004, p. 20).

Em 1960, a concepção de alcoolismo foi reestruturada e passou a ser mais difundida no mundo com a publicação de *The Disease Concept of Alcoholism*, de Morton Jellinek (VAISSMAN, 2004). Nela, classifica-se o alcoolismo como doença tendo como base as quantidades de álcool consumidas apenas quando o usuário

¹ **Droga:** qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (NICASTRI, 2008; CRUZ, MARTINS, SILVA, 2016).

apresenta: **tolerância** - necessidade de doses cada vez maiores de álcool para que exerça o mesmo efeito, ou diminuição do efeito do álcool com as doses anteriormente tomadas; **abstinência** - quadro de desconforto físico e/ou psíquico quando da diminuição ou suspensão do consumo etílico; **perda do controle** (GIGLIOTTI; BESSA, 2004; HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

Já em 1967, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu o alcoolismo como um item diferenciado da intoxicação alcoólica ou de psicoses alcoólicas na Classificação Internacional de Doenças - CID. O alcoolismo foi declarado como doença e classificado pelo CID-10 no capítulo referente aos Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Álcool – F10, em 1956, pela Associação Médica Americana (VAISSMAN, 2004; LARANJEIRAS; NICASTRI, 1996; BARROS, CARVALHO, ALMEIDA, RODRIGUES, 2009).

Em 1976, Edwards e Gross (1976) propuseram uma nova síndrome, a Síndrome de Dependência do Álcool – SDA, a qual foi validada e cujos critérios são adotados até hoje pelo CID-10 e pela Associação de Psiquiatria Americana. Na concepção médico-psiquiátrica, a SDA instala-se lenta e insidiosamente ao longo de, em média, 15 anos de uso contínuo, diário ou quase, numa quantidade acima de 40g de álcool puro por dia, segundo a OMS. Tem como característica a compulsão, a perda do controle, a dependência física e a tolerância (EDWARDS; GROSS, 1976; VAISSMAN, 2004; GIGLIOTTI; BESSA, 2004; LARANJEIRAS; NICASTRI, 1996; BARROS, CARVALHO, ALMEIDA, RODRIGUES, 2009).

A dependência do álcool envolve aspectos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, implicando em uma ampla variedade de doenças, perturbações e lesões, bem como em problemas de ordem social e jurídica; tem causado riscos substanciais ou danos para o indivíduo, entre os quais se incluem intoxicação e dependência física ou psíquica (BABOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS; MONTEIRO, 2001). É um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo principal causa de 5,1% de doenças - correlacionado a mais de 200 doenças, incluindo, recentemente, doenças infecciosas como tuberculose, HIV/AIDS e pneumonia (WHO, 2018). Comparações temporais das estimativas da carga global de doenças atribuíveis a diferentes fatores de risco sugerem que as mortes e os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life Years - DALYs*) atribuídos ao álcool têm aumentado nas últimas décadas em nível mundial (SANCHEZ, 2017).

No Brasil, a SDA é um dos principais fatores de doença (entre 8% e 14% do total dos problemas de saúde) e mortalidade, ocasionando também problemas econômicos, familiares, sociais e psicológicos (BABOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS; MONTEIRO, 2001; LARANJEIRA; MELONI, 2004; MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005). É a terceira causa de morte previsível, ficando atrás apenas do tabagismo (cigarros) e da obesidade, sendo responsável por 3 milhões de mortes (5,3% de todos os óbitos) no mundo. Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao álcool (BRANCO; MASCARENHAS; PENA, 2009; WHO, 2018).

O último relatório da OMS, o *World Health Statistics 2018*, mostrou que o consumo estimado de álcool no Brasil em 2016 foi de 7,8 litros de álcool puro por pessoa, com idade a partir de 15 anos. Homens consomem 13,4 litros de álcool puro por ano e as mulheres 2,4 litros de álcool puro. Esses dados sugerem uma redução no consumo de álcool pela população brasileira em relação a 2010, que era de 8,7 litros de álcool puro por pessoa. Mesmo assim, o Brasil supera a média mundial - 6,4 litros de álcool puro por pessoa, mas está abaixo da média da região das Américas - 8 litros de álcool puro por pessoa (WHO, 2018; OPAS, 2018a).

Diante desse cenário, o consumo de álcool por trabalhadores é parte integrante do padrão de uso global. Nos séculos XVII e XVIII, o álcool era “encarado” e utilizado como uma substância psicoativa que aumentava o “rendimento” do trabalhador e permitia que esse se submetesse às condições mais adversas de trabalho. Logo, o uso do álcool era estimulado pelo empregador e bem recebido pelo empregado, muitas vezes “pago” em parte com quantidade de bebidas alcoólicas. O processo da Revolução Industrial no século XIX foi marcado pelo aparecimento de máquinas complexas para a época, pela necessidade de produção em larga escala, de mão de obra cada vez mais especializada e do cumprimento de prazos e rotinas de trabalho com elevada e constante produtividade. Assim, o uso de álcool nesses novos parâmetros de organização do trabalho traria significativos prejuízos (REHFELDT, 1989; LACERDA, 1999; MORAES; PILATTI, 2004).

Segundo Vaissman (2004), o uso de álcool e drogas por trabalhadores tem um custo de prejuízo no trabalho da ordem de cem bilhões de dólares por ano. Também causa prejuízo de 500 milhões de dólares por ano em dias perdidos.

Em 2013, no Brasil (2013) o valor estimado de despesa com benefícios decorrentes do consumo de álcool foi de R\$ 340,8 milhões entre os benefícios

previdenciários e R\$ 79,9 milhões entre os benefícios assistenciais, totalizando R\$ 420,7 milhões. Além dessa despesa, existe outro agravante: a ausência de contribuição à Previdência Social dos trabalhadores afastados. “A concessão desse conjunto de benefícios ultrapassou a marca de 15 mil por ano e com tendência de aumentar” (BRASIL, 2013, p.34).

No 1º relatório quadrimestral de benefícios por incapacidade de trabalhadores no Brasil (2017), elaborado pela Secretaria de Previdência e Ministério da Fazenda, o adoecimento como consequência do abuso de substâncias devido ao uso de álcool (F10) teve relevância no período de 2012-2016. O consumo de álcool aparece em sétimo lugar (4,86%) como um importante fator de risco para o afastamento de empregados no período analisado, estando entre as 20 principais causas para a concessão de benefícios por incapacidade temporária e definitiva do trabalho, independente da relação entre adoecimento e ocupação. Na concessão acidentária de Auxílio-Doença, relacionado a acidente de trabalho, o consumo de álcool aparece em sexto lugar (1,38%). Já no afastamento permanente do indivíduo da vida laboral, os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F10) aparecem em quinto lugar (5,82%) como um dos mais frequentes tipos de adoecimento mental. E na concessão de aposentadoria por invalidez aparece em décimo lugar (2,82%). Concluiu-se que o consumo de álcool aparece como um importante fator de risco para o afastamento de empregados no período analisado, estando entre as 20 principais causas para a concessão de benefícios por incapacidade temporária e definitiva do trabalho, independente da relação entre adoecimento e ocupação (BRASIL, 2017).

Assim, por evidenciar custos para a sociedade e para as organizações, a SDA deveria ser alvo constante de investigações para identificar sua prevalência², etiologia e métodos preventivos para orientar tanto empregados como empregadores ao uso indevido do álcool e outras drogas, devido às vulnerabilidades que acarreta à saúde do trabalhador e à sua produção.

Segundo Campana (1990) e Vaissman (2004), pesquisas realizadas em empresas demonstram que o absenteísmo³ tem aumentado, principalmente por atestados médicos e atrasos, acidentes de trabalho, queda de produtividade,

² **Prevalência:** Percentual estimado de indivíduos que consomem bebidas alcoólicas em quantidade e frequência consideradas de risco na população de 15 anos ou mais, residente em determinado espaço geográfico, no período considerado (WHO, 2018).

³ **Absenteísmo:** períodos em que os trabalhadores se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, atraso ou algum motivo interveniente (CHIAVENATO, 2014).

rotatividade de pessoal, sobrecarga do sistema de saúde, aposentadorias precoces, concessão de auxílio doença pela Previdência Social, etc. Esses indicadores dão uma ideia aproximada da extensão dos problemas relacionados ao consumo de álcool e que causam diminuição da qualidade de vida do trabalhador.

Diante de tantos problemas, a maior investigação feita em torno do uso de álcool e de drogas no local de trabalho foi realizada há 24 anos, em 1995, pelo SESI-RS, em 23 empresas gaúchas, públicas e privadas, envolvendo 51.600 funcionários. Concluiu-se que 34% do total dos funcionários apresentavam problemas decorrentes do uso de álcool e, ainda, que 54,7% dos trabalhadores das empresas tinham menos de 34 anos (ROBERTO; CONTE; MAYER; TOROSSIAN; VIANNA, 2002; VAISSMAN, 2004; FRIDMAN; PELLEGRINI, 1995).

A Organização Internacional do Trabalho – OIT (ILO, 1996) considera o consumo de álcool um problema que preocupa grande número de organizações. Observa que os efeitos nocivos do uso de álcool e drogas no local de trabalho e no desempenho do trabalho são comuns em todos os níveis profissionais, de todos setores das empresas. A segurança e a produtividade profissional podem ser afetadas adversamente por funcionários sob a influência de álcool. Também indica como o consumo de álcool e drogas pelos trabalhadores produz um forte impacto, que se estende à família e aos colegas de trabalho, os quais são afetados em termos de perda de renda, estresse e baixa moral. Portanto, o consumo de álcool e outras drogas é um problema que afeta não apenas o usuário, mas também o ambiente de trabalho e a eficácia de uma empresa (ILO, 1996; MANGADO; GÚRPIDE, 2008).

Diante desses dados e estudos, verificam-se muitas vulnerabilidades que o uso de álcool causa para as empresas, bem como para os trabalhadores e suas famílias. No que se refere aos trabalhadores, o abuso do álcool pode causar problemas de saúde, deterioração das relações pessoais, perda de emprego e problemas familiares, legais e financeiros (FIORELLI, 2018; MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005; MONTALVO; ECHEBURÚA, 2001; BRASIL, 2017).

Para as empresas, o abuso do álcool tem sido associado a acidentes de trabalho, acidentes de trajeto, absenteísmos, queixas diversas em relação à saúde, excesso de licenças médicas, conflito com colegas, superiores e clientes, aumento de falhas na execução das tarefas, perda de capacidade produtiva, queda no ritmo e no rendimento pessoal, destruição ou utilização indevida do material de trabalho,

descuido e negligência quanto aos objetivos do trabalho, incapacidade de assumir a responsabilidade por determinadas tarefas, acúmulo de funções, insatisfação, desmotivação e não cumprimento de higiene/segurança no local de trabalho (pode colocar em risco não só a sua integridade física, como também a dos demais trabalhadores). Há os riscos psicossociais (insegurança no emprego, baixo controle sobre a atividade, altas demandas e desequilíbrio entre esforço e recompensa), assim como o estresse relacionado ao trabalho (FIORELLI, 2018; MAGALLÓN; ROBAZZI, 2005; MONTALVO; ECHEBURÚA, 2001; BRASIL, 2017).

Além de todas essas consequências, o álcool é associado a mais de 200 tipos de doenças, também aos transtornos psiquiátricos que incluem distúrbios na conduta, depressão, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, hábito patológico de jogar, personalidade antissocial e outros transtornos de personalidade, aumentando ainda mais o comprometimento ocupacional e social do alcoolista. Associa-se também aos comportamentos de alto risco, incluindo sexo inseguro, doenças sexualmente transmissíveis e o uso de outras substâncias psicoativas (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007).

Diante desse cenário, as pessoas dependentes de álcool, impossibilitadas do exercício profissional, trás prejuízo para a sociedade, e as organizações perdem profissionais na faixa etária de maior produtividade, vítimas de acidentes e violência.

Apesar de todos esses prejuízos, segundo Fiorelli (2018), o alcoolismo não é tratado como deveria. A perspectiva piora quando verificamos que o consumo abusivo de álcool cresceu 31,1% na população brasileira no período de 2006 a 2012, especialmente entre as mulheres jovens, de acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD (LARANJEIRAS; MADRUGA; PINSKY; CAETANO; MITSUHIRO, 2014).

Ao mesmo tempo em que se colecionam informações a respeito dos prejuízos causado pelo álcool, como pudemos verificar nas informações retratadas, a detecção do problema nas empresas e o investimento em medidas preventivas e programas de combate à SDA ainda são pouco frequentes no Brasil (FIORELLI, 2018).

Segundo a OIT (2008), cada vez mais os locais de trabalho são reconhecidos como locais eficazes para atividade de prevenção do abuso de substâncias que influenciam os trabalhadores, as suas famílias e a comunidade. Também se reconhece que os locais de trabalho são lugares adequados para lidar com os

problemas de abuso de substância antes de eles atingirem a fase de dependência e exigirem uma intervenção médica.

Assim, as informações apresentadas sobre a SDA nas organizações e na sociedade nos apontam desafios da contemporaneidade referente aos conceitos, à mentalidade e às formas de pensar o uso e o abuso de álcool por trabalhadores, bem como suas vulnerabilidades. Percebe-se a importância do assunto. Desta forma, justifica-se a temática que será abordada nesta pesquisa sob a perspectiva de identificar o uso precoce do álcool em trabalhadores através do AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification* (BATOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS; MONTEIRO, 2001) e a posterior aplicação de intervenção breve visando à volta à abstinência ou pelo menos à moderação do uso de álcool.

Será possível compreender melhor a relação homem – trabalho – álcool, pois a revisão da literatura nos aponta para focos como a epidemiologia do consumo entre trabalhadores e a necessidade de criação de programas de prevenção (os quais visam ao diagnóstico precoce e ao encaminhamento dos indivíduos para tratamento).

Verifica-se também a necessidade de uma maior investigação de tal tema, tendo em vista sua relevância e a escassez de estudos (no âmbito internacional e nacional), sobre os quais foi efetuada uma busca em bases de dados eletrônicos (BVS, Scielo, Lilacs, Medline/PubMed) e em periódicos nacionais não indexados. Em pesquisa realizada em maio de 2017 no site da UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas [2015], encontraram-se 123 artigos sobre álcool, porém, em nenhum deles foi possível encontrar o tema proposto a SDA nas organizações. O mesmo ocorreu ao verificar o banco de teses no INPAD - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas [2014].

Em janeiro de 2017 foi realizada uma revisão de literatura, selecionando os descritores Álcool Trabalho e Alcoolismo Trabalho nas bases de dados de Teses e Dissertações da Capes e da BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), analisando apenas as que tinham foco no tema.

Na base de dados de Teses e Dissertações da Capes, foi possível encontrar apenas cinco dissertações, sendo que duas não estavam disponíveis para acesso na internet, portanto não foi possível analisar se elas focavam o tema e, das três disponíveis online, apenas duas focavam o tema “Alcoolismo no trabalho”. Portanto, em 40% das dissertações realizou-se a revisão da literatura.

Já na base de dados da BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, foi possível encontrar 159 dissertações e 59 teses, necessitando filtrar quais tinham foco no tema. Assim, das 219 Teses e Dissertações encontradas, somente 09 dissertações e 02 teses, totalizando 11, ou seja, apenas 5% eram correlacionadas com o tema e foco da presente pesquisa.

No total, foram analisadas 13 pesquisas: 02 Teses (15,4%) e 11 dissertações (84,6%), sendo que 38,4% foram publicadas há mais de dez anos.

Nas análises, observou-se que a entrevista e o AUDIT foram as principais técnicas de coleta de dados utilizadas nas Teses e Dissertações. No entanto, essas informações poderiam ser enriquecidas se fossem complementadas com pelo menos um instrumento que confirmasse o diagnóstico do uso problemático do Álcool, aumentando a confiabilidade das informações obtidas. Todas realizaram o diagnóstico do uso abusivo do álcool e sugeriram realizar intervenção nas considerações finais.

Dessa forma, a revisão possibilitou verificar que em nenhuma pesquisa aplicaram outra técnica para confirmação do diagnóstico nem realizaram alguma intervenção objetivando minimizar o problema.

Pretende-se, nesta pesquisa, além de identificar o padrão de uso do álcool em trabalhadores, aplicar Intervenção Breve (IB) naqueles que apresentarem padrão de beber excessivo, visando ao retorno à abstinência ou pelo menos à moderação. A identificação da necessidade de diminuição do consumo do álcool, as Intervenções Breves (IBs), com técnicas focais de aconselhamento breve e entrevista motivacional de curta duração e uso de recursos didáticos para obter rapidamente um maior nível de informação do paciente sobre seus problemas atuais, avaliando e motivando para a mudança, preparando-o para tomar decisões, têm se tornado uma forma de reduzir os danos decorrentes do consumo de álcool. No entanto, essa estratégia pode ser utilizada em outros contextos e com outras populações (DIMEFF; BAER; KIVLAHAN; MARLATT 2002; MARQUES; FURTADO, 2004; MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017b).

A IB tem por objetivo ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, detectar o problema e motivar o paciente a alcançar determinadas ações, como iniciar um tratamento, ou ainda melhorar seu nível de informação sobre riscos associados ao uso de substâncias por meio de um aumento de seu senso de risco e de autocuidado, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a

responsabilidade por suas escolhas. Tem como pressupostos teóricos a ideia de que o comportamento disfuncional pode ser modificado (DIMEFF; BAER; KIVLAHAN; MARLATT 2002; MARQUES; FURTADO, 2004; MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017b).

Estudos para tratamento de álcool realizados por Miller *et al* (1995, p. 22 *apud* DIMEFF; BAER; KIVLAHAN; MARLATT, 2002) demonstraram que as IBs eram mais positivas e tinham maiores bases de literatura. Outros estudos também confirmam a efetividade da IB (MINTO; CORRADI-WEBSTER; GORAYEB; LAPREGA; FURTADO, 2007; DIMEFF; BAER; KIVLAHAN; MARLATT, 2002; MICHELI; FISBERG; FORMIGONI, 2004; MARQUES; FURTADO, 2004).

Nos últimos anos, segundo Formigoni e Ronzani (2014), foram realizadas várias análises, combinando os resultados de estudos sobre a eficácia da IB, verificando que ela é capaz de reduzir o consumo de álcool em homens, mulheres, jovens e idosos; houve redução de 34% no consumo de álcool; comparando com o grupo controle sem IB, a redução foi somente de 13%. A IB pode reduzir de 23% a 26% a taxa de mortalidade.

Recentemente, as Teses de Doutorado e Livre-docência, respectivamente, de Cruz (2011) e Martins (2006), confirmam a eficácia da IB. Dessas pesquisas originou-se o livro “Meus alunos estão bebendo! E Agora? Um guia teórico-prático para educadores sobre Intervenção Breve para reduzir o consumo de álcool entre estudantes” (CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016), que apresenta o procedimento seguido por esta pesquisa, adaptando a um grupo de trabalhadores.

Levanta-se a hipótese da presente pesquisa: a Intervenção Breve, aplicada nos locais de trabalho, é capaz de reduzir o consumo de álcool em trabalhadores?

Assim, o propósito desta pesquisa foi identificar o padrão de uso do álcool entre trabalhadores de duas empresas do interior do estado de São Paulo e posteriormente realizar a intervenção breve (IB) com os que apresentavam padrão de beber excessivo, visando ao retorno à abstinência ou pelo menos à moderação.

Para tanto, os objetivos específicos são:

Investigar a adequação do questionário “Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool – AUDIT” (BABOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS; MONTEIRO, 2001) para a identificação do padrão de uso de álcool em trabalhadores;

Investigar o padrão de beber em trabalhadores;

Investigar a adequação de uma intervenção breve, que foi desenvolvida para estudantes universitários, posteriormente adaptada para estudantes de ensino médio, para redução do uso excessivo de bebidas alcoólicas entre trabalhadores.

Este trabalho se justifica pelas pesquisas já citadas, pois elas mostram a importância do tema e apontam que o método da presente pesquisa, “Identificação precoce do uso do álcool em trabalhadores e aplicação de Intervenção Breve”, poderá contribuir com novos conhecimentos pouco explorados pela comunidade científica na área da Educação.

Por fim, reafirmando a necessidade de pesquisar sobre o tema, o álcool se constitui ainda como a substância mais consumida pelos trabalhadores no seu âmbito de trabalho (BARROS; CARVALHO; ALMEIDA; RODRIGUES, 2009), sendo esse um dos motivos, além dos demais já citados por diversos autores (VAISSMAN, 2004; DUALIBI; LARANJEIRA, 2007; FIORELLI, 2018; REHFELDT, 1989; SANTOS; MEDEIROS; ESPÍNOLA; SILVA; DIAS; DANTAS, 2007; BRANCO; MASCARENHAS; PENA, 2009; BRASIL, 2017a), que confirmam a relevância de estudar este assunto nas organizações de trabalho.

A tese que estamos apresentando está organizada com esta introdução e mais três capítulos teóricos, um metodológico, um sobre resultados e, por fim, as considerações finais. No segundo capítulo, aborda-se o tema álcool, alcoolismo e síndrome de dependência do álcool, abrangendo definição dos principais termos, critérios diagnósticos, epidemiologia do álcool e seus efeitos, padrão de consumo e alcoolemia. O terceiro capítulo teórico apresenta o contexto histórico da relação entre trabalho e alcoolismo, bem como as consequências do uso abusivo do álcool para as organizações e para os trabalhadores. O quarto foca a prevenção e o tratamento, descreve o objetivo e o processo da IB e a Entrevista Motivacional. O quinto traz o método, com cada etapa desta pesquisa detalhada. O sexto capítulo apresenta os resultados para, finalmente, no sétimo e último capítulo, realizar uma discussão dos resultados frente às teorias e pesquisas já realizadas, assim como tecer comentários finais.

2 ÁLCOOL, ALCOOLISMO E SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL

O hábito de beber é um costume muito antigo: o ser humano consome bebidas alcoólicas desde a pré-história. Estudos evidenciam que a primeira poção alcoólica foi preparada na China, por volta do ano 8000 a.C., ao realizarem análise química de resíduos encontrados dentro de jarros de cerâmica descobertos em um túmulo em Jiahu – norte da China. Esses jarros continham bebida fermentada feita com arroz, mel, uvas e cereja (GATELY, 2008). Porém, segundo Masur (2017, p.38), dificilmente será possível saber como ocorreu a descoberta do álcool, mas “é certo que ele, bem como os problemas do seu uso inadequado, são antigos conhecidos do homem”.

Por volta do ano 1000 a.C., o álcool já era consumido por todas as civilizações, da África à Ásia (MASUR, 2017; GATELY, 2008). Apesar de as bebidas alcoólicas não se originarem na Europa, nos mil anos até 1500, elas se tornaram arraigadas às culturas populares e de elite europeias, em grande parte, sendo a cerveja e o vinho considerados essenciais na dieta da região (PHILLIPS, 2014).

Álcool, do árabe *alkul*, significa “o muito fino”, “talco fino” e “cosmético para os olhos” (REHFELDT, 1989). Conforme Milam e Ketcham (1986), é um excremento da levedura, um fungo que possui a capacidade de ingerir açúcares. Ao encontrar substâncias como mel, frutas, cereais ou tubérculos, ela libera uma enzima que transforma o açúcar contido nesses alimentos em dióxido de carbono (CO₂) e álcool (CH₃ CH₂ OH), cuja nomenclatura química é etanol (denominação antiga de álcool etílico e nome comercial e popular de álcool). É um líquido incolor, volátil, com cheiro e gosto áspero e ardente, usado como combustível e solvente (REHFELDT, 1989).

A fermentação⁴ produz bebidas com concentração de álcool de até 10% (proporção do volume de álcool puro no total da bebida). Segundo Nicastri (2008), são obtidas concentrações maiores por meio de destilação⁵.

Possui paladar desagradável, porém, quando associado a substâncias e

⁴ **Fermentação:** Processo anaeróbico de transformação de uma substância em outra, produzida a partir de micro-organismo (bactérias, fungos), chamados nesses casos de fermentos (NICASTRI, 2008).

⁵ **Destilação:** Processo em que se vaporiza uma substância líquida e, em seguida, condensam-se os vapores resultantes, para se obter de novo um líquido, geralmente mais puro (NICASTRI, 2008).

essências, adquire sabor e odor. Essas substâncias, adicionadas ao álcool puro, na maioria das vezes em pequena quantidade, são inofensivas à saúde. As substâncias inorgânicas como alumínio, chumbo, manganês, silício e zinco, e outras como glucose, frutose, ácidos acéticos e lácticos, dióxido de carbono, pequenas quantidades de vitaminas e minerais, sais, ácidos, acetonas, ésteres, carboidratos e vários outros álcoois, inclusive propil, butil, amil, hexil, hiptil, octil, monil, decil, metil e óleo de fusel, são frequentemente encontradas em bebidas alcoólicas, consumidas em grande quantidade pelas pessoas. O cobalto, por exemplo, era usado para aumentar o colarinho da cerveja, sendo, porém, proibido quando ficou provado por pesquisadores ser ele o responsável por uma taxa crescente de câncer nos bebedores de cerveja (MILAM; KETCHAM, 1986).

No corpo humano, o álcool é metabolizado por oxidação de acordo com o peso e o estado de saúde da pessoa, podendo ser queimados diariamente de 5 a 15g. Aproximadamente 90% da oxidação é processada no fígado (REHFELDT, 1989).

Segundo Masur (1990), o álcool é uma droga psicoativa⁶ que pode ser usada sem grandes problemas por adultos saudáveis, dependendo da dose, frequência e circunstâncias. Contudo, o seu uso inadequado pode trazer consequências a nível orgânico, psicológico, social e mudança de comportamento pois atua no sistema nervoso central, além de ter potencial para desenvolver o alcoolismo (MASUR, 1990).

O álcool é considerado droga depressora que diminui a atividade mental. Afeta o cérebro fazendo com que ele funcione de forma mais lenta e conseqüentemente diminui a atenção, a concentração, a tensão emocional e capacidade intelectual (BRASIL, 2017b; CRUZ, MARTINS, SILVA, 2016).

Com tudo isso, Masur e Carlini (2004), em suas pesquisas, apontaram o álcool como sendo a droga que mais conseqüências malélicas traz para o organismo humano em comparação com as outras drogas pesquisadas, como o tabaco, a cocaína, a heroína e a maconha.

O álcool é a droga cujo uso crônico leva a maior risco orgânico, englobando o conceito de 'risco', tanto a probabilidade de ocorrência como o número e a gravidade dos problemas. Entre eles, estão a

⁶ **Droga Psicoativa:** substâncias psicoativas são aquelas utilizadas para produzir alterações nas sensações, no grau de consciência ou no estado emocional, de forma intencional ou não (BRASIL, 2017b; CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016).

gastrite (um dos distúrbios mais precoces), o aumento da pressão arterial, a pancreatite, a miocardite, a hepatite e a cirrose alcoólica, distúrbios neurológicos graves, alterações da memória e lesões do sistema nervoso central (MASUR; CARLINI 2004, p. 18-19).

Confirmando esses dados, Philips (2014), em suas pesquisas sobre culturas de álcool (como o álcool é percebido, valorizado e consumido) em muitas regiões ao longo de centenas e milhares de anos, verificou que a única constante presente é que o álcool é contestado. Por um lado, era representado como bom, como uma bebida às vezes dada por um deus e muitas vezes associada positivamente à religião, e como uma bebida que tinha potencial para ser saudável, terapêutica e apoiava a sociabilidade e a comunidade em todos os níveis. Por outro lado, o álcool tinha o potencial de causar danos individuais.

Por tudo isso, sobram razões aos autores quando afirmam que nossa cultura é tolerante ao álcool, tratando-o com benevolência e permissividade ao esquecer que ele – como a cocaína, a maconha, a heroína, as anfetaminas e os barbitúricos – é uma droga potente (CAMPBELL; GRAHAM, 1991; FIORELLI, 2018). Toda essa situação é confirmada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID (2018, n.p.): o “álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade”.

Com o advento da revolução industrial no fim do século XVII, o álcool começa a ser produzido em grande escala, resultando na redução de preços ao consumidor, o que provocou um estímulo de seu comércio (LARANJEIRA; PINSKY, 2012). “O transporte, através das caravanas, e a distribuição, por meio das primeiras tabernas instaladas nas cidades em formação, desempenharam papel relevante na difusão das bebidas industrializadas” (FORTES; CARDO, 1991, p. 2).

Essas mudanças facilitaram o acesso ao produto e permitiram que um número maior de pessoas passasse a consumir álcool, gerando, conseqüentemente, um aumento no número de pessoas que apresentavam algum problema devido ao uso excessivo de álcool. A partir de então, médicos começaram a observar uma série de complicações físicas e mentais decorrentes desse consumo excessivo, sendo essas as primeiras descrições da Síndrome de Dependência do Álcool – SDA (CEBRID, 2018; LARANJEIRA; PINSKY, 2012).

Pelo o que se pôde observar, os efeitos do álcool eram conhecidos desde a antiguidade, mas os fenômenos do alcoolismo eram ignorados. Com todas as conseqüências apontadas, provocando doenças físicas e mentais, a concepção do

alcoolismo como doença foi admitida desde o início do século XIX, por Manus Huss, na Suécia, e Troter, na Inglaterra, quando o número de problemas de saúde decorrentes do consumo excessivo de bebidas alcoólicas tornou-se uma questão de saúde pública, principalmente na Europa e nos Estados Unidos. Nesse contexto, surgem as primeiras leis e as primeiras campanhas de prevenção relativas ao consumo de álcool (VAISSMAN, 2004; GIGLIOTTI; BESSA, 2004; HECKMANN; SILVEIRA, 2009; LARANJEIRA; PINSKY, 2012). “O pressuposto seria de que os alcoolistas verdadeiros seriam pessoas diferentes das demais e que qualquer contato com a droga ‘álcool’ os levaria à intoxicação e à perda do controle da quantidade de bebida ingerida” (LARANJEIRA; PINSKY, 2012, p. 156).

No Brasil, já em princípios do século XX, havia estudos, pesquisas, produções acadêmicas e formulações teóricas sobre alienação mental e, concomitantemente, se o álcool seria responsável pela produção dos sintomas de desordem mental ou se a perturbação já existiria anteriormente, sob forma latente, e, nesse caso, o álcool funcionaria como um fator desencadeador de uma patologia já existente (SANTOS; VERANI, 2010).

Segundo Santos e Verani (2010), o médico Márcio Neri escreveu um artigo em 1909, denominado “Psicoses alcoólicas”, no qual esclareceu as devastações que a intemperança alcoólica é capaz de exercer sobre a mentalidade; o termo psicoses alcoólicas se refere a uma classe de desordens mentais duráveis, resultantes da intoxicação prolongada dos centros nervosos pelo álcool; a tendência do organismo de procurar nas bebidas uma excitação que se torna necessária; as lesões graves do cérebro e do organismo.

Com diversos estudos, a ideia de alcoolismo como doença se fortaleceu, em 1935, com o surgimento de Alcoólicos Anônimos (AA) em Akron, Ohio, como resultado do encontro de Bill W. e Dr. Bob S. – alcoólicos considerados irrecuperáveis (LIMA; PAULA; SILVA, 2015).

Em 1952, com a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I) da Associação Americana de Psiquiatria, declarou-se oficialmente que o alcoolismo era uma doença. Porém, essa concepção passou a ser mais aceita no mundo em 1960 com a publicação de *The disease concept of alcoholism*, de Morton Jellinek que considera o alcoolismo uma doença crônica, potencialmente fatal e correlacionada a fatores fisiológicos e geneticamente transmitidos (VAISSMAN, 2004; GIGLIOTTI; BESSA, 2004; LARANJEIRAS;

NICASTRI, 1996; BARROS, CARVALHO, ALMEIDA, RODRIGUES, 2009; LIMA; PAULA; SILVA, 2015). Jellinek definiu o alcoolista como “todo indivíduo cujo consumo de bebidas alcoólicas pudesse prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos” (HECKMANN; SILVEIRA, 2009, p. 68).

Na década de 60 deste século, o programa de saúde mental da OMS, segundo Duarte e Morihisa (2008), empenhou-se em melhorar o diagnóstico e a classificação de transtornos mentais, além de prover definições claras de termos relacionados. A OMS convocou vários encontros para rever o conhecimento a respeito do assunto, envolvendo representantes de diferentes áreas, de diferentes pensamentos em psiquiatria de todas as partes do mundo. Esses encontros estimularam e conduziram pesquisa sobre critérios para a classificação e a confiabilidade dos diagnósticos. As numerosas propostas para melhorar a classificação de transtornos mentais resultaram na 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID - 8) a partir da 8ª. Conferência Mundial de Saúde (VAISSMAN, 2004; LIMA; PAULA; SILVA, 2015).

Na nona revisão da CID, em 1977, a OMS passou a adotar o termo “Síndrome de Dependência do Álcool” - SDA, incluindo não apenas as manifestações orgânicas, mas também as psíquicas (LIMA; PAULA; SILVA, 2015).

A Síndrome de Dependência do Álcool – SDA, foi proposta por Edwards e Gross em 1976. Depois foi validada, sendo seus critérios adotados até hoje pelo CID-10 e pela Associação de Psiquiatria Americana. Na concepção médico-psiquiátrica, a SDA instala-se lenta e insidiosamente ao longo de, em média, 15 anos de uso contínuo, diário ou quase, numa quantidade acima de 40g de álcool puro por dia (1 dose), segundo a OMS. Tem como característica a compulsão, a perda do controle, a dependência física e a tolerância (EDWARDS; GROSS, 1976; VAISSMAN, 2004; GIGLIOTTI; BESSA, 2004; LARANJEIRAS; NICASTRI, 1996; BARROS, CARVALHO, ALMEIDA, RODRIGUES, 2009).

A SDA não é uma enfermidade estática, mas um transtorno que se constitui ao longo da vida. É um fenômeno que depende da interação de fatores biológicos e culturais – por exemplo, religião e valor simbólico do álcool em cada comunidade –, que determinam como o indivíduo vai se relacionando com a substância, em um processo de aprendizado individual e social do modo de se consumir bebidas. Nesse processo de aprendizado da maneira de usar o álcool, um dos fenômenos mais significativos é o surgimento dos sintomas de abstinência. Quando a pessoa passa

a ingerir a bebida para aliviar esses sintomas, é estabelecida uma forte associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

O alcoolista⁷ normalmente inicia sua carreira como bebedor social no período intermediário da adolescência. Problemas relacionados ao álcool que não satisfazem todos os critérios para transtorno por uso, ou problemas isolados podem ocorrer antes dos 20 anos, mas a idade do início de um transtorno por uso do álcool com dois ou mais critérios agrupados chega ao ápice no fim da adolescência ou entre os 20 e os 25 anos. A maioria dos indivíduos que desenvolvem transtornos relacionados ao álcool o faz até o fim da faixa dos 30 anos e pode evoluir para a condição de bebedor pesado ou bebedor-problema, quando apresenta consequências físicas ligadas ao álcool - pancreatites crônicas, assim como os casos de cirroses hepáticas, além do trauma. Em torno da segunda metade da terceira década de vida, em alguns casos, tem-se instalada a SDA (LARANJEIRAS; NICASTRI, 1996; VAISSMAN, 2004; APA, 2014). “As primeiras evidências de abstinência dificilmente aparecem antes que vários outros aspectos do transtorno por uso de álcool se desenvolvam” (APA, 2014, p. 493).

Observa-se, também, segundo a APA (2014), início precoce de transtorno por uso de álcool em adolescentes com problemas preexistentes de conduta e em indivíduos com intoxicação de início precoce.

Masur (1990) salienta que a progressão para SDA não é um processo inevitável. Apesar de esse caminho ser provável, é também possível não só a reversão ao beber normal, como também uma permanência nesta fase sem a progressão para um quadro de dependência com maiores prejuízos orgânicos, psicológicos e sociais. O limite entre o ser e não ser alcoolista, segundo a autora, não pode ser arbitrariamente definido. Ele também não é claro e óbvio.

2.1 Critérios diagnósticos: CID-10 e DSM-V

Na atual Classificação Internacional de Doenças - CID-10, a OMS classifica o alcoolismo crônico entre os Transtornos Mentais e de Comportamento, em que

⁷ **Alcoolista:** portador da doença do alcoolismo, abrangendo os abusadores e os dependentes de álcool, classificados de acordo com DSM V, dando-se preferência a sua utilização no lugar de alcoólatra, que significa “adorador do álcool” (VAISSMAN, 2004)

estão incluídos os transtornos provocados pelo uso de substâncias como o álcool, descrevendo a Síndrome de Dependência Alcoólica – F 10.2, como um

[...] conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga; à dificuldade de controlar o consumo; à utilização persistente, apesar das suas consequências nefastas; a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações; a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física (WHO, 2010b).

Porém, um diagnóstico de dependência só pode ser feito se três ou mais dos seguintes critérios da CID-10 para dependência de substâncias estiverem presentes na história do paciente durante algum tempo nos últimos 12 meses: a) forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo; c) estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, evidenciado pela síndrome de abstinência de uma substância específica, ou quando se faz o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa e aumento também da quantidade de tempo necessário para obter ou ingerir a substância, assim como para se recuperar de seus efeitos; f) persistência no uso da substância a despeito de evidência clara de consequências nocivas, tais como danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos, períodos de consumo excessivo da substância, comprometimento do funcionamento cognitivo, etc. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano (WHO, 2010b; GALDURÓZ; FERRI, 2017).

Enquanto o DSM-IV identificava duas condições diferentes, “abuso de substância” e “dependência de substância”, o DSM-V une essas duas categorias, chamadas agora de “Transtornos do Uso de Substâncias”, podendo ser classificados como: leves (2 a 3 sintomas); moderados (presença de 4 a 5 sintomas); ou graves (presença de 6 ou mais sintomas). Assim, os critérios estão mais semelhantes aos da CID-10 (APA, 2014; GALDURÓZ; FERRI, 2017).

Um padrão problemático de uso de álcool, levando ao comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, é manifestado por **pelo menos dois** dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

- 1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;
- 2) Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - síndrome de abstinência característica para a substância;
 - a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- 3) Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
- 4) A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- 5) Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, para a utilização ou para recuperação de seus efeitos;
- 6) Fissura⁸ ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância;
- 7) Uso recorrente da substância, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa;
- 8) Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos;
- 9) Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
- 10) Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física;

⁸ **Fissura:** Necessidade imperiosa, um forte desejo ou necessidade de uma substância psicoativa ou de seus efeitos intoxicantes (BRASIL, 2010; GALDURÓZ; FERRI, 2017). Desejo intenso de beber, o qual torna difícil pensar em outras coisas e frequentemente resulta no início do consumo (APA, 2014).

11) O uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo seu uso.

O DSM-V permite especificar (APA, 2014):

- ✓ **Em remissão inicial:** Após todos os critérios para transtorno por uso de álcool terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios foi preenchido durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção do critério "fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool", que ainda pode ocorrer).
- ✓ **Em remissão sustentada:** Após todos os critérios para transtorno por uso de álcool terem sido satisfeitos anteriormente, nenhum dos critérios foi satisfeito em qualquer momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção do critério "fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool", que ainda pode ocorrer).
- ✓ **Em ambiente protegido:** Este especificador é usado se o indivíduo se encontra em um ambiente no qual o acesso ao álcool é restrito, como, por exemplo, prisões rigorosamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares fechadas.
- ✓ **Em ambiente controlado:** se a pessoa não preenche critérios e está em ambiente em que não tem acesso à droga que provocou a dependência.

Os dois critérios são muito parecidos, muda apenas a redação dos itens. "Uma diferença marcante é que a CID-10 não destaca o envolvimento do usuário com a droga, no sentido de viver em função dela" (GALDURÓZ; FERRI, 2017, p. 20).

Os dois sistemas (CID-10 e DSM-V) também diferem na terminologia. A CID-10 classifica os usuários com problema em "uso nocivo" (ou prejudicial - *harmful use*, em inglês) ou "dependência". O DSM-V classifica em "transtornos do uso de substâncias".

Ambos não mencionam a quantidade ingerida de álcool ou de outra droga, pois esse aspecto varia muito e está relacionado a diferenças individuais. "Às vezes, beber diariamente duas latas de cerveja já pode caracterizar a dependência do álcool" (GALDURÓZ; FERRI, 2017, p. 20).

Sabendo como se caracteriza a dependência do álcool, torna-se importante

compreender a sua epidemiologia.

2.2 Epidemiologia do álcool

Os estudos epidemiológicos do uso de álcool no mundo são realizados pela OMS, com dados recentes de 2008 a 2010 e de 2011 a 2016 (WHO 2014; 2018). Já o INPAD (Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas) da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) desenvolveu, em 2006 e em 2012, a primeira e segunda coleta de dados do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD (LARANJEIRA; PINSKY; ZALESKI; CAETANO, 2007; LARANJEIRA, 2014).

Em suas diretrizes, a WHO (2014) propôs a redução de 10% no consumo nocivo de bebidas alcoólicas até 2025. O Brasil teve resultados parciais, pois dados do relatório de 2018 indicaram redução de 11% no consumo de álcool *per capita* no país em seis anos – passou de 8,7 litros de álcool puro em 2010 para 7,8 litros de álcool puro em 2016. Estima-se que os homens consumam 13,4 L de álcool puro/ano e as mulheres 2,4 L de álcool puro/ano (Quadro 1). Verifica-se também que o consumo no Brasil está abaixo da média na região das Américas – 8 litros de álcool puro por pessoa (WHO 2014; 2018). A possível justificativa para esses resultados pode ser a implantação da Lei Seca - Lei nº. 11.705/2008 (BRASIL, 2008), assim como suas intensificações em 2012 e 2016, e a Lei nº. 13.106/2015 (BRASIL, 2015), que tornou crime a oferta de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, ambas federais (BRASIL, 2014).

Quadro 1 – Alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)

	2010*		2016*	
Recorded	7.3		6.5	
Unrecorded	1.5		1.2	
Total**	8.8		7.8	
Total males / females	15.0	3.0	13.4	2.4
WHO Region of the Americas	8.2		8.0	
*Three-year averages of recorded and unrecorded for 2009-2011 and 2015-2017; **adjusted for tourist consumption.				

Fonte: WHO (2018).

Também houve redução da taxa de transtornos por uso de álcool de 5,6% para 4,2%. O mesmo ocorreu com relação à dependência do álcool, cuja redução foi

de 2,8% para 1,4% (Tabela 1). Observa-se também que ambos os dados estão abaixo da média da região das Américas (WHO 2014; 2018).

Tabela 1 – Prevalência do álcool transtorno por uso de álcool e dependência (%) 2010 e 2016*

	2010		2016	
	Transtornos por uso de álcool	Dependência do álcool	Transtornos por uso de álcool	Dependência do álcool
Homens	8,2	3,9	6,9	2,3
Mulheres	3,2	1,8	1,6	0,5
Ambos sexos	5,6	2,8	4,2	1,4
Região das Américas	6,0	3,4	8,2	4,1

* 12 meses de prevalência uso do álcool com 15 anos ou mais.

** incluso dependência do álcool e uso nocivo do álcool

Fonte: adaptado WHO (2014; 2018).

Esses resultados indicam que o Brasil está indo na direção certa, mas ainda está acima da média mundial de consumo *per capita* de 6,4 litros de álcool puro/ano – 22% a mais que a média mundial. E ainda tem que reduzir o Beber Pesado Episódico (BPE) que, de acordo com a OMS, também se enquadra no uso nocivo de álcool, e aumentou de 12,7% para 19,4%, de 2010 para 2016 (Tabela 2), colocando o Brasil em segundo lugar no mundo quanto a este padrão de beber, em contraste com a diminuição no mundo de 20,5% para 18,2%, no mesmo período (WHO, 2014; WHO, 2018; WHITE; TAPERT; SHUKLA, 2018).

Tabela 2 – Prevalência: Beber Pesado Episódico* (%) 2010 e 2016

	2010		2016	
	População	Somente bebedores	População + de 15 anos	Somente bebedores
Homens	20,7	29,9	32,6	60,3
Mulheres	5,2	11,1	6,9	25,1
Ambos sexos	12,7	22,1	19,4	48,1

* consumiu 60 gramas ou mais de álcool puro em uma única ocasião no último mês.

Fonte: adaptado da WHO (2014; 2018).

Cerca de 21,4% da população brasileira nunca ingeriu bebidas alcoólicas – abstêmios, segundo o relatório da WHO (2018) e 38,3% consumiu nos últimos 12 meses. Comparando com o relatório de 2014, verifica-se que os abstêmios diminuíram, pois eram 21,9%, e os que consumiram álcool nos últimos meses aumentaram, pois eram 20,4% (WHO 2014; 2018).

Segundo a WHO (2018), $\frac{1}{4}$ do álcool puro (25,5%) consumido no mundo é

ilegal. No Brasil, proporção estimada é de 15,5%, cerca de 1,2 L (Quadro 1). Já as bebidas destiladas (44,8%) são as mais consumidas no mundo, seguido da cerveja (34,3%) e do vinho (11,7%). No Brasil, a cerveja é o tipo de bebida mais consumida (62%), seguido dos destilados (34%) e do vinho 3% (Gráfico 1).



Fonte: WHO (2018).

O uso abusivo do álcool está relacionado a 3 milhões de mortes em 2016 - 5,3% de todas as mortes no mundo. As mortes no mundo atribuíveis especificamente ao uso do álcool são de 13% e as morbidades, 10,6%. De todas as mortes atribuíveis ao consumo de álcool no mundo, 28,7% foram devidas a lesões, 21,3%, a doenças do aparelho digestivo, 19%, devido a doenças cardiovasculares, 12,9%, devido a doenças infecciosas e 12,6% devido a cânceres. Cerca de 49% dos *Disability Adjusted Life Years* (DALYs)⁹ atribuíveis ao álcool são devidos a condições de saúde mental e não-transmissíveis, e 40% são devido a lesões (WHO, 2018).

No Brasil, o álcool esteve associado à cirrose hepática em 69,5% dos homens e em 42,6% das mulheres, aos acidentes de trânsito em 36,7% dos casos com homens e em 23%, com mulheres e ao câncer em 8,7% dos homens e em 2,2% das mulheres (Quadro 2). Os anos de vida perdidos atribuídos ao uso do álcool em 2016 foram 4 e houve melhoras em relação a 2010, quando foram 5, conforme Quadro 2 (WHO, 2014; 2018).

⁹ **DALYs**: Ano de Vida Ajustado por Incapacidade. Um DALY pode ser considerado como um ano perdido de vida "saudável". A soma desses DALYs em toda a população, ou a carga da doença, pode ser pensada como uma medida da lacuna entre o estado de saúde atual e uma situação de saúde ideal, onde toda a população vive até uma idade avançada, livre de doenças e incapacidades (OPAS, 2018b).

Quadro 2 – Doenças atribuíveis ao Álcool 2016

	ASDR*		AAF		AAD** (number)
Liver cirrhosis, male / females	26.7	5.8	69.5	42,6	16 214
Road traffic injuries, male / females	44.1	8.8	36.7	23.0	14 928
Cancer, male / females	178.1	121.2	8.7	2.2	13 332
* Per 100 000 population (15+);					
**alcohol-attributable deaths, both sexes.					
Years of life lost (YLL) score*, 2016			LEAST < 1 2 3 4 5 > MOST		
*Based on alcohol- attributable years of life lost.					

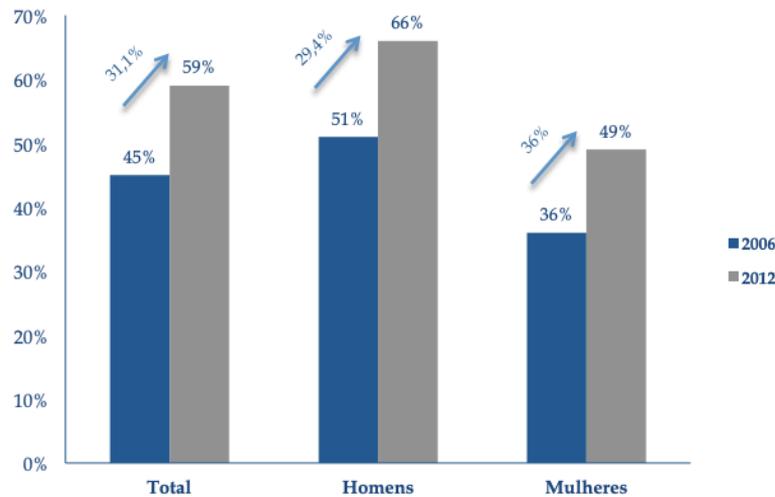
Fonte: WHO (2018).

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad) de 2012 estimou 11,7 milhões de brasileiros dependentes de álcool. Concluiu também que os 20% dos adultos que mais bebem ingerem 56% de todo o álcool consumido por adultos. Entre os adultos, 52,1% eram mulheres e 47,9% homens, um total de 54% dos entrevistados revelou consumir álcool regularmente (uma vez por semana ou mais). Houve crescimento de 20% do consumo frequente de álcool em relação ao estudo de 2006, quando 45% das pessoas revelaram beber com regularidade (LARANJEIRA; PINSKY; ZALESKI; CAETANO, 2007; LARANJEIRA, 2014).

Quanto à ingestão de bebidas entre homens e mulheres, o percentual dos que consomem álcool com frequência entre os homens saltou de 56% para 64% e, entre as mulheres, de 29% para 39% da primeira para a segunda análise. Esses resultados demonstram a vulnerabilidade das mulheres por apresentar maiores índices de aumento entre 2006 e 2012, e por beber em *binge*¹⁰ 36% a mais, conforme Gráfico 2 (LARANJEIRA; PINSKY; ZALESKI; CAETANO, 2007; LARANJEIRA, 2014).

¹⁰**Binge:** beber 5 doses ou mais, no caso de homens, e 4 doses ou mais, no caso de mulheres, em uma mesma ocasião num intervalo de até 2 horas (LARANJEIRA, 2014).

Gráfico 2 – Prevalência de consumo em *binge* em 2006 e 2012 entre adultos bebedores.



Fonte: Laranjeiras (2014).

Já na segmentação dos entrevistados entre as regiões do Brasil, o consumo de álcool regular revelou-se maior na região Sudeste, onde saltou de 46% na pesquisa de 2006 para 60% em 2012. Os percentuais de pessoas que bebem frequentemente foram de 48% na região Nordeste, que se manteve estável em 2006 e 2012, 36% na região Norte, que antes era 33%, 55% no Sul, onde o índice anterior era de 43%, e 56% no Centro-Oeste, onde era de 40% em 2006 (LARANJEIRA; PINSKY; ZALESKI; CAETANO, 2007; LARANJEIRA, 2014).

Segundo a pesquisa, um em cada dez brasileiros possui arma de fogo, 5% dos homens andam armados e este número aumenta em mais de 50% entre homens jovens e com problemas relacionados ao uso do álcool. Ainda de acordo com o Lenad, quase dois terços dos homens jovens bebedores problemáticos já se envolveram em uma briga com agressão física no último ano. A violência doméstica também está relacionada ao uso do álcool. Segundo o estudo, 6% dos brasileiros disseram ter sido vítima de violência doméstica no último ano, em metade desses casos o parceiro que cometeu a agressão havia bebido (LARANJEIRA, 2014).

O Ict/Fiocruz realizou o III LNUD – III Levantamento Nacional Domiciliar sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira em parceria com diversos pesquisadores da Fundação e de instituições externas (IBGE, Instituto Nacional de Câncer e Universidade de Princeton – EUA), com o apoio da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) – participaram 300 pesquisadores e técnicos, liderados pelo epidemiologista Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos. O levantamento foi realizado no período de 11/09/2014

a 30/06/2018, porém os dados foram divulgados em 08 de agosto de 2019, pois tiveram que aguardar anuência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Senad, órgão do Ministério da Justiça responsável por encomendar a pesquisa para ajudar o governo a criar políticas brasileiras em relação ao tema (PORTELA, 2015; GARÇONI, 2019; KRAPP, 2019).

Essa demora ocorreu, possivelmente, devido ao momento político do país, quando o governo federal censurou os números porque eles revelaram o oposto do que a gestão de Michel Temer queria mostrar – e que o governo Bolsonaro continuou sustentando. “Eu não sei onde a Fiocruz faz suas pesquisas, mas eles insistem em dizer que não há uma epidemia de drogas no Brasil”, discursou o então ministro do Desenvolvimento Social e Agrário, Osmar Terra, durante audiência pública na Câmara dos Deputados em novembro de 2017 (GARÇONI, 2019).

Oficialmente, segundo a autora, o governo diz que embargou o estudo devido à metodologia aplicada – que não permite comparar os resultados com o primeiro e o segundo levantamentos realizados em 2006 e 2012, por essa razão a pesquisa não estaria cumprindo os requisitos do edital. Por isso, a Senad não “detém propriedade intelectual sobre os dados, não os utiliza e não os divulga”, diz o governo, em um e-mail enviado pela assessoria de imprensa.

Pesquisadores da Fiocruz utilizaram a mesma metodologia da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar, a Pnad, do IBGE e ouviram 16.273 pessoas entre 12 e 65 anos em 351 cidades, mostrando também os padrões de consumo dos municípios de pequeno porte e de zonas de fronteira do país (GARÇONI, 2019; KRAPP, 2019). E criticaram os métodos estatísticos aplicados às pesquisas realizadas nos I e II levantamento que impossibilitaram a comparação entre prevalências:

A comparação entre prevalências estimadas a partir dos dois levantamentos citados não pode ser feita de forma direta. Além da clara diferença de nível de abrangência geográfica (o III LNUD é uma pesquisa de abrangência NACIONAL, enquanto o II LNUD tem abrangência restrita às 108 maiores cidades do país), há também distinções nos métodos aplicados nas duas pesquisas (BASTOS, 2018, p. 2).

Finalizando essa polêmica, os achados da pesquisa podem ser questionados e é comum a comunidade científica fazer isso, segundo pesquisadores que analisaram o relatório, mas nada justifica o engavetamento. Para Luiz Fernando Tófoli, professor da Unicamp que trabalha com saúde mental e uso de drogas há 20

anos: “Fica a impressão de que há algum interesse por trás. Se houve erro, a melhor maneira de identificar é debater. É assim que se faz ciência: publica-se e submete-se ao escrutínio dos especialistas” (GARÇONI, 2019).

Quanto à prevalência de uso de álcool na vida (Tabela 3), o I Lenad apresentou 68,7%. Já de acordo com o II Lenad, a prevalência de uso de álcool na vida foi de 74,6%. E no III LNUD, a estimativa de uso de álcool na vida foi alarmante para os pesquisadores, pois mais da metade da população brasileira de 12 a 56 anos, ou seja, 66,4% (69,6% com referência ao recorte para os 108 municípios) declarou ter consumido bebida alcóolica alguma vez na vida (BASTOS; VASCONCELLOS; BONI; REIS; COUTINHO, 2017; BASTOS, 2019).

Tabela 3 – Prevalência do uso de Álcool na vida nos 12 meses anteriores à pesquisa e nos 30 dias anteriores à pesquisa e dependência.

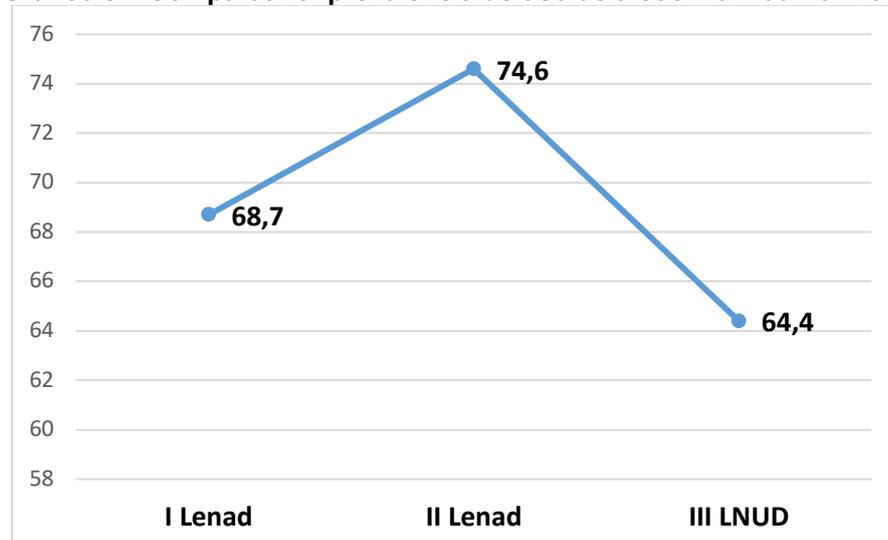
	I Lenad – 2006	II Lenad – 2012	III LNUD – 2015	III LNUD – 2015*
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Na vida	68,7 (63,8-73,6)	74,6 (70,3-78,9)	66,4 (64,8-68,0)	69,6 (67,9-71,2)
12 meses	-	49,8	43,1 (41,8-44,4)	47,4 (45,7-48,9)
30 dias	-	38,3	30,1 (28,9-31,3)	33,7 (32,1-35,2)
Dependência	11,2 (9,1-13,3)	12,3 (9,1-15,6)	1,5 (1,2-1,8)	1,4 (1,1-1,7)

* Dados relativos ao conjunto de 108 municípios amostrados no II Lenad, mantendo-se, entretanto, o desenho amostral proveniente do III LNUD.

Fonte: adaptado Bastos (2019).

Comparando os três levantamentos realizado no Brasil (Gráfico 3), os números indicam que o consumo do álcool vem diminuindo, assim como nas pesquisas da WHO (2018). Os possíveis motivos para isso já foram citados.

Gráfico 3 – Comparativo: prevalência de uso de álcool na vida no Brasil



Fonte: Autora (2020).

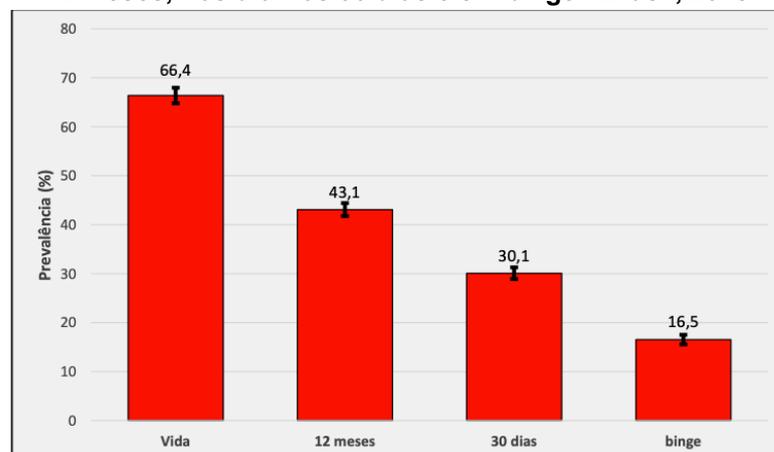
Quanto à prevalência do uso de álcool no último ano e nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa (Tabela 3), no II Lenad foram 49,8% e 38,3%, respectivamente. No III LNUD, a estimativa de uso de álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa, para o Brasil, foi de 43,1% (47,4% com referência ao recorte para os 108 municípios). No que diz respeito aos 30 dias anteriores à pesquisa, as estimativas do III LNUD foram de que 30,1% (cerca de 46 milhões de habitantes) informaram ter consumido pelo menos uma dose e 33,7% com referência ao recorte para os 108 municípios (BASTOS, 2019; BASTOS; VASCONCELLOS; BONI; REIS; COUTINHO, 2017).

Apresentaram critério para dependência de álcool (Tabela 3) nos 12 meses anteriores à pesquisa aproximadamente 1,3% (2,3 milhões de pessoas) (BASTOS; VASCONCELLOS; BONI; REIS; COUTINHO, 2017).

Quanto à prevalência do consumo em *binge drinking* - definido como beber em uma única ocasião cinco ou mais doses, para homens, ou quatro ou mais doses, para mulheres, no III LNUD, que se referiu aos últimos 30 dias, foi de 16,5% (aproximadamente 25 milhões de habitantes). Considerando apenas os indivíduos que fizeram uso de álcool nos últimos 12 meses, a prevalência de *binge drinking* seria de 38,4% (IC95%: 36,2 - 40,5) (BASTOS; VASCONCELLOS; BONI; REIS; COUTINHO, 2017).

O Gráfico 4 demonstra um resumo quanto à prevalência de consumo de álcool na vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em *binge* no Brasil no último levantamento realizado em 2015.

Gráfico 4 – Prevalência de consumo de bebidas alcóolicas na vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em binge - Brasil, 2015



Fonte: Bastos, Vasconcellos, Boni, Reis, Coutinho (2017).

Já a Tabela 4 demonstra que uma maior proporção de homens (74,3%)

reportou o consumo de bebidas alcóolicas na vida, comparado a 59,0% das mulheres no III LNUD. Da mesma forma, maiores proporções de homens reportaram o consumo de álcool nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em *binge* do que as mulheres, sendo todas estas diferenças estatisticamente significativas (BASTOS; VASCONCELLOS; BONI; REIS; COUTINHO, 2017).

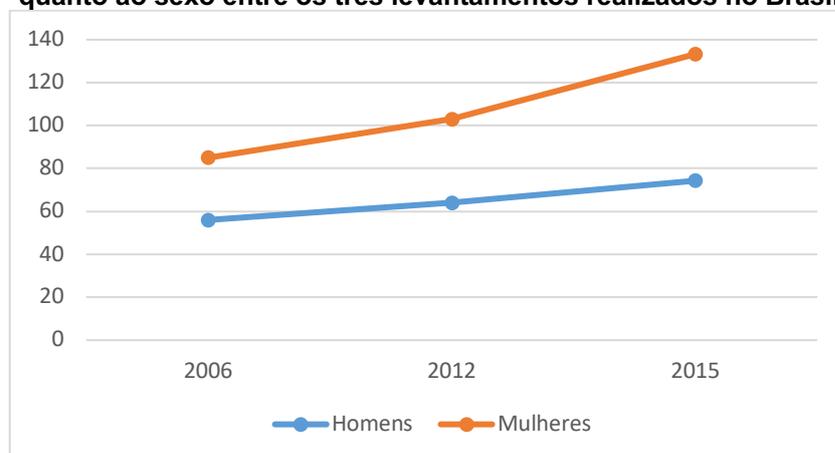
Tabela 4 – Número de consumidores de 12 a 65 anos e prevalência de consumo de bebidas na vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em *binge*, segundo o sexo – Brasil 2015.

Sexo	Vida		12 meses		30 dias		<i>Binge</i>	
	Pessoas (1.000)	%						
Homens	55.085	74,3	38.296	51,6	28.756	38,8	17.809	24,0
Mulheres	46.530	59,0	27.647	35,0	17.280	21,9	7.502	9,5
Total	101.615	66,4	65.943	43,1	46.036	30,1	25.311	16,5

Fonte: adaptado Bastos, Vasconcellos, Boni, Reis, Coutinho (2017).

No Gráfico 5 podemos verificar a comparação dos dados referentes ao consumo de bebidas alcóolicas na vida quanto ao sexo entre os três levantamentos realizados no Brasil: o percentual dos que consomem álcool com frequência entre os homens saltou de 56% em 2006, para 64% em 2012 e depois para 74,3% em 2015. Entre as mulheres, de 29% em 2006, para 39% em 2012 e depois para 59% em 2015. Percebe-se um aumento do consumo de bebidas alcóolicas em ambos os sexos, mas mesmo com percentual menor, as mulheres apresentaram maior crescimento em relação aos homens, principalmente no último levantamento (BASTOS; VASCONCELLOS; BONI; REIS; COUTINHO, 2017; LARANJEIRA; PINSKY; ZALESKI; CAETANO, 2007; LARANJEIRA, 2014).

Gráfico 5 - Comparação dos dados referentes ao consumo de bebidas alcóolicas na vida quanto ao sexo entre os três levantamentos realizados no Brasil



Fonte: autora (2020).

Dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel de 2018, também evidenciaram esse resultado, pois, mesmo com o percentual menor, as mulheres (11%) apresentaram maior crescimento em relação aos homens (26%) no período de 2006 a 2018. Em 2006, o percentual entre as mulheres era de 7,7% e entre os homens, 24,8%, desta forma, verifica-se que o consumo abusivo de álcool aumentou 42,9% entre as mulheres. Essa pesquisa, também aponta que 17,9% da população adulta no Brasil fazem uso abusivo de bebida alcoólica (BRASIL, 2019a).

O secretário de Vigilância em Saúde, Wanderson Oliveira justifica que o aumento do consumo abusivo de álcool entre as mulheres é em decorrência da mudança de comportamento – entrada no mercado de trabalho e uma vida social mais ativa. E a estratégia proposta pelo Ministério da Saúde para reduzir esse aumento é melhorar a informação. “[...] trabalhar a informação sobre os malefícios do álcool, explicar sobre o consumo regular e social mais sustentável. Entendemos que precisamos intensificar ainda mais a informação não só para esse grupo, mas para toda a população.” (BRASIL, 2019b).

Dados do III LNUD também apontam que as maiores proporções de consumo de álcool nos últimos 30 dias foram encontradas, em ordem decrescente, entre indivíduos de 25-34 anos (38,2%), 18-24 anos (35,1%) e 35-44 anos (34,6%), conforme Tabela 5.

Tabela 5 – Número de consumidores de 12 a 65 anos e prevalência de consumo de bebidas alcoólicas na vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e em *binge*, segundo a faixa etária – Brasil, 2015.

Faixa Etária	Vida		12 meses		30 dias		<i>Binge</i>	
	Pessoas (1.000)	%	Pessoas (1.000)	%	Pessoas (1.000)	%	Pessoas (1.000)	%
12-17 anos	6.951	34,3	4.510	22,2	1.784	8,8	1.022	5,0
18-24 anos	16.089	72,1	11.883	53,2	7.832	35,1	4.566	20,5
25-34 anos	23.587	74,5	16.434	51,9	12.102	38,2	7.362	23,3
35-44 anos	21.861	71,9	14.049	46,2	10.510	34,6	5.726	18,8
45-54 anos	18.562	70,1	11.369	43,0	8.388	31,7	4.150	15,7
55-65 anos	14.565	66,3	7.698	35,0	5.420	24,7	2.486	11,3
Total	101.615	66,4	65.943	43,1	46.036	30,1	25.311	16,5

Fonte: adaptado de Bastos, Vasconcellos, Boni, Reis, Coutinho (2017).

Por outro lado, essas proporções foram significativamente menores entre indivíduos com idade entre 12-17 anos (8,8%), 45-54 anos (31,7%) e 55-65 anos

(24,7%), quando comparadas à faixa de 25-34 anos (Tabela 5). Essa mesma distribuição se repete no consumo em *binge* (BASTOS; VASCONCELLOS; BONI; REIS; COUTINHO, 2017).

A pesquisa Vigitel 2018 apontou ainda que o uso abusivo entre os homens é mais frequente na faixa etária de 25 a 34 anos, com 34,2%, e entre as mulheres nas idades de 18 a 24 anos (18%). O menor percentual entre os homens e mulheres, foram observados em pessoas com 65 anos e mais, sendo 7,2% entre homens e 2% em mulheres. O percentual de consumo abusivo entre os brasileiros tende a diminuir com o avanço da idade em ambos os sexos (BRASIL, 2019a).

Em 2015, considerando os indivíduos de 18 a 65 anos, o uso de álcool nos últimos 30 dias foi mais frequente entre pessoas com nível superior completo ou mais (43,9%), comparado a todas as outras categorias de escolaridade. Da mesma forma, a proporção de indivíduos sem instrução/com ensino fundamental incompleto apresentou a menor proporção de consumo de álcool nos últimos 30 dias (27,2%). A prevalência de *binge drinking* também foi mais alta entre indivíduos com ensino superior ou mais - 20,4% (BASTOS; VASCONCELLOS; BONI; REIS; COUTINHO, 2017).

Em relação aos domínios geográficos para os quais a amostra do III Levantamento, observou-se que o uso na vida não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes domínios geográficos. O uso nos últimos 12 meses foi mais frequente nas regiões metropolitanas (47,0%) do que nas regiões não metropolitanas (41,3%); nas capitais (47,4%) do que em não capitais (41,8%); e nos municípios grandes (46,4%) do que nos municípios de médio porte (40,3%). Este mesmo padrão foi observado em relação ao relato de consumo nos últimos 30 dias e ao consumo *em binge* (BASTOS; VASCONCELLOS; BONI; REIS; COUTINHO, 2017).

A relação entre álcool e diferentes formas de violência também foi abordada pelo III LNUD, apresentando um panorama contundente. Aproximadamente 14% dos homens brasileiros de 12 a 65 anos dirigiram após consumir bebida alcoólica nos 12 meses anteriores à entrevista. Já entre as mulheres esta estimativa foi de 1,8%. A percentagem de pessoas que estiveram envolvidas em acidentes de trânsito enquanto estavam sob o efeito de álcool foi de 0,7% (BASTOS; VASCONCELLOS; BONI; REIS; COUTINHO, 2017).

Cerca de 4,4 milhões de pessoas reportaram ter discutido com alguém sob

efeito de álcool nos 12 meses anteriores à entrevista, sendo que destes, 2,9 milhões eram homens e 1,5 milhões, mulheres. A prevalência de ter reportado que “destruiu ou quebrou algo que não era seu” sob efeito de álcool também foi estaticamente significativa e maior entre homens do que entre mulheres - 1,1% e 0,3%, respectivamente (BASTOS; VASCONCELLOS; BONI; REIS; COUTINHO, 2017).

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019b) apontaram que 1,45% do total de óbitos ocorridos entre os anos de 2000 a 2017 foram atribuídos à ingestão abusiva de bebidas, como doença hepática alcóolica. Quando verificado o número de mortes entre os sexos, os homens morrem aproximadamente nove vezes mais do que as mulheres por causas atribuídas ao álcool.

O consumo abusivo do álcool, além de ser responsável por episódios de violência física contra si ou contra outras pessoas, é tóxico para o organismo humano e pode provocar doenças mentais, diversos cânceres, problemas hepáticos, como a cirrose, alterações cardiovasculares, com risco de infarto e acidente vascular cerebral e a diminuição de imunidade, podendo levar o indivíduo à morte.

2.3 Álcool e seus efeitos no organismo

Segundo a Associação Americana de Psicologia – APA (2014), o transtorno por uso de álcool costuma estar associado a problemas semelhantes aos associados a outras substâncias (*Cannabis*; cocaína; heroína; anfetaminas; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos), pois o álcool pode ser usado para aliviar os efeitos indesejados dessas outras substâncias ou para substituí-las quando não estão disponíveis. Problemas de conduta, depressão, ansiedade e insônia frequentemente acompanham o consumo intenso e às vezes o antecedem.

Devido à alta solubilidade em água, o álcool cai rapidamente na corrente sanguínea, de onde é distribuído para a maioria dos órgãos e sistemas. Influenciam os efeitos do álcool no organismo: a frequência da ingestão, a quantidade de álcool ingerido e absorvido, sua distribuição pelos tecidos do organismo, a variabilidade individual, a sensibilidade individual dos diferentes tecidos e órgãos e a velocidade de metabolização (FORMIGONI; GALDURÓZ; MICHELI; CARNEIRO, 2016).

O álcool é absorvido pelas membranas mucosas da boca e do esôfago (em pequenas quantidades), do estômago e do intestino grosso (em quantidades

moderadas) e pela porção proximal do intestino delgado, local principal de sua absorção. A taxa de absorção é maior quando a bebida tem alta concentração etílica, está gaseificada, está quente ou quando o esvaziamento gástrico está acelerado, como na ausência de proteínas, gorduras ou carboidratos, que interferem na absorção, além de outros produtos oriundos da fermentação do álcool, na diluição de uma porcentagem moderada de etanol (máximo de 20% do volume). Órgãos internos como fígado, estômago e pâncreas são muito atingidos (REHFELDT, 1989; HECKMANN; SILVEIRA, 2009; APA, 2014).

Cerca de 2 a 10% do etanol (baixas e altas concentrações de álcool no sangue, respectivamente) é excretado diretamente pelos pulmões, pela urina ou pelo suor, mas a maior parte, 90%, é metabolizada no fígado, o que o torna mais suscetível a danos. Apenas 5% do álcool consumido deixa o organismo diretamente, sem ser metabolizado (HECKMANN; SILVEIRA, 2009; FORMIGONI; GALDURÓZ; MICHELI; CARNEIRO, 2016).

Segundo a APA (2014), em aproximadamente 15% dos indivíduos que ingerem álcool em grandes quantidades, esse consumo pode afetar praticamente todos os sistemas de órgãos, especialmente o trato gastrointestinal, o sistema cardiovascular e os sistemas nervoso central e periférico.

Os efeitos gastrintestinais incluem gastrite, úlceras estomacais ou duodenais e cirrose hepática e/ou pancreatite. Também há aumento nas taxas de câncer de esôfago, de estômago e de outras partes do trato gastrintestinal.

Uma das comorbidades¹¹ mais comuns é a hipertensão leve. Miocardiopatia e outras miopatias são menos comuns, mas ocorrem em maior proporção entre usuários pesados. Esses fatores, em conjunto com aumentos acentuados nos níveis de triglicerídeos e colesterol LDL, contribuem para um risco elevado de cardiopatia. A neuropatia periférica pode ser evidenciada por fraqueza muscular, parestesias e diminuição da sensibilidade periférica (APA, 2014).

Efeitos mais persistentes sobre o Sistema Nervoso Central - SNC incluem déficits cognitivos, grave comprometimento da memória e alterações degenerativas do cerebelo (APA, 2014). Conforme as ações da droga sobre o SNC ela poderá ser classificada (Quadro 3) como: depressora, estimulante ou perturbadora (CRUZ,

¹¹ **Comorbidade:** ocorrência concomitante de duas ou mais doenças coexistentes ou adicionais ao diagnóstico inicial ou com relação à doença (MARQUES; NARDI; FIGUEIRA; MENDLOWICZ; ANDRADE; CAMISSÃO; VERSIANI, 1994; DECS, s/d; APA, 2014).

MARTINS, SILVA, 2016).

Quadro 3 – Classificação das principais drogas de acordo com a ação do SNC

Depressoras	Estimulantes	Perturbadoras
Álcool	Anfetaminas	Maconha
Barbitúricos	Cocaína / Crack	Alucinógenos
Benzodiazepínicos	Tabaco	LSD
Opióides	Cafeína	Ecstasy
Solventes e Inalantes		

Fonte: Cruz, Martins e Silva (2016, p. 44)

O álcool age inicialmente (doses baixas ou na fase inicial do efeito de doses altas), como um estimulante no SNC, levando a sensações de euforia, desinibição, sociabilidade, prazer e alegria. E, em seguida, o álcool age como um “depressor” do SNC, reduzindo a ansiedade e prejudicando a coordenação motora. “À medida que aumenta a concentração de álcool no sangue, ocorre a diminuição da autocrítica, que, por afetar a capacidade de avaliação dos perigos, pode levar a comportamentos de risco, como beber e dirigir ou operar máquinas, levando a acidentes” (FORMIGONI; GALDURÓZ; MICHELI; CARNEIRO, 2016, p. 52). A pessoa pode apresentar lentidão psicomotora, deixando a fala “pastosa” ou “arrastada”, redução dos reflexos, sonolência e prejuízos na capacidade de raciocínio e concentração. Em doses altas, a visão pode ficar “dupla” ou borrada, ocorrendo também prejuízo de memória e de concentração, diminuição da resposta a estímulos, sonolência, vômitos e insuficiência respiratória, podendo chegar à anestesia, ao coma e à morte.

Para os autores, o álcool é classificado como depressor do Sistema Nervoso Central, pois a fase depressora é mais intensa e prolongada. “O álcool é uma droga que deprime o SNC, em razão dos efeitos causados pelo etanol, que é um tipo de álcool usado na fabricação das bebidas alcoólicas” (CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016, p. 45).

O transtorno por uso de álcool é um fator que colabora para o risco de suicídio durante a intoxicação grave e no caso de transtornos depressivo ou bipolar temporários induzidos por álcool (APA, 2014).

O álcool está associado ao desenvolvimento de outros transtornos mentais, a saber: delírium (*delirium tremens*); demência induzida pelo álcool; transtorno amnésico induzido pelo álcool; transtorno psicótico induzido pelo álcool; e outros transtornos relacionados ao álcool, como transtorno do humor induzido pelo álcool,

transtorno de ansiedade induzido pelo álcool, disfunção sexual induzida pelo álcool, transtorno do sono induzido pelo álcool (BRASIL, 2001).

Salienta-se a alta frequência de problemas conjugais, sociais, legais, financeiros, de relacionamento, acidentes de trânsito, psicológicos e/ou psiquiátricos (violência, homicídios, suicídios, brigas, embriaguezes frequentes) e ocupacionais (afastamentos, absenteísmo no trabalho, atrasos, problemas de relacionamento com colegas, indisciplina, queda na produtividade e qualidade no trabalho e finalmente os acidentes de trabalho). Em torno da segunda metade da terceira década de vida, em alguns casos, tem-se instalada a SDA (LARANJEIRAS; NICASTRI, 1996; VAISSMAN, 2004; APA, 2014).

As manifestações mais sentidas pelos alcoolistas – e às vezes não identificadas por eles como consequência de sua doença – são, entre outras: tremores nas mãos, rubor e edema moderado na face, edema nas pálpebras, olhos lacrimejantes, eritrose palmar, hálito alcoólico, falta de coordenação motora, vertigens e desequilíbrios, sudorese e vômitos matutinos (decorrência da síndrome de abstinência surgida durante a noite), câimbras musculares, taquicardia, tosse crônica e perturbações sexuais (REHFELDT, 1989; HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

Já no campo psíquico aparecem diminuição na capacidade de concentração e de memória, redução nas disposições e atividades, humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, insônia ou pesadelos, despersonalização, como também maior influenciabilidade e aumento na disposição para assumir riscos de todo tipo. No âmbito social surgem tensões na família, no trabalho e no círculo de amizades, com maior frequência caracterizada por falta de consideração e respeito (REHFELDT, 1989; HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

O álcool também induz à tolerância e à síndrome de abstinência (sintomas desagradáveis que ocorrem com a redução ou com a interrupção do consumo da substância).

O uso regular do álcool torna a pessoa tolerante a muitos dos seus efeitos, sendo necessário aumentar o consumo para o bebedor obter os mesmos efeitos iniciais (NICASTRI, 2008; FORMIGONI; GALDURÓZ; MICHELI; CARNEIRO, 2016).

Em consequência, a dependência ocorre com o uso regular de álcool e pode se desenvolver após anos de uso contínuo – quanto mais cedo inicia-se o uso de álcool, menor é o tempo para instalar a dependência. No estágio de dependência, o bebedor perde o controle do quanto vai ingerir, pois já está adaptado à presença

constante do álcool no organismo e pode sofrer sintomas de abstinência quando para de beber, ou quando diminui drasticamente a quantidade ingerida diariamente (NICASTRI, 2008; FORMIGONI; GALDURÓZ; MICHELI; CARNEIRO, 2016).

Uma porcentagem dos dependentes de álcool experimenta a síndrome de abstinência do álcool (SAA). Os sintomas são tremor, frequência cardíaca e pressão arterial elevadas, sudorese, agitação, nervosismo, insônia, ansiedade e depressão, que começam algumas horas após a descontinuação e podem durar de alguns dias até uma semana. Alguns podem ter sintomas mais graves, como alucinações, *delirium tremens*, sintomas psicóticos e crises convulsivas, requerendo, muitas vezes, a internação (MASUR; CARLINI, 2004; STAHL; GRADY, 2016).

Por fim, Rehfeldt (1989) salienta que, uma vez interrompido o uso do álcool e alcançada uma abstinência permanente, a maioria dos danos citados é reversível em graus que podem chegar ao completo reestabelecimento. Alguns processos de reestabelecimento podem levar meses ou anos. Mas, na maioria dos casos, existem perceptíveis mudanças positivas já nas primeiras semanas e meses depois da suspensão do uso do álcool.

2.4 Padrões de Consumo do Álcool

Os principais padrões de consumo de álcool (forma como o indivíduo faz uso desta substância) são: a abstinência, o beber moderado, o beber pesado (BP) e o Beber Pesado Episódico (BPE).

“A abstinência é a abstenção do uso de álcool, o não consumo. As pessoas que praticam a abstinência são os abstêmios, o termo ‘atualmente abstinente’ se refere a quem não fez uso da bebida alcoólica nos últimos 12 meses” (CRUZ, MARTINS, SILVA, 2016, p. 47).

O uso moderado é de difícil definição, pois é interpretado de várias maneiras, conforme a percepção de cada pessoa. É confundido com o beber socialmente, ou seja, o uso de álcool dentro de padrões aceitos pela sociedade (HECKMANN; SILVEIRA, 2009). Normalmente, não causam problemas para quem bebe ou para terceiros. Seria a quantidade equivalente a 02 doses/dia para homem (14 doses/semana) e 01dose/dia para mulheres (07 doses/semana). Porém, essas doses não podem ser consumidas em um único dia ou num único final de semana, pois “[...] beber elevada quantidade em um curto espaço de tempo, é caracterizado

como um padrão de beber pesado ou excessivo” (CRUZ, MARTINS, SILVA, 2016, p. 47).

O Beber Pesado Episódico (BPE), também denominado *Binge Drinking* pela OMS – Organização Mundial de Saúde, refere-se ao consumo de 60 gramas ou mais de álcool puro (cerca de 5 doses ou mais) em uma única ocasião no último mês, o que eleva a concentração do álcool no sangue para 0,08% ou mais (WHITE; TAPERT; SHUKLA, 2018; WHO, 2018). O BPE diminuiu globalmente de 22,6% em 2010 para 18,2% em 2016 entre a população total, mas permanece alta entre bebedores, principalmente entre os homens. O BPE é menor entre adolescentes de 15 a 19 anos do que na população geral, mas atinge pico entre pessoas de 20 a 24 anos, quando a taxa se torna maior do que na população geral (WHO, 2018).

No Brasil, esse padrão apresentou-se em 19,4% das pessoas (32,6% entre homens e 6,9% entre as mulheres) em 2016, aumentando em relação aos dados de 2010 (12,7% da população onde 20,7% homens e 5,2% mulheres), colocando o país em segundo lugar no mundo quanto a esse padrão de beber (WHO, 2018; WHITE; TAPERT; SHUKLA, 2018). O Vigitel mostrou que, em 2013, 16,4% da população adulta teve esse padrão de consumo, com destaque para homens e jovens de 18 a 34 anos (BRASIL, 2014).

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) em 27 capitais, o BPE variou entre 13,7% em Manaus e 25,7% no Distrito Federal. As maiores frequências entre homens foram observadas no Distrito Federal (36,4%), em Cuiabá (36,2%) e em Palmas (33,2%) e, entre as mulheres, em Belo Horizonte (16,5%), no Distrito Federal (16,3%) e em Salvador (15,5%). As menores frequências do consumo abusivo de bebidas alcoólicas no sexo masculino ocorreram em Manaus (19,9%), Rio Branco (21,8%) e Porto Alegre (23,2%) e, no sexo feminino, em Porto Alegre (7,3%), Manaus (8,0%) e Rio Branco e Macapá (8,6%). A frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 19,1%, sendo maior para os homens (27,1%) do que para as mulheres (12,2%). Em ambos os sexos, a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas tendeu a diminuir com a idade a partir dos 35 anos e a aumentar com a escolaridade.

Segundo dados recentes do Vigitel 2018 (BRASIL, 2019a), a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas variou entre 13,8% em Manaus e 23,5% em Salvador. As maiores frequências, entre homens, foram observadas em Palmas (32,5%), Salvador (31,6%) e Florianópolis (31,0%) e, entre mulheres, em Salvador

(16,7%), Belo Horizonte (16,4%) e Vitória (15,5%). As menores frequências do consumo abusivo de bebidas alcoólicas no sexo masculino ocorreram em Porto Alegre (18,3%), Manaus (19,9%) e Rio Branco (20,2%) e, no sexo feminino, em João Pessoa (7,4%), Curitiba (7,9%) e Natal (8,0%). No conjunto das 27 cidades, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 17,9%, sendo maior em homens (26,0%) do que em mulheres (11,0%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tendeu a diminuir com a idade e aumentar com o nível de escolaridade.

Percebe-se que a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas diminuiu de 2017 para 2018. Mesmo assim, segundo Sanchez (2017), esta situação é preocupante. O BPE tem despertado interesse internacional devido ao fato de que a severidade das consequências do uso de álcool depende da frequência e da quantidade consumida. E apenas recentemente começou a ser investigado no Brasil.

O PBE está associado a situações adversas à saúde e à sociedade, como saúde física, comportamento sexual de risco, gravidez indesejada, infarto agudo do miocárdio, intoxicação alcoólica, quedas e fraturas, violência (brigas, violência doméstica e homicídio), acidentes de trânsito, problemas psicossociais (na família, no trabalho), comportamento antissocial e dificuldades escolares, além de estar associado a um aumento da mortalidade por doenças cardíacas e relacionado a um risco maior para transtornos psiquiátricos, câncer e doenças gastrintestinais (HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

2.5 Alcoolemia: Nível de Álcool no Sague – NAS

A alcoolemia é a concentração de álcool na corrente sanguínea, ou seja, a quantidade de álcool por litro de sangue¹², medida em gramas/litro. “A determinação da alcoolemia permite de forma segura, integrando este dado com outros, deduzir o grau de ‘intoxicação alcoólica aguda’ ou ‘embriaguez’ que apresenta um determinado indivíduo” (HOFFMANN; CARBONELL; MONTORO, 1996, p. 29-30).

Há uma relação entre os efeitos do álcool e os níveis da substância no sangue que varia em razão do tipo de bebida utilizada, da quantidade de álcool

¹² Também denominado TAS - taxa de álcool no sangue ou NAS - nível de álcool no sangue.

ingerido e absorvido, da velocidade do consumo, da presença de alimentos no estômago, da pessoa que o ingere (complexidade do corpo, peso, estrutura), da alimentação, das circunstâncias em que se dá o consumo, da tolerância, das alterações psicológicas e de possíveis alterações no metabolismo da droga por diversas situações (HOFFMANN; CARBONELL; MONTORO, 1996; SBP, 2007; NICASTRI, 2008).

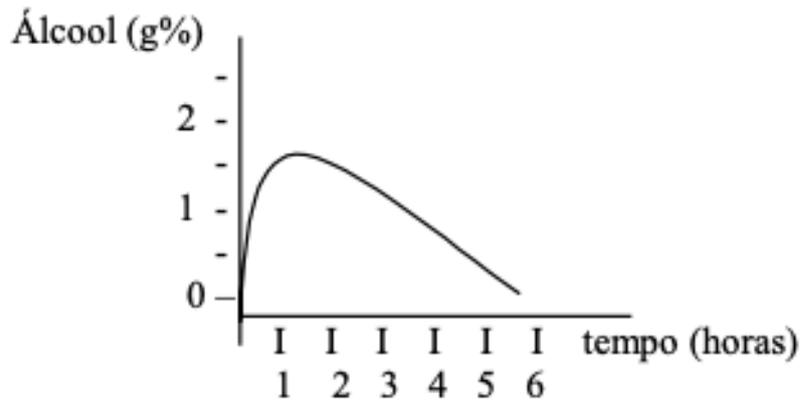
Também influi no efeito do álcool a hora da ingestão, pois a metabolização da noite é diferente da ocorrida durante o dia. Em dias mais frios, a absorção do álcool é menor. Idade (baixa quando inferior a 17 anos), sexo, fadiga, gravidez ou período menstrual são relevantes (HOFFMANN; CARBONELL; MONTORO, 1996).

O organismo só é capaz de eliminar uma dose padrão (12g) de álcool puro por hora. Portanto, se a pessoa beber várias doses seguidas o organismo irá acumular mais álcool no sangue (FORMIGONI; GALDURÓZ; MICHELI; CARNEIRO, 2016). Em 24 horas, um adulto consegue metabolizar um grama de álcool por quilo de peso.

Como já foi visto, o álcool é um depressor do sistema nervoso e sua absorção inicia-se pelo cérebro, começando pelos lóbulos frontais e estendendo-se posteriormente às outras partes poucos minutos após a ingestão. Percebe-se esse efeito com os déficits de coordenação e uma lentidão dos reflexos (HOFFMANN; CARBONELL; MONTORO, 1996).

O metabolismo do álcool, segundo Ventorin (2004), tem a seguinte sequência: algum tempo após a ingestão da bebida alcoólica, dependendo das condições de cada bebedor já descritas acima, o álcool aparece no sangue e o seu teor vai aumentando gradativamente, formando uma curva ascendente. A fase ascendente chega a um pico máximo e torna-se estável, para em seguida começar a declinar, originando uma fase descendente. Entre o máximo da fase ascendente e o início da desintoxicação do álcool, pode decorrer um certo tempo em que se origina um período estável ou platô. Graficamente se representam as fases ascendentes, de platô e a fase descendente com a curva do nível de concentração do álcool no sangue - NAS (Figura 1).

Figura 1 – Curva alcoolêmica: Porcentagem de etanol em gramas pelo tempo em horas.



Fonte: Calabuig, 1992, p. 654 (apud VENTORIN, 2004).

O nível de alcoolemia ou NAS pode ser calculado após uma hora do consumo da bebida, através da fórmula descrita na Figura 2.

Figura 2 – Cálculo NAS

**Álcool consumido em gramas por hora X K (constante peso)
Peso Corporal (Kg)**

**K = 0,7 para homens em jejum;
K = 0,6 para mulheres em jejum.**

Fonte: SBP (2007).

Dependendo do NAS, os efeitos do álcool se manifestarão, conforme descrito no Quadro 4. Quando a concentração do álcool no sangue supera 0,3 g/l, o bebedor pode entrar em coma, apresentando diminuição dos reflexos, da respiração e maior risco de morte (SPB, 2007). Segundo Laranjeira e Romano (2004, p. 73), “prejuízos no desempenho tornam-se marcantes” quando a alcoolemia está entre 0,5g/l e 0,8g/l, mas podem estar presentes também com teor alcoólico menor que 0,5g/l. Além disso, o risco de um indivíduo com valor de 0,5g/l sofrer um acidente é duas vezes maior que o de outro com zero; quando a concentração atinge 0,8g/l, o risco é multiplicado por dez; e se for de 1,5g/l ou mais, o risco relativo será centenas de vezes maior.

Quadro 4 - Sintomas encontrados nos diferentes NAS e na urina

Concentração de álcool (g/l)		Estágio de influência alcoólica	Efeitos
no sangue	na urina		
0,01 – 0,05	0,01 – 0,07	Sobriedade	Pouco efeito na maioria das pessoas.
0,04 – 0,12	0,03 – 0,16	Euforia	Inibição e julgamento diminuídos; Perda do controle fino; Tempo de reação aumentado.
0,09 – 0,2	0,07 – 0,3	Excitação	Incoordenação; Perda do julgamento crítico; Perda da memória; Tempo de reação aumentado.
0,15 – 0,3	0,12 – 0,4	Confusão	Desorientação; Equilíbrio emocional danificado; Fala prejudicada; Sensação perturbada.
0,25 – 0,4	0,2 – 0,5	Estupor	Paralisia e incontinência.
0,3 – 0,5	0,25 – 0,6	Coma	Reflexos diminuídos; Respiração diminuída e Morte possível.

Fonte: adaptado Wallach (2003 *apud* SBP, 2007).

Cruz, Martins e Silva (2016) dividem em cinco níveis o NAS conforme o Quadro 5 (foi utilizado na IB desta pesquisa).

Quadro 5 – Efeitos no organismo do NAS.

Alcoolemia (g/l)	Efeito no organismo
0,02 a 0,03	Euforia e excitação leve, desinibição, sensação de bem-estar, alteração da atenção e reflexos.
0,04 a 0,05	Sensação de bem-estar e relaxamento, hilaridade e labilidade afetiva, incoordenação motora discreta, alteração do humor e comportamento, tempo de reação diminui.
0,06 a 0,1	Aumento da sonolência, prejuízo das capacidades de raciocínio e concentração, maior incoordenação motora (ataxia), alteração significativa do humor e do comportamento, maior impetuosidade e agressividade.
0,1 a 0,3	Embriaguez visível, piora da ataxia, visão dupla (diplopia), náuseas e vômitos, amnesia, alto risco de <i>blackouts</i> (apagamento).
0,4	Como; bloqueio respiratório central; morte.

Fonte: Cruz, Martins e Silva (2016, p. 49).

Já Nicastrí (2008) cita os sintomas encontrados nos diferentes NAS, dividindo-os em 3 níveis (Figura 3).

Figura 3 – Nível de Álcool no Sangue - NAS

Baixo	Médio	Alto
<ul style="list-style-type: none"> • Desinibição do comportamento. • Diminuição da crítica. • Hilariedade e instabilidade afetiva (a pessoa ri ou chora por motivos pouco significativos). • Certo grau de incoordenação motora. • Prejuízo das funções sensoriais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior incoordenação motora (ataxia). • A fala torna-se pastosa, há dificuldades de marcha e aumento importante do tempo de resposta (reflexos mais lentos). • Aumento da sonolência, com prejuízo das capacidades de raciocínio e concentração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Podem surgir náuseas e vômitos. • Visão dupla (diplopia). • Acentuação da ataxia e da sonolência (até o coma). • Pode ocorrer hipotermia e morte por parada respiratória.

Fonte: Nicastrí (2008).

Neste capítulo foi descrito um breve histórico sobre o álcool, critérios diagnósticos, epidemiologia, efeitos, padrão de consumo e alcoolemia. Já no próximo capítulo serão correlacionados o álcool e o mundo do trabalho.

3 ÁLCOOL E TRABALHO: MUNDO CONTEMPORÂNEO DO TRABALHO E SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR

No contexto histórico ocorreram muitas mudanças no processo de trabalho, que inicialmente era visto como atividade penosa e árdua exercida por escravos ou pessoas de condições sociais desfavorecidas. Porém, a reorganização política, econômica e social que ocorreu na Idade Contemporânea (Globalização), juntamente com as inovações tecnológicas na produção (informática e automação), a revolução nos meios de comunicação e o surgimento de novos estilos de gestão, principalmente a partir do século XX, causou rápidas transformações no mundo do trabalho, e o trabalho tornou-se categoria importante na construção da identidade do sujeito, sendo estruturante tanto para a sociedade quanto para o indivíduo (BORGES; YAMAMOTO, 2014). Desta forma, o trabalho não preenche apenas uma função psicológica exclusiva – e que, portanto, não pode ser preenchida por qualquer outra atividade, mas mantém sua centralidade na sociedade contemporânea (CLOT, 2007).

Portanto, o trabalho é considerado, segundo Brasil (2001) e Clot (2007), mediador de integração social, seja por seu valor econômico (subsistência), seja pelo aspecto cultural (simbólico), sendo insubstituível no desenvolvimento pessoal, na construção do próprio valor, no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental das pessoas.

A contribuição do trabalho para as alterações da saúde mental das pessoas dá-se a partir de ampla gama de aspectos: desde fatores pontuais, como a exposição a determinado agente tóxico, até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas e a estrutura hierárquica organizacional (BRASIL, 2001, p. 161).

O ambiente corporativo é pautado hoje por uma lógica capitalista globalizada, em que o aumento de produtividade e o lucro máximo são os objetivos principais (ILO, 2016). Para maior competitividade, as organizações modificam seus processos internos: reestruturação da produção; gestão de pessoas com exigência de maior qualificação, desenvolvimento pessoal e até enxugamento de quadro de funcionários; incorporação tecnológica, etc., repercutindo sobre a saúde mental dos trabalhadores (BRASIL, 2001; BORGES; YAMAMOTO, 2014).

O trabalho é fonte de garantia de subsistência e de posição social; a falta de trabalho, a segmentação do mercado de trabalho, o subemprego ou mesmo a ameaça de perda do emprego geram sofrimento psíquico, pois ameaçam a subsistência e a vida material do trabalhador e de sua família. Ao mesmo tempo, abalam o valor subjetivo que a pessoa se atribui, gerando sentimentos de menos-valia, angústia, insegurança, desânimo e desespero, caracterizando quadros ansiosos e depressivos, desencadeando sofrimento psíquico (BRASIL, 2001; BORGES; YAMAMOTO, 2014).

Os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho resultam, assim, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador (BRASIL, 2001, p.161).

Por outro lado, condições favoráveis à livre utilização das habilidades dos trabalhadores e ao controle do trabalho pelos trabalhadores têm sido identificadas como importantes requisitos para que o trabalho possa proporcionar prazer, bem-estar e saúde, deixando de provocar doenças (BRASIL, 2001).

Segundo estimativa da OMS, os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10% (BRASIL, 2001). Confirmando esses dados, no período de 2012 e 2016, no Brasil, os transtornos mentais e comportamentais foram a terceira causa de incapacidade para o trabalho, totalizando 668.927 casos - 8,976% do total de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez concedidos nesses cinco anos de análise (BRASIL, 2017a).

Trabalhadores estão sob grande pressão para atender as demandas da vida laboral moderna. A influência dessas características atuais do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores pode decorrer de inúmeros fatores e situações: competição crescente; expectativas mais altas quanto à performance dos trabalhadores; exposição a agentes tóxicos, a altos níveis de ruído, a situações de risco à integridade física (ex. trabalho com compostos explosivos ou sujeitos a assaltos e sequestros); formas de organização do trabalho; políticas de gerenciamento que desconsideram os limites físicos e psíquicos do trabalhador, impondo-lhe frequentemente a anulação de sua subjetividade para que a produção

não seja prejudicada e as metas estabelecidas sejam cumpridas; jornadas de trabalho longas, com poucas pausas destinadas ao descanso e/ou refeições de curta duração em lugares desconfortáveis; turnos de trabalho noturnos, turnos alternados ou turnos iniciando muito cedo pela manhã; ritmos acelerados (velocidade do trabalho ditada por comunicações instantâneas) e tensos; submissão do trabalhador ao ritmo das máquinas sobre as quais não tem controle; pressão de supervisores ou chefias por mais velocidade e produtividade; cargas de trabalho excessivas; exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções; falta de participação na tomada de decisões que afetam o trabalhador e falta de controle sobre a forma como executa o trabalho; má gestão de mudanças organizacionais, insegurança laboral; comunicação ineficaz, falta de apoio da parte de chefias e colegas; assédio psicológico ou sexual, violência de terceiros; fracasso; acidentes de trabalho (ILO, 2016; SELIGMANN-SILVA; BERNARDO; MAENO; KATO, 2010; BRASIL, 2017a; BRASIL, 2001). Todos esses riscos psicossociais estão contribuindo para um ambiente laboral cada vez mais estressante (ILO, 2016).

E ainda contribuem para o agravamento do adoecimento mental no trabalho as situações de banalização da violência, como o assédio moral institucionalizado, as relações interpessoais norteadas por autoritarismo e competitividade, a demanda constante por produtividade e a desvalorização das potencialidades e subjetividades dos trabalhadores, intimidação, assédio sexual e outras formas de violência (OIT, 2013; ILO, 2016; BRASIL, 2017a).

Numa tentativa de lidar com todas essas situações, os trabalhadores poderão recorrer a comportamentos prejudiciais, tais como o abuso de álcool e drogas (OIT, 2013).

A OMS (2011) e a OIT (ILO, 1996) alertam e defendem que o crescimento econômico não depende apenas da produção, mas também das condições de vida e trabalho, saúde e bem-estar dos trabalhadores e seus familiares.

Após conhecermos um pouco sobre as mudanças no processo de trabalho, a seguir será abordado o alcoolismo como fator etiológico no trabalho.

3.1 Alcoolismo: Trabalho como fator Etiológico

O trabalho é considerado um dos fatores psicossociais¹³ de risco (Quadro 6) para o alcoolismo crônico.

Quadro 6 – Fatores Psicossociais de Risco

Teor do trabalho	Ausência de variações ou ciclos curtos de trabalho, trabalho fragmentado ou sem sentido, subutilização de habilidades, alto nível de incerteza, exposição contínua a pessoas devido ao trabalho realizado
Carga e ritmo de trabalho	Sobrecarga ou pouca carga, ritmo das máquinas, altos níveis de pressão por tempo, continuamente sujeito a prazos
Horário de trabalho	Turno de trabalho, turnos noturnos, horários de trabalho não flexíveis, horários imprevisíveis, longas jornadas de trabalho ou sem convívio social
Controle	Baixa participação na tomada de decisões, falta de controle da carga de trabalho, ritmo de trabalho, trabalho em turnos, etc.
Ambiente & equipamentos	Disponibilidade de equipamentos, compatibilidade ou manutenção inadequadas; condições ambientais ruins tais como: falta de espaço, iluminação fraca, ruído excessivo
Cultura organizacional & função	Comunicação fraca, baixos níveis de apoio para a solução de problemas e desenvolvimento pessoal, falta de definição, ou acordo sobre os objetivos organizacionais.
Relações interpessoais no trabalho	Isolamento físico ou social, precariedade das relações superiores ou colegas de trabalho, conflito interpessoal, falta de apoio social
Papéis na organização	Ambiguidade de papéis, conflito de papéis, e responsabilidade pelas pessoas
Desenvolvimento da carreira	Estagnação da carreira e incerteza, baixa promoção ou promoção em excesso, remuneração precária, insegurança no trabalho, baixo nível social do trabalho
Interface lar- trabalho	Demandas conflitantes do trabalho e vida pessoal, pouco apoio no lar, carreira dupla

Fonte: OMS (2011).

¹³ **Fatores psicossociais do trabalho:** referem-se às interações entre meio-ambiente e condições de trabalho, condições organizacionais, hierarquia, funções e conteúdo do trabalho, organização do trabalho, design de trabalho, relações trabalhistas, esforços, características individuais e familiares dos trabalhadores (ILO, 1984; OMS, 2011; ILO, [2019]).

Esses fatores psicossociais (Quadro 6) estão sendo estudados desde a década de 1970 até os dias atuais pela OMS e pela OIT em fóruns, com o objetivo de debater a influência que possuem na saúde do trabalhador. O consumo coletivo de bebidas alcoólicas associado a situações de trabalho pode ser decorrente de prática defensiva, como meio de garantir inclusão no grupo. Também pode ser uma forma de viabilizar o próprio trabalho em decorrência dos efeitos farmacológicos próprios do álcool: calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono, anestésico e antisséptico. Entretanto, essas situações não são suficientes para caracterizar o uso patológico de bebidas alcoólicas (ILO, 1984; BRASIL, 2001; OMS, 2011).

Uma frequência maior de casos (individuais) de alcoolismo tem sido observada em determinadas ocupações, especialmente aquelas que se caracterizam por ser socialmente desprestigiadas, quando a possibilidade de qualificação ou de ascensão profissional é restrita e por envolverem atos ou materiais desagradáveis, repugnantes ou determinantes de certa rejeição, como (CAMPANA, 1990; BRASIL, 2001; VAISSMAN, 2004):

- ✓ as que implicam contato com cadáveres, lixo ou dejetos em geral, apreensão e sacrifício de animais;
- ✓ ocupações de baixa remuneração;
- ✓ atividades em que a tensão é constante e elevada, como nas situações de trabalho perigoso (transportes coletivos, estabelecimentos bancários, construção civil), de grande densidade de atividade mental (repartições públicas, estabelecimentos bancários e comerciais), de trabalho monótono, que gera tédio, trabalhos em que a pessoa trabalha em isolamento do convívio humano (vigias);
- ✓ situações de trabalho que envolvem afastamento prolongado do lar: viagens frequentes, plataformas marítimas, zonas de mineração.

Também as relações do trabalho (relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com os outros trabalhadores) são “[...] às vezes desagradáveis, até insuportáveis” (DEJOURS, 2015b, p. 96). Em cargos que exigem ritmo, produtividade, cotas de produção e de rendimento para obter prêmios e bonificações, os líderes têm por encargo manter a ansiedade com relação ao rendimento de cada trabalhador.

As táticas de lideranças empresariais muitas vezes utilizam repreensões e favoritismos para dividir os trabalhadores entre os que “são protegidos do chefe” ou ao contrário, “são suas vítimas”, de maneira que a ansiedade relativa à produtividade, à ordem e à disciplina também se acrescentam. A desigualdade na divisão do trabalho, segundo Dejours (2015b, p. 97), “[...] é uma arma terrível de que se servem os chefes a bel-prazer da própria agressividade, hostilidade ou perversidade” – essa arma seria o poder que faz parte das táticas de comando, mesmo que não seja explicitamente incluída no papel da hierarquia. Porém a frustração, a revolta e a agressividade reativa muitas vezes não conseguem encontrar uma saída, desequilibrando o funcionamento mental dos trabalhadores, afetando a relação saúde/trabalho.

Para Rehfeldt (1989), o alcoolismo tem maior incidência em ocupações que exigem pouca ou nenhuma qualificação. Há, porém, algumas atividades que apresentam um alto índice de usuários de álcool entre os profissionais autônomos, liberais e empresários. Essa tendência para o alcoolismo talvez esteja relacionada aos modelos tradicionais de beber desses grupos.

Araújo (1986) classifica alguns fatores que contribuem para um maior risco profissional em relação ao consumo excessivo de bebidas, também referenciados por outros autores (VAISSMAN, 2004; CAMPANA; 1990). São eles:

- ✓ Disponibilidade de álcool. Em certas ocupações, o acesso ao álcool ocorre enquanto se trabalha. Na indústria de bebida, nos pontos de venda, como os bares, e em outros locais. A disponibilidade existe entre os vendedores e executivos que ingerem a bebida em seus contatos comerciais;
- ✓ Pressão social para beber. Em certas profissões, há tradições quanto a se beber muito;
- ✓ Ocupações que promovem afastamento social e sexual;
- ✓ Separação da norma social, quando ocorrem situações de solicitação ou de falta de suportes sociofamiliares;
- ✓ Ausência de Supervisão, quando ocorrem posições de comando de “alto status” ou sem chefias;
- ✓ Conluio com colegas, paternalismo de chefias;
- ✓ Trabalhos que exigem um alto ou baixo rendimento;
- ✓ Alta ou baixa renda, envolvendo indivíduos em polos sociais extremos,

- capazes de beber muito;
- ✓ Tensão, estresse e perigo. Empregos com essas características costumam facilitar o uso de bebidas;
 - ✓ Pré-seleção de indivíduos com alto risco. Algumas profissões atraem pessoas propensas a se tornarem bebedores excessivos, como na medicina (pelo estresse do trabalho médico), na marinha mercante ou entre cozinheiros, estivadores, etc.

Dentro desse conceito, em alguns casos, o alcoolismo pode ser classificado como doença profissional, quando profissões ou locais de trabalho dentro de uma empresa possam expor o trabalhador a um risco maior de usar bebida alcoólica em excesso. Porém, a identificação do alcoolismo no trabalho requer um contato mais prolongado com esse ambiente, podendo ser percebidas as infrações das normas que passam a ocorrer em relação a horários, atribuições, responsabilidade no desempenho e qualidade da produção, etc. (ARAÚJO, 1986).

Em 1992 Mandell, Eaton, Anthony e Garrison, do departamento de Higiene Mental da Escola de Higiene e Saúde Pública de Universidade de John Hopkins, realizaram estudo epidemiológico para verificar a causalidade entre alcoolismo e 104 ocupações específicas e os fatores de risco e de proteção envolvidos em população clinicamente diagnosticada com abuso ou dependência do álcool. Constataram que, de dez ocupações de alto risco, quatro estavam relacionadas ao setor de construção, três com o setor de transporte e as outras eram: faxineiros, serventes e mecânicos de automóveis. As dez profissões com menor risco, cinco eram associadas aos serviços clínicos: auxiliar de enfermagem, técnicos de diagnóstico, assistentes sociais e técnicos de laboratórios; quatro à área de operações financeiras e de coleta de informações, como secretárias, processadores de dados financeiros, escriturários; e uma última de operadores de máquinas de costura. As profissões de alto risco de abuso de álcool eram associadas ao sexo masculino e as de baixo risco, ao sexo feminino (VAISSMAN, 2004).

Os autores analisaram o fator “estar ou não empregado” em relação ao uso abusivo do álcool e verificaram que, em líderes, o risco relativo é maior quando estão empregados. No entanto, ao contrário, em garçons e caixas de restaurante, o risco diminui quando desempregados (VAISSMAN, 2004).

Por fim, aos autores confirmam a opinião de que a ocupação pode estar

associada à Dependência do Álcool e ao Abuso do Álcool, independentemente das variações demográficas: a) **modelo estrutural do trabalho** – produz estresse ou alienação, levando à ansiedade, aliviada ao beber; b) **controle social** – condições de trabalho, falta de supervisão e pouca visibilidade da performance; c) **Acessibilidade Social** – normas sociais do grupo no trabalho em relação ao beber como fator de socialização; d) **Modelo Motivacional** – motivações que justificam o uso do álcool ou podem induzir o trabalhador (VAISSMAN, 2004).

Em outro estudo longitudinal realizado em 1995 pelos autores, foram correlacionados os diferentes ambientes de trabalho psicossocial e o risco de dependência de drogas. Concluíram que, ajustadas a variáveis sociodemográficas, à história de alcoolismo e às condições de trabalho, o risco aumentava quando havia demanda de energia física e baixas necessidades de habilidades requeridas no trabalho ou quando havia alta demanda de energia física e alto poder decisório (VAISSMAN, 2004).

Estudos realizados por Korolenko e Minevich em 1994 contradizem o paradigma anterior de que apenas ocupações de baixo status social, sujeitas a maior estresse e alienação, explicariam o consumo excessivo de álcool, como defendem Araújo (1986) e Seligmann-Silva (2011).

Rossato e Kirchof (2004) analisaram as influências do contexto do trabalho na produção/reprodução e transformação do comportamento alcoolista, organizando seis categorias: contexto cultural, relações de trabalho alcoolista, funcionário público alcoolista, produção e reprodução do comportamento alcoolista e transformação do comportamento alcoolista.

Quanto ao **Contexto Cultural**, os ambientes de trabalho apresentaram algumas características interessantes: há uma queixa quanto à produtividade no ambiente de trabalho. O alcoolista é visto como alguém negligente, que mantém uma distância emocional e física dos papéis que deveria desempenhar. Muitas vezes são oferecidas oportunidades para que o alcoolista possa dar respostas mais adequadas às exigências feitas, mas se observa que essas atitudes denotam tolerância, complacência e, em outras ocasiões, raiva (devido às recaídas – ele não responde às expectativas) e sentimento de exploração. As recaídas trazem o medo da violência e uma sobrecarga de tarefas para os colegas e chefias no trabalho. Há tolerância quando situações de negligência dos alcoolistas são facilitadas, mas, quando a situação fica insustentável, ocorre o remanejamento para locais onde possam

ser dispensáveis (ROSSATO; KIRCHHOF, 2004).

Na categoria **Relações de Trabalho Alcoolista**, ou seja, as dificuldades de as chefias lidarem com as situações que envolvem o uso do álcool, pode haver confusão nos papéis a serem desempenhados por cada um, trazendo prejuízo aos envolvidos. Ambientes de trabalho desorganizados, sujos, com pouca ventilação, aparência dos funcionários desleixada, dando um aspecto desagradável ao setor de trabalho, favorecem o aumento do consumo de bebida alcoólica (ROSSATO; KIRCHHOF, 2004).

No que se refere à categoria **Funcionário Público Alcoolista**, perceberam-se facilidades para que o alcoolista não tenha prejuízo, nem mesmo no estágio probatório, e nos anos posteriores, nos quais aparece cada vez mais a cronicidade da doença e o conseqüente prejuízo no desempenho. Tratando-se de alcoolista, “[...] é provável que busque um emprego para ter suas necessidades satisfeitas, mostrando preocupação com o que tem para receber no final do mês para logo poder gastar, sem, no entanto, estar comprometido em buscar realização pessoal e profissional” (ROSSATO; KIRCHHOF, 2004, p. 345). Por parte da instituição, parece que não há incentivo para tratamento e os colegas dos alcoolistas entendem a situação que envolve o uso do álcool como vantajosa; fazendo com que a facilitação da chefia para contornar as situações provoque um descontentamento nos não-alcoolistas.

Já a respeito da **Produção/Reprodução do comportamento alcoolista**, não se cumpre a lei, o serviço de abono e a negociação de faltas mesmo no período de estágio probatório, como também não há investigação, acompanhamento, avaliação e encaminhamento das questões relacionadas a situações que comprometem a produtividade, não só nesse período, mas ao longo da vida profissional desses trabalhadores. Líderes despreparados e indicados segundo critérios de condescendência não controlam nem investigam o frequente número de Licenças para Tratamento de Saúde e Licenças por Acidente de Trabalho, sem aparentes conseqüências. Paradoxalmente, a progressão funcional é automática (ROSSATO; KIRCHHOF, 2004).

Observaram um considerável número de servidores alcoolistas agrupados no mesmo ambiente de trabalho, em um setor sem trabalho em grupo, ou seja, sem uma divisão democrática de direitos, deveres, responsabilidades, sem uma política clara de trabalho, bem como resistência ao uso de equipamento de segurança no

trabalho e à figura da autoridade hierárquica (ROSSATO; KIRCHHOF, 2004).

As atividades são concentradas no turno da manhã e o horário noturno causa situação de isolamento, com conseqüente limitação nas relações de trabalho. Percebeu-se discriminação no tratamento quanto aos direitos e deveres dos servidores por parte do chefe com atitudes tendenciosas ao encaminhar de forma diferente questões relativas ao uso do álcool, dependendo da relação que o alcoolista tem com a chefia, podendo desencadear ansiedade e degeneração das relações psicoafetivas, não cumprimento da jornada de trabalho e das tarefas com contínuos ausentismos, atribuindo aos alcoolistas uma posição de vítima. Acentuando isso, há remanejamentos para locais onde permanecem dispensáveis, com menor volume e exigência de trabalho (ROSSATO; KIRCHHOF, 2004).

Como atitudes que viabilizam a **Transformação do comportamento alcoolista**, existem poucos registros de repreensão encaminhados para arquivo em pasta funcional e alguns encaminhamentos de faltas não justificadas para desconto salarial.

Mais atual, Seligmann-Silva (2015) cita um estudo voltado para identificar as doenças mentais específicas correlacionadas à profissão ou a situações de trabalho, a abordagem da nova Psicopatologia do Trabalho, com ideias edificadas em pesquisas de Christophe Dejours, preocupada com a dinâmica mais abrangente, que se refere à gênese e às transformações do sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho, denominada Psicodinâmica do Trabalho.

3.2 Psicodinâmica do trabalho e Alcoolismo

Os conceitos fundamentais da psicodinâmica do trabalho estão correlacionados às Condições do Trabalho e à Organização do Trabalho, interessam-se pelas conseqüências do trabalho sobre o funcionamento psíquico dos indivíduos. As Condições do Trabalho prejudicam, especificamente, a saúde do corpo do trabalhador, podendo ocasionar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas. Têm relação com as condições do ambiente em que se desenvolve o trabalho, ou seja, as pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho: tarefas repetitivas, má condição do ambiente físico (barulho, iluminação,

vibração, poeiras, temperatura, umidade, cadência, etc.), riscos de acidentes, dentre outros. Já a Organização do Trabalho desestabiliza a saúde mental dos trabalhadores, portanto, está relacionada às condições subjetivas, tais como as relações de hierarquia e poder, o conteúdo e a divisão das tarefas, os ritmos impostos, as competências exigidas para o cargo e as questões de divisão de responsabilidade e controle (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2015; DEJOURS, 2015b).

Seligmann-Silva (2015) destaca que têm sido objeto de atenção o uso de bebidas alcoólicas e sua relação com certas vivências do trabalho, nas quais esse uso configura estratégia defensiva muitas vezes de caráter coletivo. Para ela, a situação do trabalho “tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto vulnerabilizá-la e mesmo gerar distúrbios que se expressarão coletivamente e no plano individual” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 35).

Assim, as diversas mudanças nas relações do homem com o trabalho, que já foram apresentadas no início deste capítulo, podem ser um gerador de saúde, mas também um desestabilizador patogênico, ou seja, um estado de luta do sujeito contra forças que o estão empurrando em direção à doença mental. Portanto, para Dejours (2015a), a noção de sofrimento é central, manifestando-se através de dois sintomas: a insatisfação e a ansiedade (medo).

A insatisfação, pouco estudada, manifesta-se através da vivência e do comportamento dos trabalhadores, como: 1) **Indignidade** – “[...] vergonha de ser robotizado, de não ser mais que um apêndice da máquina, às vezes ser sujo, de não ter mais imaginação ou inteligência, de estar despersonalizado etc. (DEJOURS, 2015b, p. 62); 2) **Inutilidade** – falta de qualificação e de finalidade do trabalho; 3) **Desqualificação** – imagem do trabalhador que repercute do trabalho, tanto mais honroso se a tarefa é complexa, tanto mais admirada pelo outros se ela exige um *know-how*, responsabilidade, riscos; 4) **Vivência Depressiva** – sentimentos de indignidade, de inutilidade e de desqualificação, alimenta-se da sensação de adormecimento intelectual e de paralisia da imaginação; 5) **Cansaço** – origina-se não só dos esforço musculares e psicossensoriais, mas do estado dos trabalhadores que executam tarefas sem investimento material ou afetivo, exigindo a produção de esforços e de vontade; 6) **Conteúdo “significativo” do trabalho** – em relação ao Sujeito (dificuldade prática da tarefa, a significação da tarefa acabada, o posto de trabalho determinado) e em relação ao Objeto (depende da vida interior do sujeito, seu passado, presente, sua vida íntima e sua história pessoal), portanto, é específico

de cada trabalhador (DEJOURS, 2015b).

Para o autor, o sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada, ou seja, quando a organização ignora os projetos, as esperanças e os desejos do trabalhador que usa de tudo que dispõe de saber, de poder, de suas faculdades intelectuais psicoafetivas, de aprendizagem, de adaptação. Esse sofrimento de natureza mental começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer modificações em sua tarefa no sentido de torná-la mais conforme às suas necessidades fisiológicas e aos seus desejos psicológicos (DEJOURS, 2015b; DEJOURS, 2015a). “[...] A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento” (DEJOURS, 2015b, p. 67).

Essa relação do homem com a organização do trabalho dá origem à carga psíquica do trabalho, presente em todos os tipos de sofrimento. Essa carga psíquica de trabalho está relacionada à estrutura de personalidade de cada trabalhador. “[...] Não há uma solução geral para diminuir a carga psíquica do trabalho” (DEJOURS, 2015a, p. 31).

Um trabalho fatigante pode transformar-se em equilibrante através da flexibilização da organização do trabalho, proporcionando “[...] liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório e para encontrar os gestos que são capazes de lhe oferece prazer [...]” (DEJOURS, 2015a, p. 32), provocando expansão ou diminuição da carga psíquica de trabalho. Para o autor, o aparelho psíquico é, de alguma forma, encarregado de representar e de fazer triunfar as aspirações do sujeito, produzindo satisfações concretas e simbólicas (DEJOURS, 2015b).

As satisfações concretas estão relacionadas à saúde do corpo, à proteção da vida, ao bem-estar físico, biológico e emocional. Esse equilíbrio psicossomático pode ocorrer ao “[...] subtrair o corpo à nocividade do trabalho e permitir ao corpo entregar-se à atividade capaz de oferecer as vias melhor adaptadas à descarga da energia” (DEJOURS, 2015b, p. 79).

As satisfações simbólicas estão relacionadas à vivência qualitativa da tarefa. “[...] É o sentido, a significação do trabalho que importam nas relações com o desejo. Não é mais questão das necessidades como no caso do corpo, mas dos desejos ou das motivações” (DEJOURS, 2015b, p. 80).

Assim, a teoria de Christophe Dejours (1992) traz uma importante contribuição para a psicopatologia do trabalho aplicada ao estudo do alcoolismo. Ele

afirma que o alcoolismo não pode ser explicado a partir do sofrimento mental ocasionado pelo trabalho. As pressões psíquicas sofridas pelo trabalhador em decorrência do trabalho podem influenciá-lo e levá-lo ao alcoolismo se ele apresentar falhas no enfrentamento à angústia e ao sofrimento provocados pelas relações de trabalho.

No entanto, pode acontecer que o consumo de álcool possa, de alguma maneira, ser promovido ao status de defesa coletiva, praticamente inseparável da profissão, contra sofrimentos que são difíceis de combater de outro modo.

Para Dejours (1992, p. 241), “[...] o alcoolismo é um comportamento alimentar e não uma defesa mental. É um circuito curto e pouco elaborado para lutar contra a angústia”. Desta forma, o consumo de álcool pode ser uma confrontação com a organização do trabalho por parte dos trabalhadores, em relação às ideologias defensivas do ofício. Assim, essas ideologias coletivas e profissionais podem ser a resposta às organizações do trabalho, uma vez que implicam em riscos importantes à integridade corporal do trabalhador e, por conseguinte, geram tensões psíquicas particulares (DEJOURS, 1992).

Vaissmam (2004) esclarece que as características e a vulnerabilidade da personalidade diante do ambiente de trabalho favorecerão ou não o consumo abusivo de álcool e drogas como forma de atenuar conflitos, tensões ou mesmo como uma estratégia de sociabilidade entre seus pares. Isso ocorre, segundo Fiorelli (2018) e Moraes e Pilatti (2004), como um mecanismo de defesa, uma fuga do sofrimento mental, da sobrecarga emocional e mesmo das condições de trabalho, tornando o consumo do álcool uma “válvula de escape”, um aliado para o alívio da tensão, do prazer e do seu sofrimento, induzindo esse fato a quadros graves de dependência alcoólica.

3.3 Consequências do Alcoolismo para as empresas

O consumo excessivo do álcool por trabalhadores traz relevantes problemas sociais, além de ser causa evitável de diversas doenças, causando prejuízo nas funções laborativas, e conseqüentemente, perdas financeiras para as empresas (VAISSMAM, 2004).

Os indicadores de baixa produtividade mais comumente associados ao

alcoolismo são o absenteísmo, os acidentes de trabalho e as enfermidades, provocando prejuízo de US\$ 19 bilhões por ano no Brasil, segundo o Banco Interamericano do Desenvolvimento - BID (CAMPANA, 1990; OIT, 2008; SESI, 2013).

O alcoolismo é o terceiro motivo para o absenteísmo ou ausentíssimo no trabalho através de faltas não autorizadas, três vezes mais licenças médicas do que outras doenças, faltas de curta duração com ou sem comprovação médica, faltas frequentes principalmente às segundas-feiras, sextas-feiras ou antes e após feriados prolongados, faltas por doenças vagas como resfriados, gripes e enxaquecas, atrasos, consultas e licenças por razões clínicas e psíquicas (ARAÚJO, 1986; CAMPBELL; GRAHAM, 1991; VAISSMAM, 2004; SESI, 2013). Também é caracterizado por atrasos excessivos após o almoço ou intervalo, saídas antecipadas, idas frequentes ao bebedouro, estacionamento, banheiro ou sala de descanso (REHFELDT, 1989; CAMPBELL; GRAHAM, 1991). Outra forma de absenteísmo é chamada de parcial, pois o trabalhador comparece ao trabalho, porém não executa as tarefas ou o faz lentamente ou perde tempo em outros setores (CAMPANA, 1990).

Muitas vezes, segundo Campana (1990), o absenteísmo é encoberto por atitudes “protetoras” de colegas e chefias, também comprovado nos estudos de Rossato e Kirchhof (2004), para não prejudicar o trabalhador frente à organização, e por atestados médicos nos quais não consta diagnóstico de alcoolismo.

A porcentagem de absenteísmo e licenças médicas em decorrência do uso abusivo do álcool, segundo Duarte (2008) e Vaissman (2004), é de 50% e 2,5 vezes mais chance de faltar sem justificativa oito ou mais dias de trabalho.

Quanto aos acidentes, o índice é de três a cinco vezes maior em alcoolistas, que também ficam desleixados com a segurança (ARAÚJO, 1986; CAMPBELL; GRAHAM, 1991; CAMPANA, 1990; DUARTE, 2008; SESI, 2013). “Dados levantados pela OIT indicam que de 20% a 25% dos acidentes de trabalho, no mundo, envolvem pessoas intoxicadas que se machucam a si mesmas e a outros” (SESI, 2013).

Como já foi visto, o álcool é depressor do sistema nervoso central, podendo desencadear desequilíbrios motores, dificuldades de julgamento crítico, deterioração de memória. Essas disfunções motoras e cognitivas também podem dificultar a execução de certas atividades do indivíduo em trabalhos que exigem essas habilidades.

É comum a baixa qualidade de trabalho em 67% dos casos, diminuição da produtividade pela manhã ou pela tarde, faltas a compromissos, perda de material, estrago de equipamentos, desculpas inconsistentes, furtos, excesso de horas extras para tentar manter o mesmo índice de produtividade, dificuldades com instruções e procedimentos, dificuldade de entender novas instruções, dificuldade de reconhecer erros, dificuldade com tarefas complexas, problemas de relacionamento com colegas afetando o clima organizacional, insubordinação a chefias, é punido disciplinarmente sete vezes mais, é cinco vezes mais “queixoso” que trabalhadores não usuários, aumenta custos com rotatividade¹⁴ (ou *turnover*) de funcionários, aumenta questões trabalhistas e faz empréstimos financeiros excessivos (ARAÚJO, 1986; CAMPANA, 1990; CAMPBELL; GRAHAM, 1991; VAISSMAM, 2004; DUARTE, 2008; SESI, 2013).

Para Campbell e Graham (1991, p. 11), “[...] cinquenta por cento de todos os incêndios e o mesmo percentual de mortes por acidentes resultam do alcoolismo”.

O setor médico é muito solicitado, três vezes mais, devido ao alto índice de complicações clínicas, exames de laboratório, afastamentos, benefício-doença, e o alcoolista utiliza oito vezes mais diárias hospitalares. O serviço social também é muito solicitado, atendendo conflitos familiares e problemas socioeconômicos consequentes do alcoolismo (CAMPANA, 1990; DUARTE, 2008; SESI, 2013), segundo confirma Duarte (2008, p. 100): “[...] utilização, por parte da família, de três vezes mais a assistência médica e social das empresas”.

Muitas vezes, apresentam-se ao trabalho em condições anormais (bêbado, com discurso vago ou confuso), com menos atenção à higiene e à aparência pessoal (VAISSMAM, 2004).

Dados do II LENAD (Levantamento Nacional de Álcool e Drogas) mostraram que 8% (7,4 milhões de pessoas) admitiram que o uso de álcool gerou efeito prejudicial no seu trabalho, enquanto 4,9% (4,6 milhões de pessoas) relataram já ter perdido o emprego devido ao consumo de bebidas alcoólicas (LARANJEIRA, 2014).

No 1º relatório quadrimestral de benefícios por incapacidade de trabalhadores no Brasil (2017a), os transtornos mentais e comportamentais (8,9%) foram a terceira causa de incapacidade para o trabalho, considerando a concessão

¹⁴ **Rotatividade** (*turnover*): refere-se ao fluxo de entradas e saídas de trabalhadores em uma organização (CHIAVENATO, 2014).

de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez no período de 2012 a 2016. E o consumo de álcool está entre as 20 principais causas para a concessão de benefícios por incapacidade temporária e definitiva do trabalho, independente da relação entre adoecimento e ocupação.

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10) aparecem em 5º lugar como um dos mais frequentes tipos de adoecimento mental a ensejar o afastamento permanente do indivíduo da vida laboral, sendo responsável por 5,82%. Está em 6º lugar (1,38%) na concessão acidentária de Auxílio-Doença, relacionado a acidente de trabalho. Está em 7º lugar (4,86%) como um importante fator de risco para o afastamento de empregados no período analisado na concessão de auxílio-doença não relacionado a acidente de trabalho. Por fim, o adoecimento como consequência do uso abusivo de substâncias aparece novamente em 10º lugar (2,82%) da concessão de aposentadoria por invalidez acidentária relacionada ao adoecimento mental do segurado empregado entre 2012 e 2016 (BRASIL, 2017a).

Para a ILO (2016), esses resultados evidenciam que os riscos psicossociais (insegurança no emprego, baixo controle sobre a atividade, altas demandas e desequilíbrio entre esforço e recompensa), assim como o estresse relacionado ao trabalho, estão associados a riscos comportamentais que afetam a saúde, incluindo consumo exagerado de bebida alcoólica, fumo e abuso de drogas. É o que especialistas chamam de “*coping behaviour*” ou comportamento para enfrentar ou aguentar determinada situação.

Os riscos psicossociais e os transtornos mentais e comportamentais não se encerram no adoecimento psicológico do indivíduo, alerta a ILO (2016), e podem ter repercussões piores. A OIT aponta que uma saúde mental acometida é negativamente relacionada a práticas de trabalho seguras, aumentando a probabilidade de acidentes típicos no local de trabalho. A organização indica ainda que o adoecimento mental aumenta os riscos de surgimento de diversos agravos, como eventos cardiovasculares e distúrbios musculoesqueléticos (ILO, [2019]).

Assim, o consumo de álcool aparece como um importante fator de risco para o afastamento de empregados no período analisado, estando entre as 20 principais causas para a concessão de benefícios por incapacidade temporária e definitiva do trabalho, independente da relação entre adoecimento e ocupação (BRASIL, 2017a).

Em 2013, no Brasil (2013), o valor estimado de despesa com benefícios decorrentes do consumo de álcool foi de R\$ 340,8 milhões entre os benefícios

previdenciários e R\$ 79,9 milhões entre os benefícios assistenciais, totalizando R\$ 420,7 milhões. Além dessa despesa, existe outro agravante: a ausência de contribuição à Previdência Social dos trabalhadores afastados. “A concessão desse conjunto de benefícios ultrapassou a marca de 15 mil por ano e com tendência de aumentar” (BRASIL, 2013, p.34).

Diante dos danos significativos ao negócio, percebe-se que a performance do trabalhador e o ambiente de trabalho são afetados pelas consequências do uso abusivo do álcool. Recebem salários integrais apesar de trabalharem com apenas dois terços de sua capacidade normal, custando à sociedade bilhões em tratamentos de saúde. Assim, fazem-se necessárias intervenções para a implantação e o desenvolvimento de programas de prevenção do alcoolismo. E, como já foi visto, o local de trabalho é adequado para o desenvolvimento dessa intervenção (VAISSMAM, 2004; CAMPBELL; GRAHAM, 1991).

Reforçando a orientação, a OIT aponta que a prevenção é fator chave para lidar com riscos psicossociais no ambiente de trabalho vinculados ao adoecimento mental, à organização, ao desenho, às condições e às relações do trabalho. A instituição recomenda a adoção de diversas ações com relação aos empregadores: implementação de medidas para identificação e gerenciamento de riscos coletivos, como feito a respeito de outras ameaças no ambiente de trabalho; adoção de medidas coletivas e individuais de prevenção e controle; aumento da habilidade de enfrentamento dos trabalhadores através do incentivo ao controle dos indivíduos sobre suas tarefas; melhora da comunicação organizacional (ILO, 2016; BRASIL 2017a).

Neste capítulo, abordou-se o álcool e o mundo do trabalho. No próximo capítulo finaliza-se a fundamentação teórica, focando a prevenção e o tratamento.

4 PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Como já foi visto, o álcool desempenha um papel importante na causa de incapacidade laboral, doenças e até morte em escala global. Com a crescente globalização da produção, do comércio e do marketing do álcool, as políticas de prevenção e controle do álcool são necessárias.

A seguir serão descritas políticas de prevenção e tratamento focando o trabalhador e, conseqüentemente, as organizações.

4.1 Prevenção do Alcoolismo nas empresas

Os primeiros programas de diagnóstico precoce e tratamento do alcoolismo em empresas datam de 1940 com o Movimento de Alcoolismo Ocupacional (*Forma Occupation Alcoholism Programs / OAPs*), ainda atrelado ao movimento inicial dos Alcoólicos Anônimos - AAs, que se estruturava e se difundia nessa mesma época. Preconizava-se que supervisores bem treinados poderiam identificar trabalhadores cujos problemas com o álcool acarretariam um descenso no desempenho do trabalho, causando uma pior qualidade profissional. Recomendava-se a “confrontação construtiva” para convencer o trabalhador a pedir ajuda através do AAs (CAMPANA, 1990; VAISSMAN, 2004).

“Durante a Segunda Guerra Mundial, a quantidade de trabalhadores envolvidos com o alcoolismo era avassaladora, ocasionando grandes perdas tanto na produtividade quanto nos custos dos setores industriais” (VAISSMAN, 2004, p. 39). Portanto, era interessante a recomposição de mão-de-obra, favorecendo o desenvolvimento de programas ocupacionais de alcoolismo que deixavam claro ao trabalhador que haveria a perda do emprego em caso de desempenho insatisfatório no trabalho, objetivando motivar os bebedores-problema para uma mudança no comportamento.

Depois da guerra, o *Yale Center of Alcoholism Studies* iniciou estudos e pesquisas com programas de alcoolismo nas empresas e no sindicato. Em 1959, o *National Council on Alcoholism (NCA)* promoveu um estudo em várias organizações mostrando a relação entre o beber problemático e o baixo rendimento no trabalho, incluindo absenteísmo, problemas médicos e dificuldade de implantação de

programas assistenciais (CAMPANA, 1990; VAISSMAN, 2004).

Em 1970, o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA)* adotou o pressuposto de que o alcoolismo era o problema de maior prevalência entre os trabalhadores. Dessa forma, os locais de trabalho tornaram-se espaços privilegiados para identificar, promover e motivar o tratamento de alcoolistas. Lançou um programa para orientar empregadores e órgãos oficiais que serviu de base para programas brasileiros. Assim, os primeiros programas de alcoolismo em empresas no Brasil começaram a surgir nos anos 1980, inicialmente como cópia de projetos americanos (CAMPANA, 1990; VAISSMAN, 2004).

Desde 1991, a *WHO's Programme on Substance Abuse (PSA)*, a *International Labor Organization (ILO)* e a *United Nations International Control Programme (UNICP)* iniciaram um projeto de prevenção ao abuso de substâncias em cinco países (Egito, México, Namíbia, Polônia e Sri Lanka). O Brasil iniciou sua participação em 1994, através do SESI – RS; alguns dados dessa experiência já foram citados.

Campana (1990) cita duas razões principais para as organizações planejarem e executarem programas de prevenção: a) as empresas poupam dinheiro, evitando a perda de trabalhadores especializados, reduzindo a deterioração da eficiência, o custo de treinamento, os acidentes, o absenteísmo e os gastos com doença; b) a empresa motiva o alcoolista em direção a um tratamento. Assim, beneficiará tanto o empregador, que economiza recursos, evitando demissões, rotatividade de mão-de-obra, recolocação e treinamento de novos trabalhadores, como o trabalhador, que estaria arriscando seu emprego e então se motivaria a buscar ajuda (VAISSMAN, 2004).

Outros ganhos para o trabalhador seriam os seguintes: acesso a informações adequadas sobre drogas e seus efeitos; oportunidade de reflexão e ajuda profissional para alteração de seu padrão de consumo; oportunidade de reflexão e ajuda profissional para mudança de seu estilo de vida; participação proativa em ações de promoção da saúde e segurança no trabalho. E outros ganhos para a empresa seriam: maior comprometimento dos trabalhadores; melhoria da imagem como empresa socialmente responsável (no mercado e na comunidade); redução de custos relacionados à saúde e à segurança; aumento da produtividade; redução do *turnover* (DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008).

“Trabalhos publicados sobre resultados mostraram um índice de

recuperação entre 50% e 70% em empresas, comparado com cerca de 30% em egressos de tratamento hospitalar” (CAMPANA, 1990, p. 218). Os alcoolistas perdem em média três semanas de trabalho por ano. Na Petrobras S/A, na década de 90, houve economia de 60 a 70% nas perdas ocasionadas pelo absenteísmo no trabalho, nas doenças e no número de acidentes após a implantação do Programa em Dependência Química da Refinaria Duque de Caxias (VAISSMAN, 2004).

As estimativas de custos levam em conta que o alcoolismo tem alta prevalência e é causa de baixa produtividade (CAMPANA, 1990).

No Brasil, a prevalência de 12 meses do transtorno por uso de álcool em 2016, segundo WHO (2018), foi de 1,4% na faixa etária de 15 anos ou mais (2,3% em homens e 0,5% em mulheres). Quando inclui os dependentes e os que fazem uso prejudicial de álcool, a prevalência aumenta para 4,2% (6,9% em homens e 1,6% em mulheres). As porcentagens do transtorno são maiores entre homens adultos.

Diante dessas porcentagens, há grande chance de a empresa possuir ou contratar trabalhadores que fazem uso abusivo do álcool ou alguém que, com o tempo, pode desenvolver o hábito. E Araújo (1986) indaga: vale a pena tratar o alcoolista ou a empresa deveria dispensá-lo e contatar outro trabalhador? A resposta que ele encontrou em pesquisas é que vale a pena tratar o trabalhador não só pela questão de zelar pela sua saúde, mas de não ter segurança em relação ao próximo contratado e o custo de treinamento. Para a OIT (1993 *apud* DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008), a substituição pura e simples não garante solução, já que entre 10% e 12% da população economicamente produtiva, acima de 14 anos, tem problemas de abuso ou dependência de algum tipo de droga. E salienta que o local mais adequado para a identificação do alcoolista é o seu local de trabalho.

4.1.1 Políticas e Programas de Prevenção do Alcoolismo

A participação ativa das organizações de trabalhadores e de empregadores é essencial para o desenvolvimento de políticas e programas nacionais de prevenção de doenças profissionais, como o alcoolismo. Para a OIT (2013), os empregadores têm o dever de prevenir as doenças profissionais, através da tomada de medidas de prevenção e de proteção assentes na avaliação e no controle dos riscos no trabalho. As empresas dispõem de estrutura e local de detecção do alcoolista que outras situações sociais não possuem: líderes em contato direto com

seus subordinados, exames periódicos de saúde, semanas dedicadas à prevenção de acidentes e a CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (ARAÚJO, 1986).

Segundo Brasil (2001), ações de prevenção do alcoolismo que se limitam a realizar cursos e palestras com a finalidade de procurar transmitir conhecimentos científicos e aconselhamento sobre as ações prejudiciais do álcool no organismo são frequentemente inócuos. Só alcançam resultados positivos os programas que identificam, nas situações de trabalho e do cotidiano da vida, os aspectos organizacionais e ambientais relacionados ao risco alcoólico, procurando implementar ações para transformá-los. A prevenção pode ser por meio de (BRASIL, 2001; OIT, 2013; ILO, [2019]):

- ✓ promover práticas de supervisão e chefia direta em que a dignidade e a valorização do trabalhador são consideradas com especial atenção nas situações de trabalho socialmente desprestigiadas;
- ✓ aumentar a capacidade de enfrentamento dos trabalhadores, aumentando o controle sobre suas tarefas;
- ✓ melhorar a comunicação organizacional;
- ✓ permitir a participação dos trabalhadores na tomada de decisão;
- ✓ disponibilizar meios de comunicação e de interação com outras pessoas durante a jornada de trabalho nas situações de trabalho em isolamento;
- ✓ valorizar a segurança e a saúde dentro da organização;
- ✓ construir sistemas de apoio social para os trabalhadores no local de trabalho;
- ✓ ter em conta a interação entre as condições de trabalho e de vida;
- ✓ implementar medidas coletivas de avaliação e gestão de risco, como é feito com outros riscos no local de trabalho;
- ✓ adotar medidas preventivas e de controle coletivas e individuais;
- ✓ fornecer equipamentos de segurança adequados;
- ✓ desenvolver estratégias de redução das situações de exposição às ameaças;
- ✓ disponibilizar pausas em ambientes agradáveis e confortáveis, visando ao alívio da tensão;
- ✓ reduzir e controlar dos níveis de ruído e de vibração nos ambientes de trabalho.

Para a OIT (2013), é crucial a implementação eficaz de políticas e programas nacionais de reforço da prevenção das doenças profissionais através de: leis e regulamentos; sempre que apropriado, acordos coletivos incorporando a prevenção de doenças profissionais; mecanismos de fiscalização do cumprimento da lei; cooperação entre os dirigentes e os trabalhadores e os seus representantes na implementação de medidas; prestação de serviços de saúde no trabalho; mecanismos adequados de coleta e análise de dados sobre doenças profissionais; colaboração entre os ministérios do trabalho e da saúde e sistemas de segurança social que abrangem lesões e doenças profissionais.

Para tanto, a participação de diálogos sociais eficazes, os dirigentes, os supervisores, os profissionais da saúde e segurança, os trabalhadores e os sindicatos têm papéis importantes a desempenhar. A inclusão de cláusulas de saúde e segurança no trabalho nos acordos coletivos de trabalho é uma forma igualmente eficaz de melhorar as condições de saúde e segurança no local de trabalho. Os trabalhadores e as suas organizações têm o direito de participar em todos os níveis, na formação, supervisão e implementação de políticas e programas de prevenção (OIT, 2013).

Campana (1990) alerta que alguns programas são estigmatizantes e de baixa eficácia na identificação precoce, pois o trabalhador não expõe sua problemática com o uso do álcool. Deve-se atender pessoas de todos os níveis hierárquicos e padrões de beber (risco, nocivo, dependente).

Segundo o CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, menos de 5% das empresas no Brasil têm algum tipo de programa de prevenção. Em países como Estados Unidos, Canadá, França e Inglaterra, esse índice chega a 90% (DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008). Assim, o número de empresas que desenvolvem qualquer atividade relacionada à prevenção e ao tratamento do uso de álcool ainda é pequeno, e a maioria delas conta com atividades isoladas, por iniciativa e interesse de poucos técnicos (ROBERTO; CONTE; MAYER; TOROSSIAN; VIANNA, 2002). Mas o cenário vem se modificando. “As empresas brasileiras, começam a desenhar suas políticas para diminuir o impacto negativo que o uso de drogas tem na saúde do trabalhador, na produtividade e no ambiente” (DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008, p. 82). Observa-se que a intervenção no local de trabalho teve mudanças a partir da década de 80, a partir da epidemia da cocaína

(VAISSMAN, 2004).

Para Duarte, Cruz e Troian (2008, p. 82), “[...] não existe modelo ideal de programa de prevenção, tampouco melhor ou pior”. Existem diferentes políticas para abordar a questão, que devem realçar os fatores de proteção e minimizar os fatores de risco para terem mais efetividade.

Os fatores de risco não podem ser considerados de forma isolada, pois implicam uma interação dinâmica entre o indivíduo (características pessoais, sua história e seu momento de vida), seu contexto sociocultural (aspectos sociais, culturais, históricos e econômicos) e as drogas (a forma como a substância atua e os danos que podem causar ao organismo). Esses fatores estão presentes nos diferentes domínios da vida das pessoas: na esfera individual, familiar, na escola, no trabalho, na comunidade e entre os colegas. Exemplos: propensão à depressão, ansiedade ou autoestima baixa, disponibilidade das drogas (facilidade de acesso), fatores econômicos (alto ou baixo poder aquisitivo), modelos sociais que aprovam ou incentivam o consumo de drogas, influência de grupos, falta de informações adequadas sobre as drogas e seus efeitos, violência familiar, vínculos negativos com pessoas e instituições, publicidade, ou seja, comerciais que estimulam o consumo (DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008).

“Um exemplo de fator de risco no local de trabalho é a disponibilidade de bebidas alcoólicas nos clubes e associações de funcionários que se localizam no mesmo espaço físico da empresa” (DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008, p. 82).

Já os fatores de proteção que diminuem a probabilidade do uso indevido de drogas são: existência de um projeto de vida com metas alcançáveis; valores éticos; modelos sociais que promovam a valorização da vida e da saúde; dinâmica familiar estruturada; oportunidade de trabalho e lazer; informações adequadas sobre as drogas e seus efeitos; vínculos positivos com pessoas e instituições; atividades de lazer, esportivas e culturais; espiritualidade (DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008).

Para as autoras, as políticas devem ser ações possíveis de serem executadas de acordo com as características e os recursos da empresa. Também dependem do reconhecimento, por parte dos dirigentes e dos trabalhadores da empresa, de que o consumo de drogas existe e pode afetar a produtividade, a segurança e as relações interpessoais no ambiente de trabalho. A partir daí, a empresa pode definir o que é aceitável ou não em relação ao consumo de drogas por seus colaboradores, as ações de prevenção e o tipo de suporte a ser oferecido

para aqueles que já apresentam algum comprometimento decorrente do consumo de álcool.

4.1.1.1 Pressupostos de uma política de prevenção do alcoolismo no ambiente de trabalho

Alguns pressupostos norteadores das ações e estratégias de intervenção são necessários na elaboração de uma política eficaz de prevenção do alcoolismo no ambiente de trabalho.

Terão maior sucesso as ações voltadas à abordagem multidisciplinar, capazes de ser implementadas em conjunto pelos profissionais de recursos humanos, saúde ocupacional e segurança. Devem envolver fortemente as lideranças e chefias, a representatividade legítima dos trabalhadores, e articular-se com a rede de recursos comunitários, especialmente os serviços da rede pública de saúde. A definição de uma política de prevenção do uso indevido de drogas permite à empresa desmistificar o assunto, desestimular fortemente o consumo entre os trabalhadores, incentivar a procura espontânea de ajuda por aqueles que apresentam problemas de abuso e dependência e facilitar sua reinserção no ambiente de trabalho e na família (DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008).

Outros pressupostos devem reconhecer os seguintes pontos: o consumo de drogas lícitas (comércio livre ou controlado) e ilícitas é um problema de saúde e de segurança que requer, por parte da empresa, posicionamento claro, realista e desprovido de preconceitos; a empresa e o trabalhador devem compartilhar a responsabilidade na busca de alternativas; o abuso e a dependência de drogas são passíveis de tratamento; existem várias possibilidades de abordagem e modelos de tratamento; o papel da família como fator de proteção ao uso de drogas e suporte à recuperação e reinserção social do trabalhador; existe uma rede de recursos na comunidade que as ações da empresa devem prever a articulação e o fortalecimento do trabalho em rede (DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008).

Devem garantir os seguintes fatores: que a natureza das ações a serem implementadas pela empresa seja de conhecimento de todos (direção, profissionais que executam o programa, chefias e trabalhadores); confidencialidade para os trabalhadores usuários ou dependentes que desejarem receber ajuda; que trabalhadores que buscam ajuda no programa de prevenção não sofrerão prejuízos

em sua ascensão funcional (DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008).

As autoras sugerem algumas ações de prevenção descritas a seguir e no Quadro 7.

Quadro 7 – Modelos de Prevenção

Abordagem	Foco	Métodos
Socialização de informações sobre drogas.	Ampliação do conhecimento sobre os diversos tipos de substâncias, seus efeitos e as consequências do uso. Promoção de atitudes de dissuasão do uso de drogas.	Palestras, discussões, áudio ou vídeo, pôsteres, panfletos, mensagens eletrônicas, mensagens em demonstrativos de pagamentos, jornal interno.
Educação afetiva. Desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais.	Melhoria da autoestima. Tomada de decisões. Assertividade. Desenvolvimento interpessoal e das habilidades de comunicação.	Palestras, discussões, dinâmicas de grupo para desenvolvimento pessoal e resolução de problemas.
Criação de alternativas ao uso de drogas.	Melhoria da autoestima. Autoconfiança. Redução de condições de estresse, pressão e alienação.	Organização e desenvolvimento de atividades de lazer, de convivência, recreacionais e culturais; participação em projetos de serviço comunitários; orientação profissional.
Desenvolvimento de habilidades de resistência ao uso de drogas	Desenvolvimento de habilidades para resistir à pressão social para o uso de drogas. Ampliação do conhecimento sobre as consequências negativas imediatas.	Discussões em grupo, dramatização, atividades monitoradas por profissionais especialistas em prevenção.

Fonte: Botvin e Botvin (1997 *apud* DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008, p. 86).

A sugestão das autoras é desenvolver **campanhas permanentes**, estabelecendo, previamente, um calendário (Quadro 8), conforme as características

regionais e culturais da empresa, ramo de atividade, datas festivas e campanhas nacionais, abordando temas relacionados aos fatores de risco para o uso de drogas, com o comprometimento da qualidade de vida do trabalhador e de sua família, a segurança no trabalho e o desempenho da empresa. Alguns recursos que podem ser utilizados nas campanhas são: cartazes, folhetos, mensagens nos quadros de avisos, no demonstrativo de pagamento, no jornal interno, em faixas alusivas, na intranet; materiais produzidos por parceiros, como o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, a Secretaria Nacional Antidrogas, o Conselho da Mulher, dos Direitos da Criança e do Adolescente, o SESI, o SENAI, o SENAC, o SEBRAE, dentre outros.

Quadro 8 – Calendário de campanhas

Mês	Ações
Fevereiro	Carnaval - prevenção ao uso de álcool e outras drogas; prevenção à violência no trânsito, à AIDS e DSTs.
Março	Dia Internacional da Mulher - violência doméstica; prevalência e consequências do uso de drogas entre as mulheres; preconceito em relação a mulheres usuárias de drogas; tratamentos específicos; co-dependência; educação de filhos.
Abril	Dia Mundial da Saúde - qualidade de vida e ações de promoção da saúde.
Outubro	Dia Nacional da Alimentação - prevenção ao colesterol, diabetes, pressão alta, obesidade.
Novembro	Dia Nacional do Combate ao Câncer - prevenção ao câncer de pele, próstata, mama, bucal.
Dezembro	Dia Nacional de Luta Contra AIDS - prevenção à AIDS e doenças sexualmente transmissíveis.

Fonte: Duarte, Cruz e Troian (2008, p. 87).

Deve-se oferecer Informações atualizadas através de **palestras** interativas com o público que proporcionem reflexões sobre o tema e ações de promoção da saúde, mudança de comportamento e até mesmo para modificação de um estilo de vida precário. Deve-se atentar ainda para a seleção do palestrante com essas habilidades e domínio do tema.

Outra possibilidade é implantar **atividades alternativas** como ginástica laboral, *shiatsu*, *quick* massagem, dança de salão, coral, teatro, ikebana e atividades ao ar livre orientadas por profissionais especializados. Elas ajudarão no enfrentamento de situações de estresse, minimizando os fatores de risco. De

preferência, as atividades devem ser de curta duração e no horário de trabalho.

Visitas da família à empresa estabelecem proximidade da empresa com os trabalhadores e suas famílias. O conhecimento da empresa e de sua cultura por parte da família permite ao trabalhador partilhar sua realidade e vivência funcional e à família formar uma imagem da empresa, com conseqüente aumento do nível de satisfação e do sentimento de pertinência por parte do trabalhador para com a empresa. Sugere-se divulgar nos meios de comunicação que a empresa possui e também fazer carta convite à família. Na programação, além da visita à empresa e ao local específico de trabalho, devem ser incluídas atividades de informação institucional: benefícios concedidos pela empresa, programas desenvolvidos e outros temas de interesse do público-alvo.

4.2 Intervenção Breve

Uma modalidade de intervenção que tem despertado crescente interesse por parte de clínicos e demais profissionais da saúde é a Intervenção Breve (IB) devido aos benefícios que proporciona: menos custos e mais efetividade (NEUMANN, 1992; MICHELI; FORMIGONI, CARNEIRO, 2017b). É uma modalidade de atendimento clínico com tempo limitado e foco na mudança do comportamento do paciente, demonstrando ser eficaz para reduzir o consumo de álcool e drogas, independentemente da idade e do sexo, mais que outras técnicas (MICHELI; FORMIGONI, CARNEIRO, 2017b).

A IB foi inicialmente proposta como uma abordagem terapêutica para dependentes de álcool em 1972 por Sanchez-Craig e seus colaboradores no Canadá; simultaneamente, William Miller e outros pesquisadores dos Estados Unidos, Nova Zelândia e Noruega desenvolveram abordagens semelhantes (estimulados pelo estudo de Grith Edwards na Inglaterra) e descobriram que intervenções relativamente breves, de uma a três sessões, comparam-se em impacto a tratamentos mais extensos para problemas com o álcool (MILLER; ROLLNICK, 2001; MARQUES; FURTADO, 2004; FORMIGONI; RONZANI, 2014). Os contatos breves com um profissional de saúde foram tão efetivos para o tratamento do alcoolismo quanto duas semanas de intervenção hospitalar (principalmente nos casos de dependência menos grave). Assim, verificaram que as

intervenções breves eram mais efetivas que qualquer tratamento (DIMEFF; BAER; KIVLAHAN; MARLATT 2002).

Estudos recentes de análise metodológica para tratamento de álcool realizados por Miller e Rollnick (2001) demonstraram que as IBs eram mais eficazes do que outro tratamento para alterar problemas com bebidas, incluindo estudos da Escócia e da OMS em 11 países, sendo, portanto, a intervenção motivacional breve uma abordagem viável para tratamento em ambulatório e prioritária no tratamento de problemas relacionados ao álcool.

Outros estudos também confirmam a efetividade da IB. Em 1997, foram encontrados 26 estudos com usuários de álcool, muitos realizados nos Estados Unidos da América, e, em sua maioria, mostraram que a IB reduz o consumo do álcool (MINTO; CORRADI-WEBSTER; GORAYEB; LAPREGA; FURTADO, 2007). Para Dimeff, Baer, Kivlahan e Marlatt (2002), as IBs efetuadas por médicos são efetivas e de baixo custo para proceder à modificação de vários comportamentos relacionados à saúde, como a interrupção ou moderação da ingestão alcoólica. Os estudos realizados por Micheli, Fisberg e Formigoni (2004) confirmam a efetividade de uma sessão única de IB dirigida a adolescentes usuários de substâncias psicoativas na redução do consumo de substâncias. Marques e Furtado (2004) verificaram em diversos artigos de revisão a efetividade da IB em experimentos clínicos padronizados de IB em ambientes de atenção à saúde na Austrália, Bulgária, México, Reino Unido, Noruega, Suíça, Estados Unidos e em outros países.

A IB tem por objetivo ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas. Pode durar desde cinco minutos como orientação breve até 15 a 40 minutos. Portanto, deve ser objetiva e focada no problema. Indicada para indivíduos com uso abusivo/nocivo ou de risco de álcool e outras drogas. No caso de dependentes, devem ser encaminhados para serviços especializados por apresentarem muitos problemas relacionados: “[...] uma Intervenção Breve pode não ser capaz de contemplar muitos aspectos, que poderiam ser importantes” (MICHELI; FORMIGONI, CARNEIRO, 2017b, p. 15).

Os idealizadores da IB, Miller e Sanchez, propuseram seis elementos essenciais, ou “princípios ativos”, comuns às IBs eficazes, que foram reunidos no

acróstico FRAMES¹⁵: **F**eedback - devolutiva; **R**esponsibility – responsabilidade; **A**dvice – aconselhamento; **M**enu - menu; **E**mpathy – empatia; **S**elf-efficacy – autoeficácia (MILLER; ROLLNICK, 2001). A sigla ajuda a lembrar as etapas a serem seguidas e que serão descritas abaixo (MICHELI; FORMIGONI, CARNEIRO, 2017b).

Feedback: ocorre a devolutiva ao paciente do resultado da triagem realizada sobre o uso do álcool, convidando, se necessário, para a IB.

Responsibility: nesta etapa é realizada uma negociação entre o profissional e o paciente a respeito das metas e objetivos a serem atingidos no tratamento para a redução do uso ou a abstinência, enfatizando que a responsabilidade para se atingir a meta é do paciente por seus comportamentos e escolhas.

Advice: são passadas orientações sobre a diminuição ou interrupção do uso de drogas para reduzir os riscos de problemas futuros. Se possível, oferece-se material informativo. O objetivo é aumentar a percepção do risco pessoal, estimulando o paciente a ter motivos para a mudança de comportamento.

No diálogo, deve-se focar a mudança e não a resistência. Para os autores, existem seis temas diferentes de conversa sobre a mudança, listados no Quadro 9, “[...] as pessoas falam sobre o que querem fazer (desejo), por que mudariam (razões), como fariam (capacidade) e o quanto isso é importante (necessidade)” (FIGLIE, 2013, p. 280). Ao evocar o desejo, a capacidade, as razões e a necessidade das pessoas para mudar, o profissional está trabalhando, como dizem os autores, “os motores humanos da mudança” (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009, p.58). Esses seis elementos são essenciais, segundo Miller e Rollnick (2001), parecem ser os alicerces para a construção da EM, pois podem sobrepor-se aos oito elementos da intervenção motivacional.

Para tanto, é importante prospectar valores, aspirações e esperanças do cliente de modo a culminar nos passos para a mudança do comportamento. O objetivo final é gerar comprometimento; assim, a pessoa passa a dar os primeiros passos rumo à mudança do comportamento.

¹⁵ O acróstico “FRAMES” foi apresentado e transposto para o português pelo Dr. Miller como “ADERIR” – Autoeficácia, Devolução, Empatia Responsabilidade, Inventário e Recomendações.

Quadro 9 – Conversas sobre mudança

Tipo de conversa	Definição	Verbos típicos	Exemplos de perguntas para evocar a mudança
Desejo	As afirmações de desejo falam das preferências da pessoa em mudar ou manter o <i>status quo</i> .	Querer, gostar, desejar.	O que você quer, deseja ou espera?
Capacidade	Revela aquilo que a pessoa percebe estando ao alcance de sua capacidade	Poder.	Quais são as suas possibilidades? O que você pode ou poderia fazer? O que você consegue fazer?
Razões	Expressa razões específicas para a mudança.	Não há verbos típicos, embora possam ocorrer com verbos que expressem desejo.	Por que você quer fazer essa mudança? Quais seriam, alguns benefícios específicos? Que riscos você gostaria de reduzir?
Necessidade	Indica necessidade ou carência.	Necessitar, ter, dever, precisar.	Qual é a importância dessa mudança? Quanto você precisa dessa mudança em sua vida?
Comprometimento	Revela afirmações que indicam desejo de mudar, mesmo quando há dúvidas.	Vou.	Como você pensa seu futuro? Como você pensa seu tratamento?
Dar passos	Indica ações em direção à mudança, mesmo que sejam pequenos passos (p. ex., ler um livro indicado, evitar uma festa, mudar um caminho para evitar a recaída).	Não há verbos típicos, porém, é frequente o tempo verbal no passado.	O que você fará daqui em diante? Fale-me o que você tem feito para evitar a sensação de fissura.

FONTE: Figlie (2013)

Menu: oferece-se um menu de opções com estratégias para a modificação do comportamento (reduzir ou parar o consumo). Informa-se a pessoa sobre as opções e procura-se ver o que é mais viável para ela, verificando junto com o paciente as situações de risco que favorecem seu uso dessas substâncias. Por meio dessa identificação, o profissional orienta o paciente no desenvolvimento de

habilidades e estratégias para evitar essas situações de risco ou lidar com elas de outra forma.

Empathy: deve-se evitar um comportamento confrontador ou agressivo e demonstrar ao paciente disposição de ouvi-lo e entender seus problemas, incluindo a dificuldade de mudar.

Self-efficacy: o objetivo é aumentar a motivação do paciente para o processo de mudança, auxiliando-o a ponderar os “prós” e os “contras”, associados ao uso de substâncias psicoativas. Deve-se encorajar o paciente a confiar em seus próprios recursos e a ser otimista em relação à sua habilidade para mudar seu comportamento, reforçando os aspectos positivos.

Sales e Figlie (2009) explicam que a abordagem da motivação foi introduzida na estrutura da IB devido à brevidade da técnica, à comunicação empática focada na prontidão para a mudança do cliente e por ter meta específica, que é resolver a ambivalência. “Ela é mais vantajosa quando aplicada em ambientes com grande demanda de atendimento e pouca disponibilidade de tempo e profissionais” (SALES; FIGLIE, 2009, p. 335).

A EM e todos os seus estágios serão explicados a seguir.

4.3 Entrevista Motivacional

A Entrevista Motivacional (EM) foi desenvolvida pelos americanos Miller e Rollnick (2009). É uma abordagem que vem sendo desenvolvida nas últimas décadas, com o objetivo de auxiliar as pessoas a realizarem mudanças de comportamento maladaptativo. Publicada em 1983 como método clínico atóxico e utilizada, no início, com a finalidade de auxiliar dependentes químicos como uma alternativa às abordagens coercitivas e de confrontação utilizadas na época. Portanto, a princípio, a EM foi desenvolvida como uma IB para o alcoolismo (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). É difundida na Europa, nos EUA e, há duas décadas, no Brasil (SALES; FIGLIE, 2009).

A metodologia da EM, segundo Figlie (2013), consiste na utilização de reflexões, reforços positivos, resumos e perguntas abertas em uma relação 2:1, ou seja, a utilização de pelo menos duas estratégias para cada pergunta. Esse método foi desenvolvido para auxiliar o profissional a estruturar seu diálogo com o cliente,

proporcionando a ele que fale ao máximo o que sente em relação ao comportamento prejudicial e à possibilidade de mudá-lo. Esse método não permite que a consulta gire em torno de um interrogatório investigativo repleto de perguntas fechadas, nas quais o cliente fica com apenas duas opções de resposta: sim ou não. Conhecido também pelo acrônimo de PARR (em inglês, OARS), o método de entrevista consiste em: **P**erguntas abertas; **A**firmar – reforço positivo; **R**efletir; **R**esumir.

A EM tem como foco ajudar o paciente a ouvir-se falando e a resolver sua ambivalência em relação à mudança do comportamento, usando sua própria motivação, energia e comprometimento. Desta forma, a EM explora os próprios argumentos do paciente para a mudança. É um estilo de atendimento diretivo para evocar do paciente as suas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse da sua própria saúde (MILLER; ROLLNICK, 2009).

O atendimento que incorpora os princípios da EM a abordagem centrada no paciente e a comunicação empática tem sido bem-sucedido. O uso dessa técnica, durante a intervenção facilita a adesão à proposta de tratamento. Assim, essa abordagem possibilitará que o trabalhador receba orientações precisas e sem preconceitos com relação aos riscos e experiências relacionadas ao álcool, evitando fazer diagnóstico e confrontações, ou mostrar as metas específicas dos entrevistadores quanto às mudanças de comportamento almejadas para o entrevistado.

Conforme Miller e Rollnick (2009), os estudos têm demonstrado que a EM não apenas parece funcionar, mas, mais do que isso, é mais eficiente com os indivíduos que precisam de mais ajuda na mudança de um comportamento.

No entanto, vale salientar que a primeira descrição de EM surgiu há cerca de 36 anos e existem confusões de conceitos com outras abordagens e ideias. Assim, Miller e Rollnick (2009) listaram 10 coisas que a EM não é, como uma forma de esclarecer sua conceituação e definição.

1) **A EM não é baseada no modelo transteórico** - A EM e o modelo transteórico (TTM) nasceram juntos, no início dos anos 1980. O modelo transteórico tem por objetivo fornecer um modelo conceitual abrangente de como e por que as mudanças ocorrem, enquanto a EM é um método clínico de comunicação entre profissional e cliente específico para aumentar a motivação pessoal para a mudança (MILLER; ROLLNICK, 2009).

2) **A EM não é um meio de convencer o paciente a fazer o que ele não quer** - A EM não é um método sugestivo. Ao contrário, a EM propõe a autonomia pessoal, propõe que as pessoas façam suas próprias escolhas comportamentais e esse poder de escolha não pode ser apropriado por outro. Extrai os argumentos inerentes à própria pessoa para a mudança, portanto, não impõe. A mudança de comportamento envolvida é aquela que é do interesse do próprio indivíduo. Os autores citam que a preposição apropriada para a EM é “para” ou “com” alguém (MILLER; ROLLNICK, 2009).

3) **A EM não é uma técnica** - O termo "técnica" sugere uma operação relativamente simples, um procedimento específico para o qual existem etapas prescritas específicas a serem seguidas. A EM é consideravelmente mais complexa do que isso. É melhor compreendida como um método de comunicação, uma habilidade complexa que é aprendida com considerável prática, que funciona como um guia para aumentar a motivação interna de mudança (MILLER; ROLLNICK, 2009).

4) **A EM não é Balança decisória** – É uma técnica que, com frequência, é confundida com a EM. Essa abordagem pode ser apropriada para resolver conflitos pessoais e resolver racionalmente a ambivalência, explorando os prós e os contras da mudança e direcionando o equilíbrio em uma direção determinada, portanto, a técnica não respeita a autonomia do cliente como a EM. A balança decisória, para os autores, é uma técnica que pode ser utilizada contra os princípios e objetivos da EM ao não respeitar a autonomia do cliente (MILLER; ROLLNICK, 2009).

5) **A EM não requer feedbacks de avaliações** – O feedback de avaliações estruturadas pode ser útil, principalmente, com pessoas que evidenciam baixa motivação inicial para a mudança. O feedback pode fornecer tópicos para uma discussão em EM, evidenciando potenciais razões para a mudança que não estavam evidentes antes da avaliação. Nesse contexto, o feedback de uma avaliação não é um elemento essencial da EM, mas pode fazer parte dela (MILLER; ROLLNICK, 2009).

6) **A EM não é uma forma de TCC** - Terapia Cognitivo-Comportamental – A TCC geralmente envolve fornecer aos clientes algo que eles presumem não ter: habilidade técnica na aplicação de princípios de aprendizagem, como uma nova habilidade de enfrentamento, uma educação conceitual sobre como o comportamento é aprendido ou contingências ambientais. Já a EM não envolve o ensino de novas habilidades de enfrentamento, reeducação, recondicionamento, mudança de ambiente ou modificação de crenças disfuncionais. Não se trata de fornecer nada,

mas sim de extrair das pessoas aquilo que já está lá. Acaba sendo uma maneira de dizer: “Você tem o que eu preciso, e, juntos, vamos encontrar as respostas necessárias”. Existe uma base emocional na EM, com uma estrutura conceitual que a torna fundamentalmente humanista e não comportamental (MILLER; ROLLNICK, 2009).

7) A EM não é apenas o aconselhamento centrado na pessoa – A EM é o aconselhamento rogeriano com outro nome? Os princípios propostos por Carl Rogers são fundamentais para a prática da EM. Porém, a EM é uma evolução do aconselhamento centrado no cliente (MILLER; ROLLNICK, 2009).

A EM parte das concepções tradicionais do aconselhamento centrado no cliente, no entanto, focando os objetivos e metas para tomada de decisões em direção à mudança. Na abordagem, o profissional ouve estrategicamente, com o objetivo de eliciar no cliente uma resposta por meio de um discurso denominado “*change talk*” - fala de mudança. O profissional tenta fortalecer a motivação para a mudança de comportamento ao diminuir as defesas e resistências do *status quo* do cliente (MILLER; ROLLNICK, 2009).

Um resultado típico do aconselhamento centrado na pessoa é que o indivíduo fale muito mais, oferecendo, com isso, material para o profissional refletir, perguntar quando necessário e incluir resumos, focando, em particular, os sentimentos expressos ou presentes, mas não verbalizados. Já a EM proporciona raciocínio e diretrizes claros sobre as formas de discurso que levam à mudança de comportamento e como evocar e fortalecer essa linguagem do indivíduo.

8) A EM não é fácil – A EM é simples, mas não é fácil. É necessário uma acurada empatia (escuta reflexiva) e uma ampla aplicabilidade da metodologia da EM. Na prática, a EM envolve um conjunto bastante complexo de habilidades que são usadas de maneira flexível, respondendo a mudanças de momento a momento no que o cliente diz. Aprender EM para Miller e Rollnick (2009), é como aprender um esporte complexo ou tocar um instrumento musical, cuja habilidade aumenta através da prática e da supervisão. A EM não é um truque ou uma técnica que é facilmente aprendida e dominada. É necessário consciência e disciplina na utilização da comunicação específica de seus princípios e estratégias com vistas a evocar a motivação para a modificação do comportamento.

9) A EM não é o que você já estava fazendo – A EM é descrita por Miller e Rollnick (2009) como uma forma de comunicação de orientar a pessoa na resolução

de um problema. Essa forma de orientar envolve uma mistura flexível de informação, questionamento e escuta. Ela se assemelha a uma abordagem familiar para ajudar, mas de maneira refinada, por meio de uma escuta reflexiva confiável para orientar a pessoa a resolver a ambivalência sobre a mudança de comportamento. Aprender EM envolve manter a clareza do propósito e da calma diante de motivos muitas vezes irracionais e aparentemente contrários e usar declarações reflexivas de escuta reflexiva para facilitar a mudança (MILLER; ROLLNICK, 2009).

10) **A EM não é uma panaceia** – A EM nunca foi concebida para ser uma escola de psicoterapia ou uma abordagem de tratamento. Trata-se de uma ferramenta para a resolução de um problema específico: quando uma pessoa precisa mudar um comportamento ou o estilo de vida e encontra-se relutante ou ambivalente ao fazê-lo. A EM foi estruturada para favorecer a resolução da ambivalência em uma determinada direção e pode ser combinada com outros métodos de tratamento. Da mesma forma, a EM é uma IB, acertar a dose é fundamental no sentido de ser suficiente para catalisar a modificação do comportamento. Miller e Rollnick (2009) exemplificam com o ato de tocar piano: uma pessoa consegue tocar o instrumento em cinco minutos, mas, para um concerto de piano, espera-se 2 a 3 horas de apresentação. Nesse sentido, a EM tem uma dose mínima para efetivar a mudança de comportamento; atingida essa meta, não há mais uma finalidade tão clara para ela no processo de mudança.

Após Miller e Rollnick (2009) diferenciarem 10 coisas que a EM não é, definem o que é a EM. “A entrevista motivacional é uma forma colaborativa e centrada na pessoa de orientar para eliciar e fortalecer a motivação para a mudança” (MILLER; ROLLNICK, 2009, p. 137).

Segundo Figlie (2013), a EM é como um estilo objetivo colaborativo orientado de comunicação, com atenção especial para a linguagem, com foco na mudança que se destina a reforçar a motivação pessoal e o compromisso com um objetivo específico, recolhendo e explorando as próprias razões da pessoa para a mudança em uma atmosfera de aceitação e compaixão¹⁶.

Para atuar de acordo com a essência da EM, não basta que o profissional se abstenha de interagir negativamente, julgando, culpando ou criticando seu cliente. É necessário ir além, apresentando-se de forma positiva, atenciosa e em um clima

¹⁶ Compaixão: termo novo e provocativo, a fim de tentar consolidar, entre os profissionais, uma revisão em sua própria postura interna no trato com o cliente – ser capaz de compreender o que se passa na realidade do outro e se dispõe a acompanhá-lo (FIGLIE, 2013).

de aceitação. O trabalho realizado dentro dos princípios da EM deve inspirar a mudança e fortalecer o compromisso e, sem dúvida, envolve o funcionamento de todas as emoções do ser, incluindo a capacidade de amar, ter esperança, interesse, compaixão e alegria (FIGLIE, 2013).

Para a autora, o estilo de atuação na IB é como colher um buquê de flores, sendo cada flor um argumento que a pessoa apresentou para mudar, e a tarefa do profissional é evocar esses argumentos. Assim, o papel do profissional é coletar as flores, mostrá-las à pessoa e, com permissão, acrescentar outras flores pertinentes ao processo. Para tanto, é imprescindível ouvir o cliente, pois é ele quem mais sabe sobre sua própria vida. O profissional fala cerca de 25 a 30% do tempo; o restante cabe ao cliente.

4.3.1 Roda da Mudança

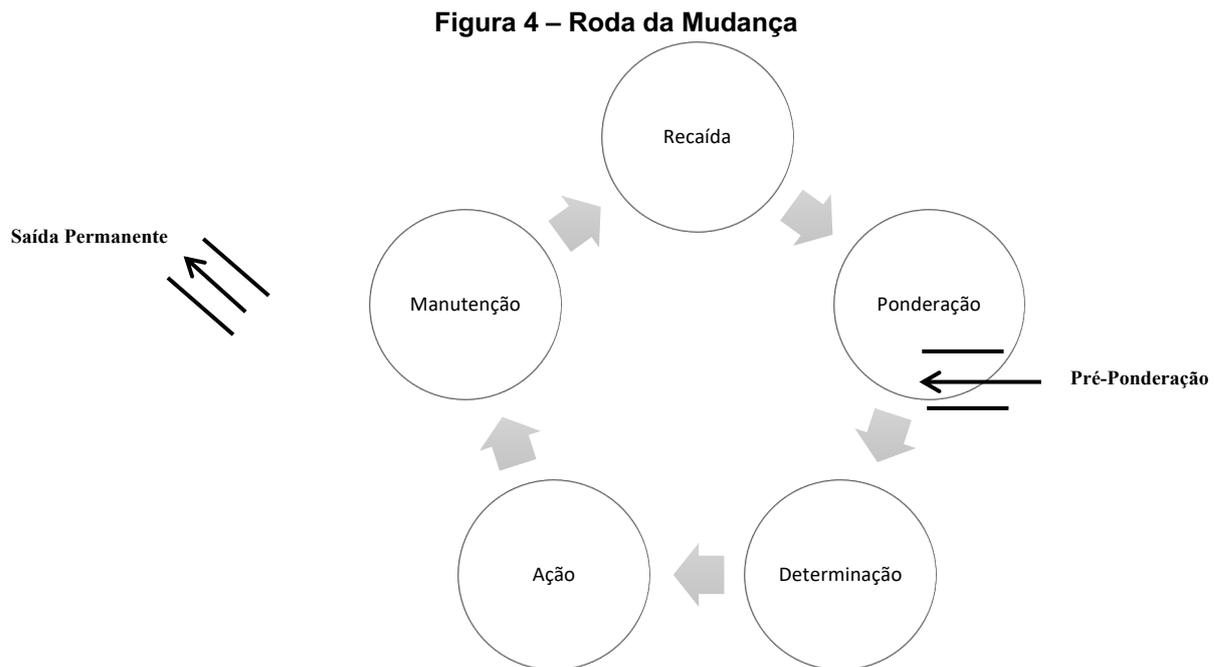
De acordo com Miller e Rollnick (2001), a motivação é um estado de prontidão ou disposição para a mudança, que pode variar de tempos em tempos ou de uma situação para outra. Esse é um estado interno, mas que pode ser influenciado (positiva ou negativamente) por fatores externos, sejam pessoas ou circunstâncias (MILLER; ROLLNICK, 2001; MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017a).

Essa prontidão ou disposição para a mudança foi desenvolvida pelos psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente (1982) e ocorre em quatro, cinco ou seis estágios, chamados **Roda da Mudança** (Figura 6). A roda, um círculo, reflete a realidade de que, praticamente em qualquer processo mudança, “[...] é normal que a pessoa circule o processo várias vezes antes de alcançar uma mudança estável” (MILLER; ROLLNICK, 2001, p. 31). Também reconhece a recaída como um estágio normal da mudança.

A identificação do estágio em que o paciente se encontra permite avaliar o quanto ele está disposto a mudar seu comportamento de uso de substâncias ou seu comportamento de estilo de vida. Assim o profissional saberá como se posicionar durante a intervenção (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017a).

No **Estágio 1**, a **Pré-Ponderação**, os pacientes não pensam na possibilidade de mudança, pois não consideram que o uso que fazem do álcool e/ou de outras drogas seja um risco, seja nocivo ou possa trazer problemas de saúde,

sociais ou familiares. Apesar de não se mostrarem dispostas a mudar seu comportamento, estão abertas a receber informações e um retorno (*feedback*) sobre o risco associado ao seu nível e modo de consumo. Portanto, ao fornecer informações, pode-se encorajá-lós a refletir sobre o risco de uso da substância e pensar na possibilidade de diminuição ou interrupção do uso (MILLER; ROLLNICK, 2001; MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017a).



Fonte: Miller e Rollnick (2001, p.31)

Aparecendo alguma consciência do problema, a pessoa entra no **Estágio 2**, a **Ponderação**, caracterizado pela ambivalência, ou seja, ela tanto considera a necessidade de mudar seu comportamento quanto a rejeita. Percebem tanto os aspectos bons quanto os ruins em relação ao uso abusivo que fazem das substâncias (vantagens e desvantagens). Ficam divididos entre a preocupação e as justificativas para a despreocupação, a motivação para a mudança e para continuar inalterado (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Neste estágio, é interessante fornecer informações sobre os riscos relacionados ao uso dessas substâncias; comentar sobre as vantagens (prós) e desvantagens (contras) do uso, escrevendo-as em um papel (Apêndice H), porque saem do campo verbal e entram no campo visual do indivíduo; utilizar as desvantagens mencionadas como razões para diminuir ou interromper o uso. Vale a pena procurar mostrar a ambivalência como uma balança (Figura 7): de um lado ganhos com a mudança e do outro os ganhos por não mudar (MICHELI;

FORMIGONI; CARNEIRO, 2017a).



Fonte: adaptado Micheli, Formigoni e Carneiro (2017a, p. 28).

Quando a balança se inclina com afirmações da pessoa refletindo como “motivação”, é sinal de que está no **Estágio 3, a Determinação**. Este estágio é “[...] semelhante a uma janela para a oportunidade e que se abre por determinado período de tempo” (MILLER; ROLLNICK, 2001, p. 32). Se a pessoa entra em ação, o processo de mudança continua. Do contrário, volta à ponderação. O profissional deve ajudar a pessoa a encontrar uma estratégia de mudança aceitável, acessível, adequada e eficaz.

No **Estágio 4, o da Ação**, o paciente coloca em prática as estratégias e planos estabelecidos no estágio anterior. Reconhece o seu uso de substâncias como sendo o causador de seus problemas e se propõe a mudar de comportamento em uma área-problema. Deve-se desenvolver, junto com o paciente, um plano para a mudança de comportamento e, a partir da identificação das situações de risco para o uso de substâncias, orientar o paciente sobre algumas estratégias para enfrentar as possíveis dificuldades relacionadas à mudança de comportamento (MILLER; ROLLNICK, 2001; MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017a).

Para Miller e Rollnick (2001), fazer uma mudança não garante que ela será mantida. Durante o **Estágio 5, da Manutenção**, “[...] o desafio é manter a mudança obtida pela ação anterior e evitar a recaída” (p. 33). O paciente estará tentando manter o comportamento mudado e para isso necessita ser continuamente reforçado, elogiado e encorajado (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017a).

Por fim, no **Estágio 6**, se a **Recaída** ocorrer, deve-se recomeçar a roda. Deslizes e recaídas são normais e até esperados quando o paciente busca mudar seu padrão de comportamento. Em geral, quando os pacientes recaem, eles voltam aos estágios anteriores: pré-ponderação, ponderação e ação (MILLER; ROLLNICK,

2001; MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017a).

Quatro categorias de fatores emocionais e situacionais são determinantes de 80% das recaídas, segundo Knapp (1990): 1) sentimentos negativos ou desprazerosos de frustração e/ou raiva (com esposa, familiares, amigos e nas relações de trabalho) que ficaram sem ser expressados; 2) pressão social direta ou indireta que não obteve respostas adequadas de enfrentamento; 3) estados de humor intrapessoais, como ansiedade, depressão, solidão; 4) tentações intrapessoais de beber.

Se o alcoolista for capaz de enfrentar uma situação de alto risco, a probabilidade de recaída diminui, aumentando a sensação de domínio e autocontrole (autoeficácia). Assim, quanto mais experiências bem-sucedidas de enfrentamento ocorrerem, mais fortalecida a autoeficácia do indivíduo, reduzindo o risco de recaída. Da mesma forma, se um indivíduo falha no enfrentamento de uma situação de risco, sua autoeficácia diminui e a probabilidade de recaída aumenta (KNAPP, 1990).

Para Micheli, Formigoni e Carneiro (2017a), a recaída não deve ser vista como um fracasso (do profissional ou do paciente), mas como oportunidade de fortalecer aspectos pouco discutidos com o paciente, conforme as necessidades de cada um, dependendo de seus antecedentes alcoólicos e consequências do beber, bem como as alternativas ao beber (KNAPP, 1990).

Diferente da recaída, um lapso pode ocorrer se o paciente utilizar a substância após um período de abstinência, porém sem voltar ao padrão de uso habitual. Assim, um lapso (ou “deslize”) remete a um ato isolado, um consumo ocasional, de modo que o paciente se mantém no estágio de manutenção, ao invés de retornar aos estágios de mudança anteriores – como acontece no caso de uma recaída propriamente dita (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017a).

O Quadro 10 resume os estágios e as tarefas de aconselhamento.

Quadro 10 – Estágios da Mudança e as Tarefas do Terapeuta.

Estágio do cliente	Tarefas motivacionais do terapeuta
Pré- Ponderação	Levantar dúvidas – aumentar a percepção do paciente sobre os riscos e problemas do comportamento atual.
Ponderação	“Inclinar a balança” - evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a auto-suficiência do paciente para a mudança do comportamento atual.
Determinação	Ajudar o paciente a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança.
Ação	Ajudar o paciente a dar passos rumo à mudança.
Manutenção	Ajudar o paciente a identificar e a utilizar estratégias de prevenção da recaída.
Recaída	Ajudar o paciente a renovar os processos de ponderação, determinação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída.

Fonte: Miller e Rollnick (2001, p. 33)

5 MÉTODO

Esta pesquisa, quanto ao seu objetivo, foi exploratória, descritiva e quase-experimental; para tanto, nos procedimentos técnicos para levantamento dos dados, utilizou instrumentos padronizados e entrevista. Este tipo de pesquisa possibilitou maior familiaridade com o problema, pois o assunto abordado é pouco explorado. Assim, a partir de uma visão geral aproximativa do objeto pesquisado, foi possível desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias mais precisos e operacionalizáveis (GIL, 2019).

A pesquisa quase-experimental é muito utilizada em pesquisas aplicadas como as de intervenções sociais (drogas, álcool, etc.) e compara condições de tratamento e não-tratamento, portanto, é realizada com grupos não equivalentes ou com os mesmos sujeitos antes do tratamento, o que é chamado por Selltiz, Wrightsman e Cook (1987) de delineamento pré e pós-teste com grupo controle não equivalente.

Para as autoras, a inclusão de um grupo-controle e de um pré-teste permite descartar várias ameaças à validade interna. Uma grande vantagem deste delineamento é que ele pode medir diferenças preexistentes entre grupos, podendo assim combinar as características de ambos, possibilitando maior interpretação. Desta forma, permite combinação e comparação do grupo-controle com o pré e pós-teste com um grupo experimental.

Nesta pesquisa, os participantes dos dois grupos do experimento foram escolhidos a partir de grupos preexistentes. A comparação entre as condições de tratamento e não-tratamento foi feita com os mesmos sujeitos antes do tratamento, analisando as relações de causa-efeito sem experimento e com experimento, coletando dados criteriosamente em ambas as situações, criando um quase-experimento. Assim, tivemos um delineamento pré-teste/pós-teste, comparando os participantes a uma medida antes da intervenção (pré-teste) e a outra medida após a intervenção (pós-teste) - delineamento quase-experimental mais útil. Pôde-se calcular um índice de mudança do pré-teste para o pós-teste e, conseqüentemente, os efeitos produzidos pelo tratamento (SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 1987; COZBY, 2003).

Para tanto, na coleta de dados foi utilizado um levantamento (*survey*)

epidemiológico do consumo de álcool pelos trabalhadores, recolhendo informações dos integrantes do universo a ser pesquisado através de um questionário autoaplicado para obter dados sociodemográfico, o *Alcohol Use Disorders Identification – AUDIT* (BABOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS; MONTEIRO, 2001), a *Alcohol Dependence Scale – ADS* (SKINNER; HORN, 1984), e o Perfil Breve Bebedor - PBB modificado (CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016).

O desenvolvimento da IB e a aplicação dos instrumentos são descritos em partes. Primeiro são descritos os participantes, em seguida os instrumentos e os procedimentos de atuação.

5.1 Participantes

Foram convidados a participar desta pesquisa 694¹⁷ trabalhadores (servidores públicos) de uma Autarquia (Empresa pública) localizada em uma cidade de porte médio no interior do Estado de São Paulo. Essa Autarquia presta serviços para a prefeitura e está organizada em sete unidades: Divisão de Assuntos Jurídicos, Divisão Administrativa, Divisão Financeira, Divisão Técnica, Divisão de Planejamento, Divisão de Produção e Reservação e Divisão de Apoio Operacional. Na Estrutura Organizacional também há a Unidade de Administração Superior - Conselho Administrativo e Unidade de Apoio e Assessoramento Superior – Assessoria de Gabinete e de Imprensa. Embora seja uma Autarquia, em função do número de empregados, ela pode ser classificada (Quadro 11) como uma empresa de grande porte, segundo classificação do SEBRAE (2015). Para este estudo, a empresa será denominada Autarquia.

Quadro 11 – Classificação dos estabelecimentos segundo porte

Porte	Setores	
	Indústria	Comércio e Serviços
Microempresa	Até 19 pessoas ocupadas	Até 9 pessoas ocupadas
Pequena empresa	De 20 a 99 pessoas ocupadas	De 10 a 49 pessoas ocupadas
Média empresa	De 100 a 499 pessoas ocupadas	De 50 a 99 pessoas ocupadas
Grande empresa	500 pessoas ocupadas ou mais	100 pessoas ocupadas ou mais

Fonte: SEBRAE (2015).

¹⁷ Total Trabalhadores em abril/2018.

Também foram convidados a participar desta pesquisa 250¹⁸ trabalhadores de uma empresa privada do ramo gráfico, localizada em uma cidade de porte médio na mesorregião de São José do Rio Preto, interior do Estado de São Paulo. A empresa possui 30 departamentos: Administrativo Comercial; Administrativo Industrial; Almoxarifado; Atendimento; Bielomatik Automática; Bielomatik Semi-Automática; Caderno Automático; Caderno Manual; Capas; Compras; Contabilidade; Crédito e Cobrança; Criação; Diretor(A) Adm. Financeira; Diretor(A) Comercial; Diretor(A) de Produção; Encadernação; Expedição; Manutenção; Off - Set Monocolor; Off - Set Plastificação; Off - Set Quatro Cores; Off - Set Reves; Off - Set SBB; Pautação; Recepção; Recursos Humanos; Serviços Gerais; Tecnologia da Informação e Tesouraria. Em função do número de empregados, ela é classificada (Quadro 9) como uma empresa de médio porte, segundo classificação do SEBRAE (2015). Será denominada Empresa Privada ou Privada.

Inicialmente, todos os trabalhadores das empresas foram convidados a participar de uma palestra intitulada “Álcool e Trabalho” (APÊNDICE, A), com uma hora de duração, cujo objetivo foi sensibilizar os trabalhadores e convidá-los a participarem da pesquisa.

Foram realizadas 15 palestras na Autarquia no período de 06/04/18 a 30/05/18. Os 694 trabalhadores foram convidados a participar da palestra através de e-mails e cartazes. As turmas para as palestras foram formadas pela equipe da Assistência Social juntos com os líderes e tiveram de 08 até 30 participantes, nos horários de entrada, após almoço ou próximos a saída dos trabalhadores (7h, 8h, 9h, 13h, 16h e 17h). Dez palestras foram realizadas na sede da empresa e as outras cinco nas Unidades de Trabalho (são oito espalhadas pela cidade e distantes da sede), para que todos pudessem ter oportunidade.

Todos os ouvintes da palestra foram convidados a participar da pesquisa e os que desejaram, assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE, B), responderam ao questionário com os dados sociodemográficos e o AUDIT (APÊNDICE, C e D), instrumentos do Levantamento Inicial. Aceitaram participar da pesquisa 171 trabalhadores (24,6%) de todos níveis hierárquicos (Tabela 6).

Já na Empresa Privada foram realizadas 05 palestras para todos os 250

¹⁸ Total Trabalhadores em maio/2018.

trabalhadores nos dias 25 e 26/05/18. As turmas foram organizadas pelo setor de Recursos Humanos (RH), tendo 50 trabalhadores por turma, na sala de treinamento da empresa nos horários de trabalho - 14h, 15h e 16h. Assim foi possível realizar três palestras em um dia e duas no outro. Foi entregue o TCLE, e os que o assinaram, responderam o questionário com os dados sociodemográficos e o AUDIT. Aceitaram participar da pesquisa 59 trabalhadores, ou seja 23,6%, de todos níveis hierárquicos (Tabela 6).

Tabela 6 – Frequência e porcentagem de trabalhadores de cada empresa e que responderam ao levantamento inicial

	<i>f</i> total	<i>f</i> L.I.	% L.I.
Autarquia	694	171	24,6
Privada	250	59	23,6
TOTAL	944	230	24,3

Obs.: "f total" = frequência total de trabalhadores; "f L.I." = frequência dos trabalhadores que responderam ao levantamento inicial; "% L.I." = porcentagem dos trabalhadores que responderam ao levantamento inicial comparando ao total de trabalhadores da empresa.

FONTE: Autora (2020).

Verifica-se que as porcentagens dos trabalhadores que aceitaram participar da pesquisa foram praticamente iguais (24,6% e 23,6%) entre as empresas. Assim, conseguiu-se 230 trabalhadores para participar da pesquisa, o que corresponde a 24,3% do total de 944 trabalhadores. Dessa forma, o levantamento inicial foi aplicado em 230 trabalhadores dos quais 25,8% eram da Empresa Privada e 74,2% da Autarquia (Tabela 6).

Dos participantes da pesquisa, 78,7% eram do sexo masculino e 20,9% sexo feminino. Quanto ao estado civil, 64,8% eram casados, 19,1% solteiros, 10% divorciados, 1,3% com união estável e 4,8% não responderam a essa questão (Tabela 7).

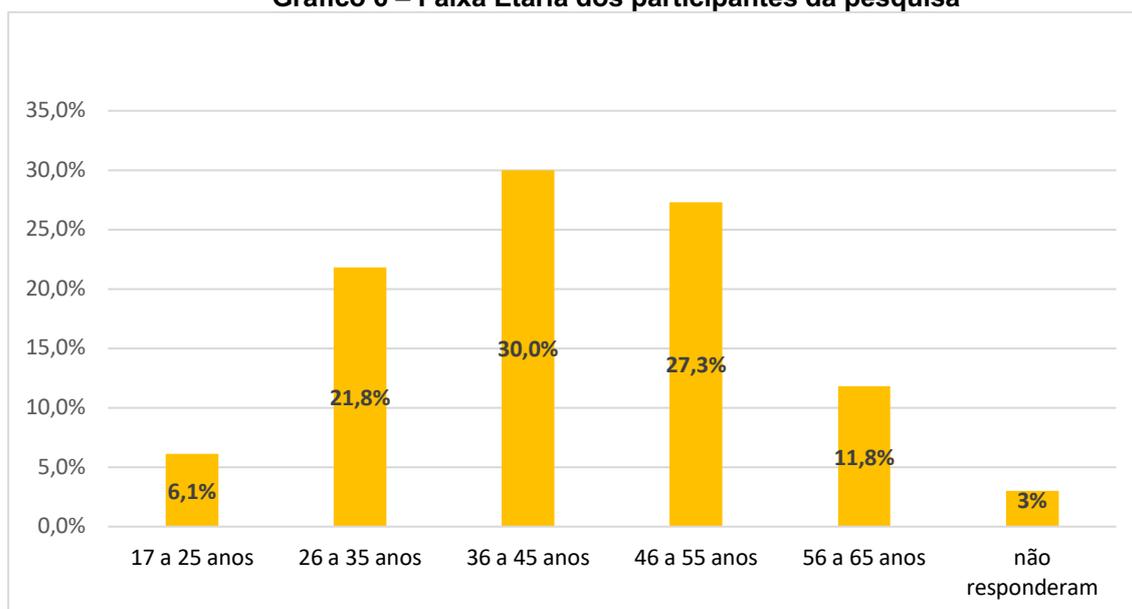
Grande parte dos trabalhadores (57,9%) encontram-se nas faixas de idade (Tabela 7; Gráfico 6) relativas à idade produtiva – 17 a 45 anos, e a porcentagem de jovens trabalhadores com menos de 35 anos é de 27,9% (FRIDMAN; PELLEGRINI, 1995). A maior parte dos trabalhadores (30%) encontra-se entre 36 e 45 anos de idade. A faixa entre 46 e 55 anos de idade ainda é significativa (27,3%), mas já indicando queda em relação às faixas de menos idade; 11,8% tinham entre 56 e 65 anos de idade e 3% não responderam ($M = 42,43$; $DP = 10,72$).

Tabela 7 - Frequência e porcentagem dos participantes das duas empresas por sexo, estado civil, nível hierárquico do cargo, Nível Socioeconômico (NSE) e religião

	f	%
Sexo		
Feminino	48	20,9
Masculino	181	78,7
Nenhuma / em branco	01	0,4
Total	230	100
Estado civil		
Casado	149	64,8
Solteiro	44	19,1
Divorciado	23	10
União estável	03	1,3
Nenhuma / em branco	11	4,8
Total	230	100
Faixa Etária		
17 a 25 anos	14	6,1
26 a 35 anos	50	21,8
36 a 45 anos	69	30
46 a 55 anos	63	27,3
56 a 65 anos	27	11,8
Nenhuma / em branco	07	3
Total	230	100
Nível Hierárquico Cargo		
Estratégico	12	5,2
Tático	31	13,5
Operacional	177	77,0
Nenhuma / em branco	10	4,3
Total	230	100
NSE		
A => 45 - 100	17	7,4
B1 => 38 - 44	38	16,5
B2 => 29 - 37	91	39,6
C1 => 23 - 28	63	27,4
C2 => 17 - 22	12	5,2
D-E => 0 - 16	04	1,7
Omissão	05	2,2
Total	230	100
Religião		
Católica	77	33,5
Evangélica	37	16,1
Espírita	10	4,3
Outras	09	3,9
Nenhuma / em branco	97	42,2
Total	230	100

FONTE: Autora (2020).

Gráfico 6 – Faixa Etária dos participantes da pesquisa



Fonte: Autora (2020)

Quanto aos níveis hierárquicos dos cargos (Figura 8) ocupados pelos participantes da pesquisa, 77% são do nível operacional, 13,5% do nível tático, 5,2% nível estratégico e 4,3 não responderam (Tabela 7). No que se refere ao tempo de permanência no cargo, 17,2% está na empresa entre meses até 2 anos, 16,7% entre 3 e 5 anos, 16,8% de 6 a 10 anos, 43,6% acima de 11 anos (máximo de 40 anos) e 5,7% não responderam (média de 13 anos e desvio padrão de 12,6 anos ocupando cargo).

Figura 6 – Níveis Hierárquicos Cargos



Fonte: adaptado Sobral e Peci (2013)

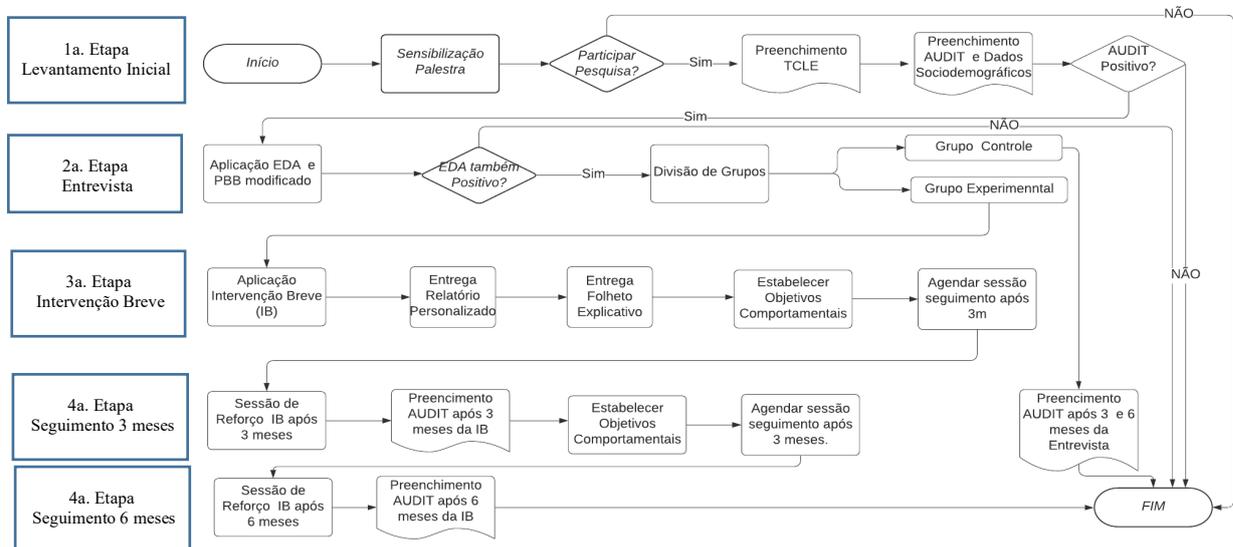
A religião predominante (Tabela 7) é a católica, com 33,5% dos respondentes, seguida da evangélica, com 16,1%, espírita 4,3%, outras religiões 3,9% e 42,2% deixaram em branco a pergunta.

O nível socioeconômico (Tabela 7) apresentado pelos trabalhadores, de acordo ABEP (2018), é o B2, com 39,6% dos entrevistados, seguido de C1, com 27,4%, B1 (16,5%), A (7,4%) e C2 (5,2%). O nível socioeconômico D-E foi estabelecido em apenas 4 trabalhadores (1,7%) e omitiram respostas 2,2%.

5.2 Delineamento da pesquisa

A pesquisa foi realizada em quatro etapas: levantamento inicial, entrevista, intervenção breve e seguimento. Ao todo foram realizadas cinco sessões assim distribuídas: uma para levantamento inicial (primeira etapa); uma para entrevista (segunda etapa); uma para intervenção breve (terceira etapa) e duas para seguimento (quarta etapa), conforme Figura 7.

Figura 7 – Fluxograma: etapas da pesquisa



Fonte: Autora (2020)

Todas as etapas da pesquisa foram realizadas no ambiente das empresas, no horário de trabalho, em uma sala com privacidade.

Na primeira etapa, levantamento inicial (*screening*), identificaram-se os riscos (baixo, risco, nocivo e dependência) do uso de álcool pelos trabalhadores. Para tanto, foi utilizado um questionário no qual o participante se identificou,

forneceu dados sociodemográficos e respondeu a um instrumento, o AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification* (BABOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS; MONTEIRO, 2001).

Os trabalhadores que pontuaram acima de 8 no AUDIT foram classificados como positivos, pois apresentaram uso de risco ou nocivo ou dependente do álcool.

Na segunda etapa, foi realizada a entrevista com os trabalhadores classificados como positivos, conforme AUDIT, investigando informações do padrão do beber através do PBB modificado – APÊNDICE D – (CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016) e aplicado à Escala de Dependência de Álcool - EDA (SKINNER; HORN, 1984; JORGE; MASUR, 1986) – (APÊNDICE E) para comparar e confirmar os resultados do AUDIT.

Os trabalhadores em que foi confirmado o uso excessivo do álcool foram divididos posteriormente em dois grupos (experimental e controle), segundo procedimento exposto na subseção 5.5.4 (p. 112).

Já na **terceira etapa** foi realizada a IB desenvolvida por Cruz, Martins e Silva (2016) somente com trabalhadores do grupo experimental.

Nas sessões de seguimento, **quarta etapa** da pesquisa, foi aplicado o AUDIT (APÊNDICE G) após 3 meses e após 6 meses da IB (CRUZ, MARTINS; SILVA, 2016) em todos participantes do grupo experimental.

Também foi aplicado o AUDIT no grupo controle após 3 e 6 meses da entrevista.

5.3 Variáveis

São variáveis independentes deste estudo: grupo controle e experimental, sexo (masculino e feminino) e cargo. Já as variáveis dependentes serão especificadas no item que expõe os instrumentos.

5.4 Instrumentos

Os instrumentos foram selecionados de acordo com a fase da pesquisa, assim apresentados a seguir.

5.4.1 Instrumentos do levantamento inicial (Screening)

O levantamento inicial foi composto de quatro partes, formando um único instrumento (APÊNDICE, C e D), coletando os dados:

- ✓ Variáveis sociodemográficas: nome, endereço, idade, gênero, estado civil, setor/departamento, cargo, tempo de serviço e escolaridade;
- ✓ Avaliação do nível socioeconômico (ABEP, 2018) com Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) que avalia classes econômicas (A, B1, B2, C1, C2 e D-E) a partir da presença de bens de consumo e do grau de instrução do chefe da família;
- ✓ Religião;
- ✓ AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) que, em português, significa “Teste para Identificação de Problemas relacionados ao uso de álcool” (BABOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS; MONTEIRO, 2001) para identificar o consumo de álcool nos participantes da pesquisa.

A escolha do AUDIT se deu por ser um instrumento de rastreamento do uso problemático de álcool com sensibilidade alta para alcançar o máximo de sujeitos passíveis de uma intervenção, desenvolvido por um grupo de pesquisadores da Organização Mundial da Saúde (OMS), adaptado para o Brasil por Mendez (1999) e atestada a sua convergência com constructos correlatos e sua validade de critério por Santos, Gouveia, Fernandes, Souza e Grangeiro (2012).

A qualidade psicométrica do AUDIT em contexto brasileiro indicou uma boa adequação e contribuiu para clarificar as dúvidas acerca da estrutura fatorial dessa medida. Verificou-se que todos os itens do instrumento apresentaram poder discriminativo significativo e correlação item-total acima do mínimo recomendado na literatura (0,20). Quanto à fidedignidade do AUDIT, o alfa de Cronbach para o conjunto total de itens foi de 0,86 – boa confiabilidade.

Assim, foi possível considerar o AUDIT como “uma medida de triagem parcimoniosa, podendo ser utilizada em diversos campos, como no sistema de saúde, no processo de habilitação de condutores, em empresas e programas clínicos de tratamento” (SANTOS; GOUVEIA; FERNANDES; SOUZA E GRANGEIRO, 2012, p. 123).

É um teste muito utilizado devido à sua brevidade e ao fato de ser de fácil

aplicação, baixo custo e composto por 10 questões (as três primeiras avaliam quantidade, frequência e embriaguez; as três seguintes, sintomas de dependência; e as quatro últimas avaliam o risco de consequências danosas ao usuário). O escore total varia de zero a 40 pontos, possibilitando identificar quatro padrões de uso de álcool ou zonas de risco, conforme Quadro 12 (BABOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS; MONTEIRO, 2001; CRUZ; MARTINS, SILVA, 2016).

Quadro 12 - Classificação do nível de uso de álcool de acordo com o AUDIT

Escore	Padrão de consumo de álcool
00 - 07 pontos	Uso de baixo risco de álcool ou abstinência: bebe menos de duas doses padrão por dia ou não ultrapassa a quantidade de cinco doses padrão em uma única ocasião.
08 - 15 pontos	Uso de risco: faz uso acima de duas doses padrão todos os dias ou mais de cinco doses padrão numa única ocasião, porém não apresentam nenhum problema atual.
16 - 19 pontos	Uso nocivo: consome álcool em quantidade e frequência acima dos padrões de baixo risco e já apresenta problemas decorrentes do uso de álcool, porém não apresenta sintomas de dependência.
20 ou mais pontos	Provável dependência: necessário uma avaliação mais cuidadosa e, se confirmado, atendimento especializado para acompanhamento.

FONTE: adaptado (BABOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS; MONTEIRO, 2001; MICHELI; FORMIGONI; RONZANI; CARNEIRO, 2017).

Um estudo de Magnabosco, Formigoni e Ronzani (2007) demonstra a utilização do AUDIT por vários profissionais da área da saúde que foram submetidos a um treinamento para aplicar o AUDIT na rotina de trabalho e a realizar a IB para pacientes classificados na zona de risco, usuários de serviços de APS de Juiz de Fora e Rio Pomba – MG. Tais profissionais eram médicos (9,6%), enfermeiros (0,7%), psicólogos (1,3%), auxiliares de enfermagem (4,3%) e agentes comunitários de saúde (27,9%), bem como estudantes de psicologia (39,8%).

A principais características do AUDIT (MICHELI; FORMIGONI; RONZANI; CARNEIRO, 2017) são:

- ✓ Avalia diversos níveis de uso de álcool, desde o não uso até a provável dependência;
- ✓ Avalia o uso de álcool nos últimos 12 meses;
- ✓ Pode ser utilizado por toda a equipe de saúde;

- ✓ Pode ser utilizado em forma de entrevista ou autoaplicação;
- ✓ Tempo de aplicação: 2 a 4 minutos;
- ✓ Suas questões correspondem aos principais critérios diagnósticos da CID-10.

Ao utilizar o AUDIT, é necessário que se tenha claro o conceito de dose padrão, pois as bebidas possuem concentrações de álcool puro diferentes (uma é mais forte que outra). Portanto, há uma quantidade de álcool puro, denominada dose padrão, que equivale a cerca de 10 a 12 g de álcool puro, o equivalente a uma lata de cerveja ou chope (330 ml a 4%), uma taça de vinho (100 ml a 12% ou 70 ml a 18%), uma dose de destilado (30 ml a 40%) ou um copo pequeno de licor - 50 ml a 25% (WHO, 2010c; MICHELI; FORMIGONI; RONZANI; CARNEIRO, 2017).

A correção é realizada somando os pontos de cada pergunta de acordo com cada resposta dada pelo respondente. Com essa soma, obtém-se a classificação em quatro níveis e o padrão de consumo de álcool (Quadro 12). Para esta pesquisa consideraremos como “positivos” as pessoas que pontuam 8 ou mais neste teste.

5.4.2 Instrumentos da entrevista dos grupos intervenção e controle

Semelhante ao levantamento inicial, este também teve várias partes, montadas em um único conjunto (APÊNDICE, E e F):

- ✓ Variáveis sociodemográficas: nome, sexo e peso;
- ✓ **Perfil Breve Bebedor (PBB) modificado** (CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016; DIMEFF; BAER; KIVLAHAN; MARLATT, 2002): avalia o consumo de álcool pela quantidade de doses bebida, o tipo de bebida, o tempo gasto nesta atividade, com quem estava e o local;
- ✓ **EDA – Escala de Dependência do álcool / ADS – Alcohol Dependence Scale** (SKINNER; HORN, 1984; JORGE; MASUR, 1986): avalia o grau de severidade da dependência física e psicológica ao álcool.

A escolha dos instrumentos para esta fase foi feita tendo-se por objetivos construir um perfil dos trabalhadores estudados quanto ao uso de bebidas alcoólicas, confirmar os resultados do AUDIT dos trabalhadores que fazem uso abusivo do álcool, assim como conhecer o padrão de uso do álcool feito por eles.

Tanto o PPB quanto a EDA são muito utilizados em pesquisas sobre o

consumo de bebidas alcoólicas entre adultos e adolescentes (DIMEFF; BAER; KIVLAHAN; MARLATT, 2002).

O PBB modificado (CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016; DIMEFF; BAER; KIVLAHAN; MARLATT, 2002) é um método de entrevista para avaliar o padrão habitual do consumo de álcool, as ocasiões episódicas e o tempo de consumo da bebida. Para cada período (dia da semana), verifica-se o tipo de bebida, o teor alcoólico, a quantidade consumida, o tempo aproximado durante o qual a bebida foi consumida, as pessoas com quem estava e o local. Por fim, pergunta-se quantas vezes bebeu cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 6 meses e o peso. Com esses dados é possível calcular o Nível de Álcool no Sangue – NAS (utilizado na IB).

Já a Escala de Dependência do Álcool (EDA), desenvolvida por Skinner e Allen (1982) com confiabilidade de coerência interna (0,92), é um instrumento quantitativo que mensura o grau de severidade da dependência do álcool ao longo da vida. É uma escala muito utilizada, confiável e foi validada para a realidade brasileira por Jorge e Masur (1986).

A EDA, como revisto por Skinner e Horn (1984), possui 25 itens que analisam domínio cognitivo, fisiológico e comportamental, sintomas de abstinência, controle prejudicado enquanto bebe, compulsão para beber, tolerância ao álcool e saliência dos comportamentos de busca da bebida (SKINNER; HORN, 1984). Cada item possui duas, três ou quatro alternativas de respostas, atribuindo de 0 a 3 pontos: alternativa a – 0 pontos; alternativa b – 1 ponto; alternativa c – 2 pontos; alternativa d – 3 pontos. Desta forma, segundo seus autores, a EDA classifica os indivíduos nos níveis: **baixa dependência** - 1 a 13 pontos; **dependência moderada** - 14 a 21 pontos; substancial **dependência** - 22 a 30 pontos; e **dependência severa** - 31 a 47 pontos (JORGE; MASUR, 1986).

Na validação da EDA para a realidade brasileira, Jorge e Masur (1986) reduziram de quatro para três categorias a classificação e adotaram a denominação: **dependência leve** - 1 a 13 pontos; **dependência moderada** - 14 a 21 pontos; e **dependência severa** - 22 a 47 pontos. Para esta pesquisa foi adotada essa classificação nas análises dos resultados.

A adequação da tradução da EDA obteve coeficiente *Kappa* de 0,77 – concordância alta (JORGE; MASUR, 1986).

Algumas instruções devem ser passadas aos indivíduos antes de iniciar as

perguntas: solicitar que responda as perguntas reportando-se às características dos últimos 6 meses (no caso desta pesquisa, pois recomenda-se no máximo o período de até 12 meses); responder a alternativa que parece a mais apropriada ao que ocorria com ele no período considerado; apontar qualquer dificuldade em compreender o que lhe está sendo perguntado (JORGE; MASUR, 1986).

A EDA leva aproximadamente 10 minutos para ser concluída e utilizada para diagnóstico na saúde, com a população em geral, no local de trabalho e na educação. As pontuações da EDA provaram ser diagnósticas em relação a um DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*) de dependência de álcool. Um escore de 9 ou mais é indicativo de dependência de álcool pelo DSM (SKINNER; HORN, 1984). Estudos de Ross, Gavin e Skinner (1990) compararam a EDA na avaliação dos transtornos do álcool DSM – III em 501 pacientes, demonstrando resultados favoráveis.

5.4.3 Instrumentos do seguimento de 3 e 6 meses

Na última etapa foi avaliado o nível de consumo de bebidas alcoólicas duas vezes, ou seja, após três e seis meses da intervenção breve, utilizando o AUDIT (APÊNDICE, G), mesmo instrumento da primeira etapa, em todos participantes dos grupos (experimental e controle).

5.5 Procedimentos

Os procedimentos serão desenvolvidos conforme a fase da pesquisa.

5.5.1 Sensibilização

Antes de iniciar a primeira etapa da pesquisa, foi realizada uma sensibilização com os trabalhadores, convidando-os para a palestra intitulada “Álcool e Trabalho” (APÊNDICE, A), ministrada pela autora. No final de cada palestra, foi realizado o convite para os trabalhadores participarem da pesquisa, explicaram-se o objetivo e as garantias de privacidade e confidencialidade dos dados coletados na pesquisa.

Por fim, agradeceu-se a presença de todos, ficando na sala somente os trabalhadores que aceitaram participar da pesquisa para iniciar a primeira etapa – levantamento inicial.

5.5.2 Procedimento do levantamento inicial (Screening)

Aos trabalhadores que aceitaram o convite solicitou-se a concordância de participação no estudo, lendo e entregando o TCLE para assinarem assim que estivesse tudo esclarecido e de acordo. Após recolher o TCLE assinado, deu-se início ao levantamento inicial (*Screening*), convidando os participantes a responder o questionário AUDIT, as questões sociodemográficas, de religião e nível socioeconômico, identificando-se para que a pesquisadora pudesse entrar em contato para a formação dos grupos e a realização das próximas etapas.

O instrumento é formado de duas partes destacáveis (APÊNDICE C e D). Ambas receberam o mesmo número para o trabalhador perceber que suas respostas ficarão em sigilo. Eles preencheram a parte destacável e colocaram em uma urna fechada sob a guarda da pesquisadora.

A aplicação dos questionários do levantamento inicial foi monitorada pela pesquisadora, deu-se em horário de trabalho, de forma coletiva e em sala reservada das empresas.

Após a aplicação dos instrumentos do levantamento inicial, os dados foram digitados em planilha do software Excel e posteriormente exportados para o programa de análises estatísticas do software SPSS¹⁹ *Statistics*, computando as frequências de cada questão e realizando as análises a partir dos cruzamentos entre as variáveis.

Assim, foram verificados os trabalhadores que participaram das etapas seguintes da pesquisa (entrevista, intervenção breve e seguimento). Os que apresentaram pontuação no AUDIT maior ou igual a 8 foram classificados como positivos, o que corresponde a uso do álcool com risco, nocivo e dependente.

¹⁹ **SPSS**: software da IBM para análise estatística de dados amostrados.

5.5.3 Procedimento da Entrevista

Nesta segunda fase da pesquisa, participaram os trabalhadores classificados como positivos (uso do álcool com risco, nocivo e dependente) através do AUDIT. Foram chamados individualmente, reiteradas as informações do TCLE e aplicada a EDA - Escala de Dependência do álcool / ADS – *Alcohol Dependence Scale* (SKINNER; HORN, 1984) e o PBB modificado (CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016).

A aplicação da EDA teve por objetivo confirmar o resultado do AUDIT (levantamento inicial).

5.5.4 Procedimento da Formação do Grupo Controle e Grupo Experimental

Os trabalhadores em que foi confirmada a classificação positiva através do AUDIT (BABOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS; MONTEIRO, 2001) e da EDA (SKINNER; HORN, 1984) no Levantamento Inicial e na Entrevista, respectivamente na primeira e segunda etapa, foram divididos em dois grupos:

Grupo 1 – Grupo Experimental: foi realizada IB, e

Grupo 2 – Grupo Controle: não foi realizada IB.

Na organização destes grupos, tomou-se o cuidado para que eles fossem divididos igualmente em quantidade, por nível do cargo e padrão de beber.

5.5.5 Procedimento da Intervenção Breve

Na terceira fase da pesquisa, foi realizada a intervenção breve com os participantes do grupo experimental, que seguiu o procedimento descrito no livro *Meus Alunos estão bebendo! E agora? Guia teórico-prático para educadores sobre Intervenção Breve para reduzir o consumo de álcool entre estudantes* (CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016), baseado no modelo BASICS (DIMEFF; BAER; KIVLAHAN; MARLATT, 2002).

A intervenção breve, por ser menos intensiva, mais flexível, de fácil aceitação, personalizada e de melhor relação custo-efetividade potencial, foi escolhida por esta pesquisa, que aplicou esse modelo de intervenção em trabalhadores em risco, uso nocivo e dependente de álcool, verificando também seu

resultado com esse público (CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016; DIMEFF; BAER; KIVLAHAN; MARLATT, 2002).

Foram aplicados os seis elementos essenciais “princípios ativos” comuns às IBs - FRAMES, explicado abaixo de acordo com Cruz, Martins e Silva (2016).

Feedback – foi realizada a devolutiva dos resultados obtidos na entrevista com informações referentes ao padrão de beber, resultados do AUDIT e da EDA, entregando um relatório personalizado (APÊNDICE H) contendo: a pontuação do AUDIT, o padrão de beber; e o Nível de Álcool no Sangue – NAS atingido na ocasião em que mais bebeu nos últimos seis meses. Foi lido junto com o trabalhador, lado a lado, esclarecendo o significado e os riscos associados àquela pontuação, realizando indagações que o façam refletir sobre seu comportamento, sem sermões ou perguntas em tom de ironia.

Diante das reflexões, o trabalhador se responsabiliza (**Responsibility**) na tomada de decisão, no cuidado e no compromisso com a mudança. Pois quando o trabalhador responde as questões levantadas, ele mesmo se ouve e reflete sobre seu comportamento, usando sua própria motivação, energia e comprometimento. Esse atendimento diretivo é feito com intuito de evocar no trabalhador as suas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse da sua própria saúde (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Advice – aconselhamento são as orientações e recomendações oferecidas ao trabalhador de forma clara, desvinculadas de qualquer juízo de valor moral, preservando a autonomia e decisão dele.

O **Menu** é o fornecimento de um folheto explicativo (APÊNDICE I) com informação geral com dicas e sugestões de moderação no consumo de álcool, reduzindo prejuízos.

A **Empathy** – empatia refere-se ao modo empático, solidário e compreensivo de quem realiza a IB.

Self-efficacy – autoeficácia é o foco que o profissional deve ter no sentido de promover e facilitar a confiança do sujeito em seus recursos e em seu sucesso, correspondendo a um reforço do otimismo e autoconfiança, voltado a uma maior autopercepção da eficácia pessoal e da consecução de metas assumidas.

No final, foi agendada uma sessão de seguimento após 3 meses e foram definidos alguns objetivos comportamentais a serem atingidos. A pesquisadora se colocou à disposição para conversar com o trabalhador quando ele precisasse.

5.5.6 Procedimento do seguimento de 3 e 6 meses

Nesta quarta fase da pesquisa foram realizadas as sessões de seguimento após 3 e 6 meses da IB com grupo experimental. Esses seguimentos serviram como uma sessão de reforço e avaliação de como estava o padrão de beber do trabalhador, ou seja, se diminuiu, aumentou ou se manteve estável. Para tanto, as sessões tiveram por objetivos (DIMEFF; BAER; KIVLAHAN; MARLATT, 2002):

- ✓ Aplicar o AUDIT;
- ✓ Verificar novamente a quantidade de álcool consumida durante os três e seis meses posteriores à intervenção breve, possibilitando, assim, obter análise estatística das diferenças entre a quantidade de álcool consumida antes e após a intervenção;
- ✓ Verificar os progressos obtidos no período em relação aos objetivos estabelecidos;
- ✓ Reforçar os pontos positivos das habilidades praticadas;
- ✓ Orientar e aconselhar na solução dos problemas e obstáculos que poderiam interferir na consecução dos objetivos.

5.5.7 Procedimento do Grupo Controle

Após três e seis meses da entrevista, também foi aplicado o AUDIT nos participantes do grupo controle, verificando novamente a quantidade de álcool consumida, objetivando obter análise estatística comparativa do padrão de beber dos participantes (se diminuiu, aumentou ou se manteve estável) entre o grupo controle e grupo experimental.

Estes resultados também permitiram analisar se a intervenção breve aplicada em trabalhadores em risco, uso nocivo e dependente de álcool teve efetividade ou não.

5.6 Análise dos dados

Os dados desta pesquisa foram coletados de duas formas: aplicação coletiva (sala das empresas, questionário de levantamento inicial) e individual, em que os

trabalhadores responderam as questões da entrevista e do seguimento de 3 e 6 meses diretamente para a pesquisadora. Todos os dados foram digitados em planilha eletrônica e exportados para programa estatístico - *SPSS Statistics 25* (IBM, 2017), no qual foram computadas as porcentagens e as frequências (absolutas e relativas), o teste associação e as diferenças médias e utilizando o nível de significância de 0,05.

5.7 Cronograma

As atividades desta pesquisa foram desenvolvidas nos períodos descritos no Quadro 13.

Quadro 13 – Período Atividades Desenvolvidas

Período	Atividades
abril – agosto/2018	Palestra, entrega TCLE e aplicação do levantamento Inicial
novembro/2018 – fevereiro/2019	Aplicação EDA e PBB
maio – agosto/2019	Aplicação da Intervenção breve no grupo 1
Agosto – novembro/2019	Entrevista de seguimento de 3 meses
novembro/2019 – fevereiro/2020	Entrevista de seguimento de 6 meses

Fonte: Autora (2020).

5.8 Considerações éticas

Antes de iniciar a coleta de dados, o projeto desta pesquisa foi submetido ao CEP - Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de filosofia e ciências/UNESP – Campus de Marília e aprovado - **CAAE**: 82958118.4.0000.5406 (ANEXO A).

A pesquisa não apresentou riscos de prejuízo psicológicos aos participantes, pois o objetivo foi apenas avaliar o uso de álcool e realizar uma intervenção breve de cunho cognitivo comportamental.

Como a pesquisa envolveu um grupo experimental (com IB) e um grupo controle (sem IB), após todas etapas de coleta de dados, foi realizada intervenção breve nos participantes do grupo 2 (controle). Desta forma, nenhum trabalhador com critério para receber IB ficou sem recebê-la.

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme as etapas desenvolvidas da pesquisa: levantamento inicial, entrevista, IB e seguimentos de 3 e 6 meses dos grupos: experimental e controle.

6.1 Levantamento inicial

Inicialmente, planejou-se e utilizou-se para triagem dos trabalhadores que estivessem em situação de risco quanto ao uso do álcool o AUDIT.

6.1.1 Características dos participantes positivos no AUDIT

Foram analisadas as frequências e médias do AUDIT, que obteve Alpha de Cronbach 0,82, mostrando boa fidedignidade (CRONBACH, 1990). Selecionaram-se 78 trabalhadores que atingiram a pontuação de oito ou mais pontos. Esse número representa 34,1% do total dos participantes da pesquisa (Tabela 8) e confirma dados obtidos em pesquisa em torno do uso de álcool e de drogas no local de trabalho realizada em 1995 por Fridman e Pellegrini, através do SESI, em 23 empresas gaúchas públicas e privadas, envolvendo 51.600 funcionários, na qual se concluiu que 34% apresentavam problemas decorrentes do uso de álcool.

A Tabela 8 mostra uma ocorrência maior das classificações nocivo e dependente entre os funcionários da Empresa Privada ($\chi^2 = 11,310$, $p = 0,010$), tendo na primeira classificação (nocivo) 10,2% dos seus trabalhadores inseridos nela, contra 1,7% dos funcionários da Autarquia. Na segunda categoria, dependente, 8,5% dos trabalhadores, contra 3,5% dos da Autarquia.

Tabela 8 - Comparativo Padrão Uso do álcool entre as empresas

	Autarquia		Privada		Total	
	f	%	f	%	f	%
Risco baixo	118	69,4	33	55,9	151	65,9
Risco	43	25,3	15	25,4	58	25,4
Nocivo	3	1,7	6	10,2	9	3,9
Dependente	6	3,5	5	8,5	11	4,8
	170	74,2	59	25,7	229	100,0

Fonte: Autora (2020).

Verifica-se na Tabela 8 que o total de respondentes foi 229, e na subseção sobre os participantes colocamos que 230 responderam o Levantamento Inicial, mas um destes trabalhadores respondeu apenas a primeira parte do instrumento, sobre os dados sociodemográficos, deixando em branco o AUDIT e, desta forma, ele foi excluído das análises.

A Tabela 09 evidencia que o uso abusivo do álcool está presente em todos os níveis hierárquicos profissionais, de todos os setores das empresas analisadas, conforme foi verificado em pesquisa realizada (TRUCCO; REBOLLEDO; BUSTAMANTE; GONZÁLEZ; ACUÑA; CORREA, 2009). O total de respondentes foi 223, pois 6 trabalhadores (1 com padrão de beber de risco e 5 com risco baixo) não responderam o nível de cargos e um, já citado anteriormente, não respondeu o AUDIT.

Tabela 9 – Comparativo Padrão Uso do álcool e nível de cargo

Nível Cargo	Estratégico		Tático		Operacional		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Risco baixo	8	5,5	19	13	119	81,5	146	65,4
Risco	3	5,2	13	22,8	41	72,0	57	25,5
Nocivo	0	0,0	1	11,1	8	88,9	9	4,2
Dependente	2	18,0	0	0,0	9	82,0	11	4,9
	13	6,0	33	14,7	177	79,3	223	100,0

Fonte: Autora (2020).

6.2 Entrevista

Nesta segunda etapa da pesquisa, participaram os trabalhadores classificados como positivos (uso do álcool com risco, nocivo e dependente) através do AUDIT e aplicou-se a EDA e o PBB modificado. Em relação à EDA, obtivemos Alpha de Cronbach igual a 0,81, mostrando boa fidedignidade para esta escala (CRONBACH, 1990).

6.2.1 Características dos participantes positivos no AUDIT e EDA

Dos 77 trabalhadores classificados como positivos no Audit, participaram desta fase 71, pois 06 trabalhadores foram desligados da empresa ou não compareceram, sendo quatro da Autarquia e dois da empresa privada, portanto, não responderam a EDA nem o PBB modificado.

Todos os 71 respondentes pontuaram a EDA, possibilitando comparar e confirmar os resultados obtidos no AUDIT - positivos quanto ao uso abusivo de álcool. A tabela 10 expõe o cruzamento dos resultados destes dois testes, na qual observamos que o AUDIT é mais severo na classificação do consumo de bebidas alcoólicas, em que dos 10 classificados como dependentes, na EDA foram somente dois classificados como tendo dependência moderada e uma severa. Este resultado é esperado, pois o AUDIT é um teste para levantamento inicial no qual se obtém um número razoável de falsos positivos e baixo de falsos negativos, enquanto a EDA é uma escala para confirmação de diagnóstico.

Tabela 10 – Frequência absoluta e relativa dos resultados do AUDIT em relação ao EDA

Nível consumo no AUDIT	Nível de Dependência na EDA					
	Leve		Moderada		Severa	
	f	%	f	%	f	%
Risco	50	77,0	1	33,3	1	33,3
Nocivo	8	12,3	0	0,0	1	33,3
Dependente	7	10,7	2	66,7	1	33,3

Fonte: Autora (2020).

Quanto às características deste grupo temos que, em relação ao sexo, 91,5% eram do sexo masculino e 8,5%, do sexo feminino. Grande parte dos trabalhadores (63,4%) estava nas faixas de idade relativas à idade produtiva – 17 a 45 anos, e a porcentagem de jovens trabalhadores com menos de 35 anos é de 28,2% (FRIDMAN; PELLEGRINI, 1995). A maior parte dos trabalhadores (35,2%) encontra-se entre 36 e 45 anos de idade. A faixa entre 46 e 55 anos de idade ainda é significativa (22,5%), 9,9% têm entre 56 e 65 anos de idade e 4,2% não responderam (M = 40,82; DP = 11,08) (Tabela 11).

Tabela 11 – Frequência e percentagem dos participantes das duas empresas positivos no AUDIT e na EDA por sexo, faixa etária e nível hierárquico do cargo

	f	%
Sexo		
Feminino	06	8,5
Masculino	65	91,5
Total	71	100
Faixa Etária		
17 a 25 anos	06	8,5
26 a 35 anos	14	19,7
36 a 45 anos	25	35,2
46 a 55 anos	16	22,5
56 a 65 anos	07	9,9
Nenhuma / em branco	03	4,2
Total	71	100
Nível Hierárquico Cargo		
Estratégico	04	5,6
Tático	14	19,7
Operacional	53	74,7
Total	71	100

FONTE: Autora (2020).

Comparando estes resultados entre as empresas com os do grupo total (item 5.1) encontram-se entre eles quase a mesma média de idade (40,82 contra 42,43 do grupo total), diminuindo 2 anos.

A proporção de participantes da empresa privada aumentou um pouco de 25,8 (grupo total) para 33,8%, consequentemente o da Autarquia diminuiu de 74,2% (grupo total) para 66,2%. Já a proporção de nível hierárquico do cargo estratégico praticamente se manteve (5,6% contra 5,2% do grupo total), no tático aumentou de 13,5% (grupo total) para 19,7%, consequentemente, o operacional diminuiu de 77% (grupo total) para 74,7%.

Nenhuma das análises de variância apresentou efeito significativo entre as empresas.

6.2.2 Composição dos Grupos Experimental e de Controle

A organização dos grupos seguiu o procedimento estabelecido no item 5.5.4

do capítulo sobre o método. Selecionaram-se os 71 trabalhadores positivos no AUDIT e EDA, verificou-se, via análise de variância, que não apresentaram diferença significativa por empresa, portanto, pôde-se tratar como um grupo (Tabela 12). Assim, o grupo experimental totalizou 43 trabalhadores e o grupo controle 28 trabalhadores.

Tabela 12 – Média e desvio padrão do AUDIT e EDA dos funcionários por empresas e grupo.

	AUDIT		EDA	
	M	DP	M	DP
Autarquia	13,04	5,17	5,53	6,34
Privada	15,08	4,77	7,46	5,33
Experimental	13,84	4,43	6,53	5,20
Controle	13,57	6,06	5,64	7,23

FONTE: Autora (2020).

Objetivando garantir que todos os participantes dos dois grupos partissem de uma linha de base igual no critério de seleção adotado, a pontuação do AUDIT e EDA, realizou-se análise de variância entre os grupos formados. Os resultados não apresentaram efeitos significantes (Tabela 12).

6.2.3 Resultados do PBB – Perfil Breve Bebedor modificado

O PBB modificado (CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016) avaliou o consumo de bebida dos trabalhadores que beberam pelo menos uma vez na semana. São seis medidas realizadas: a primeira corresponde ao tipo de bebida consumida, a segunda, ao número total de doses consumidas na semana, a terceira, ao tempo gasto bebendo, a quarta, ao número de pessoas com quem bebeu, a quinta, ao local onde bebeu e, por último, o número de vezes que bebeu cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos seis meses.

Quanto à frequência de beber por dia da semana, verificou-se que de segunda-feira a quinta-feira (Tabela 13) as ocorrências foram menores que cinco ou seis doses ou não ocorreram. O dia em que os trabalhadores mais bebem são os sábados, seguido de sexta-feira e domingo.

Tabela 13 – Frequência e porcentagem de doses e beber por dia da semana

	Domingo		2ª feira		3ª. feira		4ª. feira		5ª. feira		6ª. feira		Sábado	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nenhuma	28	39,4	48	67,7	56	78,9	44	62,0	47	66,2	15	21,1	6	8,4
1 a 2	8	11,3	12	16,9	9	12,7	11	15,5	14	19,8	8	11,3	5	7,0
3 ou 4	12	16,9	3	4,2	3	4,2	8	11,3	4	5,6	16	22,5	13	18,3
5 ou 6	8	11,3	5	7,0	1	1,4	5	7,0	2	2,8	13	18,3	17	24,0
7 a 9	5	7,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	2	2,8	9	12,7	6	8,4
10 ou +	10	14,1	2	2,8	2	2,8	3	4,2	2	2,8	10	14,1	24	33,9
Total	71	100	71	100	71	100	71	100	71	100	71	100	71	100

FONTE: Autora (2020).

Percebe-se que, nos dias em que os trabalhadores mais bebem - sábado, sexta-feira e domingo, na mesma sequência, também são os dias em que o número de pessoas com quem beberam foi maior (Tabela 14).

Tabela 14 – Frequência e porcentagem de números de pessoas com quem bebeu

	Domingo		2ª feira		3ª. feira		4ª. feira		5ª. feira		6ª. feira		Sábado	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nenhuma	37	52,2	56	78,9	61	85,9	53	74,6	53	74,6	24	33,8	16	22,6
1 a 2	17	24,0	10	14,1	7	9,9	13	18,3	12	19,8	22	31,0	24	33,8
3 ou 4	6	8,4	3	4,2	2	2,8	4	5,7	3	4,2	15	21,2	8	11,2
5 ou 6	5	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	8,4	10	14,1
7 a 9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	3	4,2
10 ou +	6	8,4	2	2,8	1	1,4	1	1,4	1	1,4	3	4,2	10	14,1
Total	71	100	71	100	71	100	71	100	71	100	71	100	71	100

FONTE: Autora (2020).

A Tabela 15 apresenta o tipo de bebida consumida por dia da semana. A cerveja observa-se ser a mais consumida, seguida de destilados.

Tabela 15 – Frequência e porcentagem do tipo de bebida

	Domingo		2ª feira		3ª. feira		4ª. feira		5ª. feira		6ª. feira		Sábado	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nenhuma	28	39,4	48	67,6	56	78,9	44	62,0	47	66,2	15	21,2	6	8,4
Cerveja	36	50,8	20	28,2	13	18,3	25	35,2	22	31,0	47	66,2	56	79,0
Destilado	2	2,8	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,8	3	4,2
Cerveja + destilado	2	2,8	2	2,8	2	2,8	2	2,8	2	2,8	4	5,6	3	4,2
Outras	3	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,2	3	4,2
Total	71	100	71	100	71	100	71	100	71	100	71	100	17	100

FONTE: Autora (2020).

Já o local preferido pelos trabalhadores (Tabela 16) para consumo de bebida alcoólica é em casa, seguido do bar.

Tabela 16 - Frequência e porcentagem do local onde bebeu

	Domingo		2ª feira		3ª. feira		4ª. feira		5ª. feira		6ª. feira		Sábado	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nenhum	28	39,4	48	67,6	56	78,9	44	62,0	47	66,2	15	21,1	6	8,4
Casa	31	43,7	13	18,3	7	9,9	14	19,7	13	18,3	29	40,9	31	43,7
Bar	5	7,0	6	8,5	5	7,0	8	11,3	6	8,5	17	24,0	18	25,4
Casa amigos	4	5,7	2	2,8	1	1,4	3	4,2	1	1,4	5	7,0	9	12,6
Casa + bar	1	1,4	1	1,4	1	1,4	1	1,4	1	1,4	1	1,4	1	1,4
Outros	2	2,8	1	1,4	1	1,4	1	1,4	3	4,2	4	5,6	6	8,5
Total	71	100	71	100	71	100	71	100	71	100	71	100	71	100

FONTE: Autora (2020).

Quanto ao Beber Pesado Episódico (*Binge Drinking*), 80,2% dos trabalhadores fizeram pelo menos uma vez o consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos seis meses (Tabela 17). A média desse padrão de beber foi 36,09 vezes. E a média do NAS foi de 0,125 - efeitos no organismo de confusão, desorientado, equilíbrio emocional danificado, fala prejudicada, sensação perturbada, embriaguez visível, visão dupla, náuseas e vômitos, amnesia e alto riscos de *blackouts* (WALLACH, 2003 *apud* SBP, 2007; CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016).

Tabela 17 – Frequência de 5 ou mais doses em uma única ocasião nos últimos seis meses

	f	%
Nenhuma	14	19,8
1	4	5,6
2	3	4,2
3	2	2,8
12	1	1,4
20	1	1,4
24	12	16,9
48	15	21,1
72	13	18,4
96	3	4,2
120	1	1,4
168	2	2,8
Total	71	100,0

FONTE: Autora (2020).

Em geral os trabalhadores consomem, em média 3,59 doses por semana (DP = 5,96). O tempo médio gasto para beber é de 01h37 minutos (DP = 1,00).

6.3 Resultados da Intervenção Breve (IB)

A IB foi aplicada conforme procedimento já descrito no subcapítulo 5.5.5 (p. 120) nos 43 trabalhadores do grupo experimental, que são comparados com os 28 do grupo controle nos seguimentos de três e seis meses.

6.3.1 Resultados dos seguimentos de 3 meses

Neste subcapítulo são apresentadas as análises comparativas dos dados provenientes do AUDIT coletado nos seguimentos de três meses após a IB com trabalhadores do grupo experimental e seguimentos de três meses após a entrevista com trabalhadores do grupo controle.

Nesta etapa perdeu-se o total de 10 participantes, sendo 02 participantes do grupo experimental (um solicitou para não participar mais da pesquisa e outro não compareceu às entrevistas), ambos da empresa privada.

Já no grupo controle perderam-se 08 participantes: um da empresa privada que foi demitido e 07 da autarquia (01 aposentou; 02 não compareceram; e 04 estavam e ficaram internados durante o tempo da pesquisa pelo uso abusivo de álcool e drogas - informação obtida no departamento de Recursos Humanos da empresa).

Assim, o AUDIT foi aplicado em 61 trabalhadores (41 do grupo experimental e 20 do grupo controle) após três meses da IB (Tabela 18). Os dados obtidos foram analisados utilizando-se uma ANOVA de medidas repetidas (FIELD, 2009). Resultados demonstram que ocorreu efeito significativo somente para tempo ($F_{1,59} = 12,942$, $p < 0,001$), em que ambos os grupos diminuíram a pontuação no AUDIT (Tabela 18 e Figura 7).

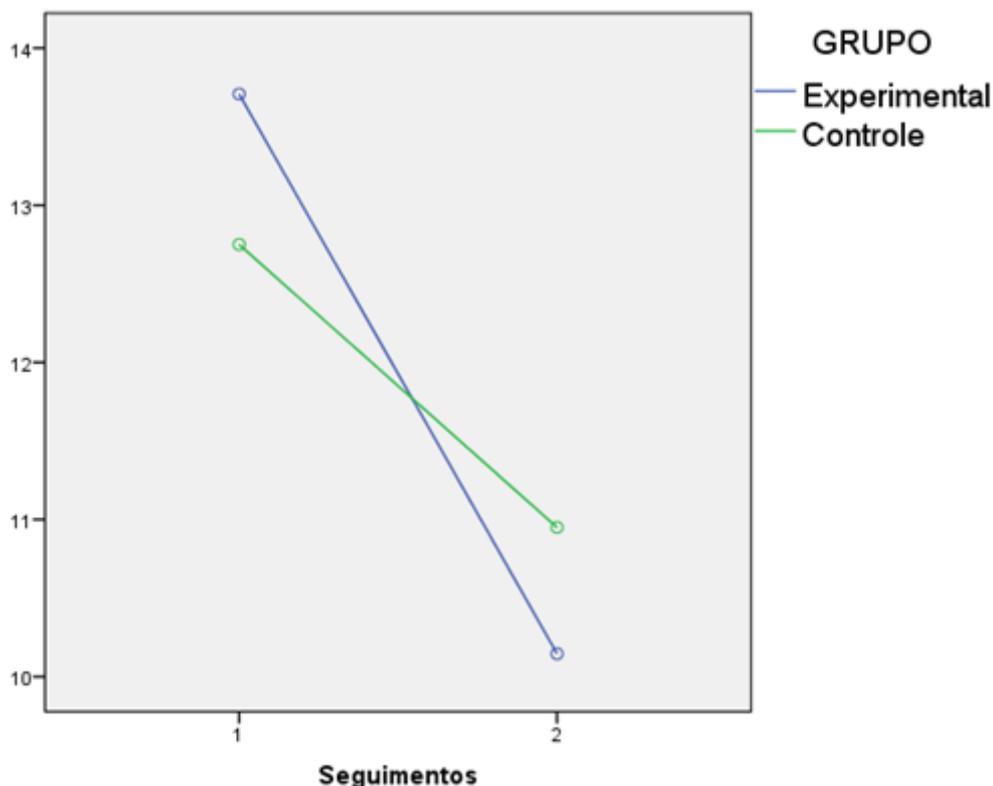
Tabela 18 – Média, desvio padrão no AUDIT na entrevista e seguimentos de três meses após IB por grupo

		Média	DP
Entrevista			
Experimental		13,71	4,389
Controle		12,75	5,098
Seguimento 3 meses			
Experimental		10,15	5,136
Controle		10,95	9,611

Fonte: autora (2020).

Embora não tenha ocorrido efeito significativo entre os grupos vê-se, especialmente na Figura 8, que o grupo experimental diminui a pontuação do AUDIT mais que o grupo controle. No primeiro grupo a média diminuiu 3,56 pontos, enquanto o controle somente 1,8 pontos.

Figura 8 – Média, desvio padrão no AUDIT na entrevista e seguimentos de três meses após IB, por grupo.



Fonte: autora (2020).

6.3.2 Resultados dos seguimentos de 6 meses

Após seis meses da IB foi aplicado seguimento através do AUDIT nos trabalhadores do grupo experimental e controle. Os resultados serão apresentados abaixo.

Nesta etapa perdeu-se o total de 05 participantes, sendo 02 participantes do grupo experimental, ambos da empresa privada, pois foram desligados.

Já no grupo controle perderam-se 03 participantes, todos da autarquia, que estavam de férias quando foi realizada a pesquisa.

Assim, o AUDIT foi aplicado em 56 trabalhadores (39 do grupo experimental e 17 do grupo controle) após seis meses da IB (Tabela 19). Os dados foram

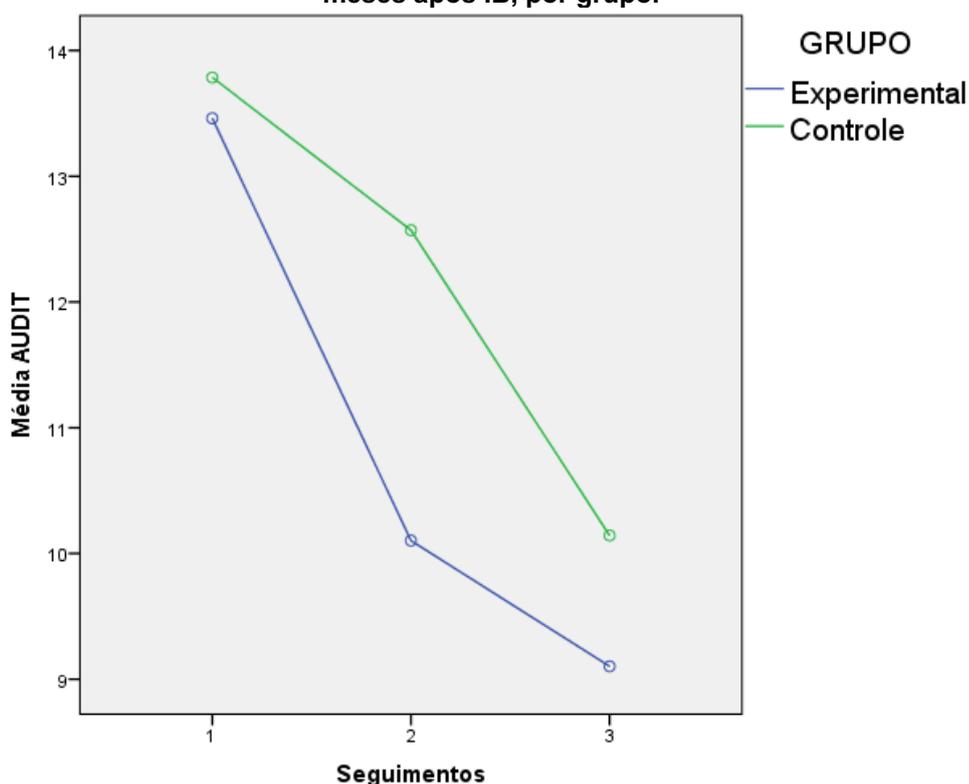
analisados com uma ANOVA, de medidas repetidas (FIELD, 2009), entre o grupo experimental e o grupo controle. Resultados demonstram que ocorreu efeito significativo somente para tempo ($F_{1,51} = 24,489$, $p < 0,001$), como no seguimento de três meses, em que ambos os grupos diminuíram a pontuação no AUDIT (Tabela 19 e Figura 9), mas com o grupo experimental diminuindo mais do que o grupo controle a pontuação do AUDIT.

Tabela 19 – Média, desvio padrão no AUDIT na entrevista, seguimentos de três meses e seis meses após IB, por grupo.

Entrevista	Média	DP
	Experimental	13,46
Controle	13,79	5,727
Seguimento 3 meses		
Experimental	10,10	5,082
Controle	12,57	11,036
Seguimento 6 meses		
Experimental	9,10	4,898
Controle	10,14	7,533

Fonte: autora (2020).

Figura 9 – Média, desvio padrão no AUDIT na entrevista, seguimentos de três meses e seis meses após IB, por grupo.



Fonte: autora (2020).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, apresentam-se as considerações referentes aos resultados obtidos na presente Tese, primeiramente relacionados aos resultados da pesquisa realizada quanto ao consumo de álcool em trabalhadores. Em seguida Intervenção breve e recomendações.

7.1 Consumo de álcool em trabalhadores

Retomando aos objetivos propostos nesta Tese, buscou-se identificar de forma precoce o uso abusivo de álcool por trabalhadores e promover a aplicação de IB para a redução do consumo de álcool.

A bebida mais consumida entre os trabalhadores é a cerveja. Esse fato pode ser associado à produção elevada de cerveja no Brasil (terceiro maior produtor de cerveja do mundo), produzindo cerca de 14,1 bilhões de litros por ano (CERVBRASIL, [2018]).

Outro fator que pode estar associado à preferência pela cerveja é que a mesma, segundo Araújo, Silva e Minim (2003), “[...] é uma das bebidas mais lábeis, possuindo um complexo, mas moderado aroma e sabor. O equilíbrio de seus compostos voláteis e não-voláteis é responsável pela aceitação e qualidade da bebida”.

Os trabalhadores bebem preferencialmente nos finais de semana aos sábados seguido de sexta e domingo, com um maior número de consumidores. Essa influência de colegas, segundo Dimeff, Baer, Kivlahan e Marlatt (2002), é o fator de risco ambiental mais comum para o uso de álcool. Os autores acreditam que os colegas se “socializam” uns com os outros pela imitação ou “reforçamento” do comportamento de beber, como também na “seleção de colegas” – associar-se a semelhantes cujos estilos de vida se parecem com os seus. Desta forma percebe-se que o álcool tem sua função social, a ponto de a pessoa que bebe pouco ou nada provocar no mínimo estranheza, senão marginalização. Muitas vezes, a masculinidade de um indivíduo é medida pela quantidade de álcool que este consegue ingerir, como também, em determinadas ocasiões, é quase impossível esquivar-se da bebida sem provocar expulsão do grupo. Com isso, os hábitos de

beber fomentam o consumo abusivo do álcool (REHFELDT, 1989).

Já como local preferido para consumo de bebidas pelos trabalhadores predominou a residência, possivelmente por conseguirem comprar cervejas a preços mais baixos em supermercados do que em bares (MIOZZO, 2018), como também pela preocupação com as penalidades da Lei Seca (Lei nº 11.705, 20 junho de 2008 e Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012), que alterou o Código de Trânsito Brasileiro e estabeleceu tolerância zero quanto à prática de dirigir sob efeito de álcool; a Lei prevê multa, perda da habilitação por 12 meses e anotação de 7 pontos na carteira (infração gravíssima) e até detenção do motorista que, processado criminalmente, pode pegar de seis meses a três anos de prisão. “O Brasil tornou-se, então, com esta Lei, um dos países com legislação mais severa” (SALGADO; CAMPOS, DUAILIB; LARANJEIRA, 2012, p. 972).

Quanto ao Beber Pesado Episódico (*Binge Drinking*), a maioria, 80,2% dos trabalhadores, fizeram pelo menos uma vez o consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos seis meses. A média desse padrão de beber foi 36,09 vezes. E a média do NAS foi de 0,125. A quantidade de álcool ingerido e o nível de álcool no sangue podem ocasionar vários problemas sociais, familiares e de saúde. Estudos específicos dessa forma de beber devem ser feitos para conhecer as pessoas suscetíveis a beber dessa forma e os problemas correlacionados com esse consumo, contribuindo para o desenho de políticas públicas mais eficazes que previnam o problema.

7.2 Intervenção breve

Um dos objetivos específicos proposto nesta Tese foi investigar a adequação da intervenção breve por Cruz, Martins e Silva (2016), a qual foi baseada no modelo BASICS (DIMEFF; BAER; KIVLAHAN; MARLATT, 2002), para redução do uso excessivo de bebidas alcoólicas entre trabalhadores.

Uma vez que não se têm estudos de uso da IB com trabalhadores, utilizou-se para comparação dois grupos de pesquisas: no grupo experimental aplicou-se a IB, muito utilizada por profissionais da área da saúde, seguiram-se os seis elementos essenciais “princípios ativos” comuns às IBs - FRAMES, de acordo com Cruz, Martins e Silva (2016); e o grupo controle não recebeu nenhum tipo de intervenção

e a pesquisadora considerou que embora os trabalhadores pudessem ser da mesma empresa, o fato de não receberem nenhum feedback e nenhum material escrito para levar para casa não levaria à influência do grupo controle.

Os resultados mostraram que a IB foi eficaz tanto no primeiro seguimento (três meses da aplicação da IB) como no segundo seguimento (seis meses da aplicação da IB), e confirmam a eficácia da IB nas organizações. Em todos os seguimentos, os dados mostraram que o grupo experimental diminuiu a quantidade de beber.

Percebeu-se que o grupo controle também diminuiu a quantidade de beber, mas não na mesma proporção do grupo experimental. Isso ocorreu devido à intervenção realizada, percebeu-se que mesmo os que não passaram pela IB acabaram sendo beneficiados.

Assim, considera-se que a presente pesquisa tenha mostrado uma eficácia da IB (CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016) entre trabalhadores por apresentar uma redução do padrão de beber de ambos os grupos

Considera-se também que o AUDIT (BATOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS; MONTEIRO, 2001) mostrou-se adequado para o processo de levantamento inicial por apresentar Alpha de Cronbach de 0,82, mostrando boa fidedignidade (CRONBACH, 1990) e para os seguimentos de três e seis meses. Os trabalhadores gastaram em torno de cinco minutos para responder as dez questões.

A EDA (SKINNER; HORN, 1984; JORGE; MASUR, 1986) também mostrou-se adequada para confirmar o diagnóstico do levantamento inicial, com Alpha de Cronbach de 0,81 – boa fidedignidade (CRONBACH, 1990).

Quanto ao Perfil Breve Bebedor (PBB) modificado (CRUZ; MARTINS; SILVA, 2016; DIMEFF; BAER; KIVLAHAN; MARLATT, 2002), também mostrou-se adequado para avaliar o consumo de álcool pela quantidade de doses bebida, o tipo de bebida, o tempo gasto nesta atividade, com quem o trabalhador estava e o local.

7.3 Recomendações

Comprovada a eficácia da IB, recomenda-se sua adoção no ambiente organizacional. Sua praticidade e rapidez favorecem a capacitação dos profissionais (gestores, da área Gestão de Pessoas, educação, Assistência social, área da saúde,

etc.), como também sua adoção em diferentes contextos e tratamento, especialmente aqueles voltados para usuários com padrão de consumo de risco, nocivo e até dependente. Além disso, percebe-se que a IB proporcionou melhores resultados nos padrões de beber de risco e nocivo.

Ações devem ser tomadas, pois a WHO (2017) projeta um aumento no consumo do álcool nas Américas, podendo chegar a 6,6 litros de álcool puro por pessoa em 2020 e 7,0 litros de álcool puro por pessoa em 2025. No subcapítulo 4.1 (p. 73), foram citadas diversas políticas que podem ser adotadas pelas empresas.

As organizações hoje ocupam lugar importante na vida do trabalhador - ele trabalha, toma refeições e pratica lazer, ficando ali de 10 a 12 horas por dia. Desta forma, tornou-se um local onde se produzem estímulos e respostas que ocupam o dia-a-dia das pessoas, portanto, um local adequado para a prevenção do abuso de substâncias que influenciam os trabalhadores (OIT, 2008) e proporcionar bem-estar. A finalidade da organização é ter lucro e produzir, mas, para que isso seja possível, é preciso pensar no homem, acima de tudo.

Como foi visto, quase inexitem registros de resultados colhidos em experiências com ações preventivas contra o alcoolismo em empresas. E a propensão do uso abusivo do álcool não sofre influência de condições de vidas diferenciadas, a incidência ocorre em qualquer segmento populacional, como foi visto, em todos níveis hierárquicos de uma organização, desde operacional, tático até estratégico (diretoria).

Empresários aparentam estar conscientes da gravidade do problema, embora custem a admitir, negam que este possa afetar a sua empresa em particular. Possivelmente veem o alcoolismo como “[...] uma conduta de fim de semana e, portanto, um comportamento privado no qual a empresa não deve interferir” (FRIDMAN; PELLEGRINI, 1995, p. 137).

A organização decidida a enfrentar o problema que coleciona informações dos prejuízos (acidentes de trabalho, faltas, atrasos, doenças profissionais, licença de saúde, etc.) que causam a elas, aos trabalhadores, às famílias e às comunidades, precisa implantar, organizar e acompanhar todas as estratégias e políticas a serem desenvolvidas, buscando soluções efetivas em tempo hábil, e a forma de atingir as metas estabelecidas. A prevenção contra o alcoolismo também deve torna-se parte integrante da medicina do trabalho, pois possibilita maior envolvimento dos trabalhadores afetados, produzindo condições para melhorias na eficiência das

medidas adotadas.

Porém, sem o “endosso” claro e aberto dado pela alta administração da empresa, as estratégias e políticas podem ser condenadas ao insucesso. Da mesma forma, fracassará a simples delegação de atribuições a encarregados/setores/departamentos sem a expressa identificação e reconhecimento do problema pela direção, apenas para corresponder formalmente a um compromisso social e moral.

Finalizando esta pesquisa, considera-se que os achados possam contribuir para uma melhor compreensão do uso de bebidas alcoólicas entre trabalhadores, assim como que tenham mostrado as possibilidades de uso de intervenção breve que é rápida, de baixo custo e eficiente.

Muitas pesquisas precisam ser realizadas para melhor esclarecimento científico, como: sob quais condições de trabalho, grupos ocupacionais, particularidade empresariais, estilo de liderança, situações empresarias internas, ramo de atividade, tamanho da empresa e organização do trabalho existe incidência expressiva do uso abusivo de álcool? Esta pesquisa deixa esta questão para futuras pesquisas, necessárias na área do trabalho.

REFERÊNCIAS

ABEP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação econômica Brasil – CCEB**, 2018. Disponível em:

<http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 15 jun. 2019.

ARAUJO, F. B.; SILVA, P. H. A.; MINIM, V. P. R. Perfil sensorial e composição físico-química de cervejas Resultados de dois segmentos do mercado brasileiro. **Ciênc. Tecnol. Aliment.**, v. 23, n. 2, Campinas, ago. 2003, p. 121-128. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-20612003000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 abr. 2020.

ARAÚJO, V. A. **Para compreender o alcoolismo: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Edicon, 1986.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, V. A. **Para compreender o alcoolismo: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Edicon, 1986.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J. B.; MONTEIRO, M. G. **AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test**. 2. ed. World Health Organization, 2001. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf. Acesso em: 24 maio 2014.

BARROS, D. R.; CARVALHO, E. A. B.; ALMEIDA, M. R.; RODRIGUES, C. A. Alcoolismo no Contexto Organizacional: Uma Revisão Bibliográfica. **Psicologia & Foco**, v. 2, n. 1, p. 48-57, jan/jun. 2009. Disponível em:

http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_120215_ARTIGO5-Alcoolismocontextoorganizacionalumarevisaobibliografica.pdf. Acesso em: 27 maio 2016.

BASTOS, F. I. P. M.; VASCONCELOS, M. T. L.; DE BONI, R. B.; REIS, N. B.; COUTINHO, C. F. S. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 16 jan. 2020.

BASTOS, F. I. P. M. **III Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira: Documentação Complementar I**. Rio de Janeiro:

FIOCRUZ/ICICT, 2018. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/3/III%20LNUD%20Suplemento_I.pdf. Acesso em: 16 jan. 2020.

BASTOS, F. I. P. M. **III Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira: Documentação Complementar II**. Rio de Janeiro:

FIOCRUZ/ICICT, 2019. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/4/III%20LNUD%20Suplemento_II.pdf. Acesso em: 16 jan. 2020.

BORGES, L. O.; YAMAMOTO, O. H. Mundo do trabalho: construção histórica e desafios contemporâneos. *In*: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (org.). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 25-72.

BRANCO, A. B.; MASCARENHAS, F. A. N.; PENA, L. G. Q. Alcoolismo como fator de incapacidade para o trabalho: prevalência de benefício auxílio doença no Brasil, 2007. **Com. Ciências Saúde**, v. 20, n. 2, p. 123-134, abr./jun. 2009. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_2art02alcoolismo.pdf. Acesso em: 27 maio 2016.

BRASIL. Lei no. 11.705, de 19 de junho de 2008. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 jun. 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm. Acesso em: 19 jul. 2019.

BRASIL. Lei no. 113.106, de 17 de março de 2015. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente; e revoga o inciso I do art. 63 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 - Lei das Contravenções Penais. **Diário Oficial da União**, 18 mar. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13106.htm. Acesso em: 19 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Impacto financeiro à Previdência Social decorrente de benefícios concedidos com base em problemas de saúde pelo consumo de álcool. **Informe da Previdência Social**, Brasília: Ministério da Previdência Social, v. 27, n. 7, jul. 2013. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/arquivos/office/1_130731-170408-658.pdf. Acesso em: 14 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=207-doencas-relacionadas-ao-trabalho-manual-procedimentos-para-os-servicos-saude-7&category_slug=saude-e-ambiente-707&Itemid=965. Acesso em: 27 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf. Acesso em 19 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consumo abusivo de álcool aumenta 42,9% entre as mulheres**. 25 jul. 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45613-consumo-abusivo-de-alcool-aumenta-42-9-entre-as-mulheres>. Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. Secretaria de Previdência; Ministério da Fazenda. **1º. boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade 2017**: Adoecimento Mental e Trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Brasília: Secretaria de Previdência, 2017a. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2017.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Glossário de álcool e drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/glossario.pdf>. Acesso em 27 jun. 2019.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Substâncias psicoativas e seus efeitos**. 2017b. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170413-101646-002/pagina-02.html>. 13 abr. 2017. Acesso em: 29 jun. 2019.

CAMPANA, A. A. M. Alcoolismo e empresas. *In*: RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. (orgs.). **Alcoolismo hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 218-236.

CAMPBELL, D.; GRAHAM, M. **Drogas e álcool no local de trabalho**. Rio de Janeiro: Nórdica, 1991.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Bebidas alcoólicas**. 22 abr. 2018. Disponível em: https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/alcool_.htm. Acesso em: 29 jun. 2019.

CERVBRASIL - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DA CERVEJA. **Dados do setor cervejeiro Nacional**. [2017]. Disponível em: http://www.cervbrasil.org.br/novo_site/dados-do-setor/. Acesso em: 08 abr. 2020.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 4. ed. Barueri: Manole, 2014.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

COZBY, C. P. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003. p. 218-236.

CRONBACH, L. J. **Essentials of Psychological Testing**. New York: Harper & Row, 1990. Disponível em: <https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.190892/page/n1>. Acesso em: 14 mar. 2019.

CRUZ, L. A. N. **As implicações do curso de formação continuada sobre consumo de álcool: uma proposta de intervenção breve aplicada por professores**. 138 f. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista, Marília, 2011.

CRUZ, L. A. N.; MARTINS, R. A.; SILVA, I. A. **Meus alunos estão bebendo! E agora?** Guia teórico-prático para educadores sobre Intervenção Breve para reduzir o consumo de álcool entre estudantes. Curitiba: Editora Prisma, 2016.

DeCS – DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Comorbidade**. Disponível em: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IscScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Comorbidade&show_tree_number=T. Acesso em: 01 jul. 2019.

DEJOURS, C. A carga Psíquica do Trabalho. *In*: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 2015a. p. 21-43.

DEJOURS, C. **A loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015b.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em Psicopatologia do Trabalho. *In*: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 2015. p. 119-145.

DEJOURS, C. Contribución de La Psicopatología del Trabajo al Estudio del Alcoholismo. *In*. **Trabajo y Desgaste Mental: Una contribución a la Psicopatología del Trabajo**. 2. ed. Buenos Aires: Editorial Humanitas, 1992. p. 235-241.

DEJOURS, C.; GERNET, I. **Psicopatología del trabajo**. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores, 2014. Disponível em: <http://mastor.cl/blog/wp->

content/uploads/2014/06/Dejours.-Psicopatologia_del_trabajo.pdf. Acesso em: 15 jul. 2019.

DIMEFF, L. A.; BAER, J. S.; KIVLAHAN, D. R.; MARLATT, G. A. **Alcoolismo entre estudantes universitários**: uma abordagem de redução de danos. São Paulo: Ed. UNESP, 2002.

DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5. p. 839-848, out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500019. Acesso em: 30 maio 2016.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. Experimentação, uso, abuso a dependência de drogas. *In*: BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas; Serviço Nacional da Indústria. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho**: conhecer para ajudar. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; Serviço Social da Indústria, 2008. p. 38-49. Disponível em: https://www.uniad.org.br/images/stories/arquivos/Curso_SEAD_UFSC_SENAD_SES1.pdf. Acesso em: 13 jun. 2019.

DUARTE, P. C. A. V. Álcool e Redução de Danos no Ambiente de Trabalho. *In*: BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas; Serviço Social da Indústria. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho**: conhecer para ajudar. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; Serviço Social da Indústria, 2008. p. 97-107. Disponível em: https://www.uniad.org.br/images/stories/arquivos/Curso_SEAD_UFSC_SENAD_SES1.pdf. Acesso em: 18 jul. 2019.

DUARTE, P. C. A. V.; CRUZ, D. D. O.; TROIAN, S. M. L. Prevenção. *In*: BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas; Serviço Nacional da Indústria. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho**: conhecer para ajudar. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; Serviço Social da Indústria, 2008. p. 79-91. Disponível em: https://www.uniad.org.br/images/stories/arquivos/Curso_SEAD_UFSC_SENAD_SES1.pdf. Acesso em: 13 jun. 2019.

EDWARDS, G.; GROSS, M. M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **British Medical Journal**, p. 1058-1061, maio 1976. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1639901/pdf/brmedj00514-0034.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

EDWARDS, G.; LADER, M. **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

FIGLIE, N. B. Entrevista Motivacional e Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento do Uso de Substâncias Psicoativas. *In*: LARANJEIRA, R.; ZANELATTO, N. (orgs.). **O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais**. Porto Alegre: ArtMed, 2013. E-book. p. 273-290.

FIORELLI, J. O. **Psicologia para Administradores**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2018. E-book.

FORMIGONI, M. L. O. S.; GALDURÓZ, J. C. F.; MICHELI, D.; CARNEIRO, A. P. L. Álcool: efeitos agudos e crônicos. *In: Efeitos de substâncias psicoativas*: módulo 2. 9. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. p. 45-69. Disponível em: https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/06/SUP9_Mod2.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.

FORMIGONI, M. L. O. S.; RONZANI, T. O. Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves. *In: FORMIGONI, M. L. O. S. (coord.). Intervenção Breve*: módulo 4. 7. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2014. p. 89-100. Disponível em: https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod4.pdf. Acesso em: 09 jun. 2017.

FORTES, J. R. A.; CARDO, W. N. **Alcoolismo**: Diagnóstico e tratamento. São Paulo: Ed. Sarvier, 1991.

FRIDMAN, I. S.; PELLEGRINI, I. L. (orgs.). **Trabalho & Drogas**: Uso de substâncias psicoativas no trabalho. Porto Alegre: EDIPUCRS, FIERGS, SESI, 1995.

GALDURÓZ, J. C. F.; FERRI, C. P. Critérios diagnósticos: CID-10 e DSM. *In: DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. (org.). Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas*: módulo 3. 11. ed. Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017. p. 13-23.

GARÇONI, I. **Guerra a pesquisa**: aqui estão os números que o governo escondeu e que mostram que não há epidemia de drogas no Brasil. 01 abr. 2019. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/03/31/estudo-drogas-censura/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GATELY, I. **Drink**: A Cultural History of Alcohol. New York: Gotham Books, 2008. E-book.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: diagnóstico comparativo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl. 1, maio 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jun. 2019.
GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019. E-book.

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

HOFFMANN, M. H.; CARBONELL, E.; MONTORO, L. Álcool e Segurança: Epidemiologia e efeitos. **Psicologia ciência profissão**. Brasília, v. 16, n. 1, p. 28-37, 1996. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931996000100006>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931996000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2019.

IBM – INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES CORP. **IBM SPSS Statistics 25**. Versão 25. [S.I.]: IBM, 2017.

ILO – INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. **Management of alcohol and drug-related issues in the workplace**. Geneve: International Labour Office, 1996. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_107799.pdf. Acesso em: 30 jul. 2019.

ILO – INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. **Psychosocial Factors at Work: Recognition and control**. Genebra, Suíça, set. 1984. Disponível em: https://www.who.int/occupational_health/publications/ILO_WHO_1984_report_of_the_joint_committee.pdf. Acesso em: 03 jul. 2019.

ILO – INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. **Psychosocial risks and work-related stress**. Disponível em: https://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_108557/lang--en/index.htm. Acesso em: 05 jul. 2019.

ILO – INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. **Workplace stress: A collective challenge**. Genebra: International Labour Office, 2016. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf. Acesso em: 28 jun. 2019.

INPAD – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **Publicações**. São Paulo: UNIFESP, [2014]. Disponível em: <http://inpad.org.br/publicacoes/>. Acesso em: 28 maio 2016.

JORGE, M. R.; MASUR, J. Questionários padronizados para avaliação do grau de severidade da Síndrome de Dependência do Álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 35, n. 5, p. 287-292, 1986.

KNAPP, W. P. Prevenção de Recaída. In: RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. (orgs.). **Alcoolismo hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 186-197.

KRAPP, J. **Pesquisa revela dados sobre o consumo de drogas no Brasil**. 08 ago. 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>. Acesso em: 20 jan. 2020.

LACERDA, A. L. T. Álcool e local de trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M. **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v.1.

LARANJEIRA, R. (org.). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD): Relatório 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 24 maio 2016.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C. S.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; MITSUHIRO, S. S. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD): Relatório 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

LARANJEIRA, R.; MELONI, J. N. Custo Social e de Saúde do consumo do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 26, suppl.1, p. 7-10, maio 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500003. Acesso em: 28 maio 2016.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. Abuso e Dependência de Álcool e drogas. *In*: ALMEIDA, O. L.; DRACTU, L.; LARANJEIRAS, R. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 84-89.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. **O alcoolismo**. 9. ed. São Paulo: Contexto, 2012. E-book.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf. Acesso em: 24 maio 2016.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, supl. I, p. 68-77, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a17v26s1.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

LIMA, M. E. A.; PAULA, A. V. P.; SILVA, F. B. O. S. Breves Considerações sobre o uso do álcool e o alcoolismo. *In*: LIMA, M. E. A.; LEAL, R. M. A. C. (org.). **Álcool e Trabalho: revisitando conceitos à luz de novas descobertas**. Curitiba: Juruá, 2015. p. 19-38.

MAGALLÓN, T. J. C.; ROBAZZI, M. L. C. C. Consumo de alcohol en trabajadores de una industria en Monterrey, México. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe., Oct. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700009. Acesso em: 22 maio 2016.

MAGNABOSCO, M. B.; FORMIGONI, M. L. O. S.; RONZANI, T. M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, n. 4, p. 637-647, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n4/20.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2019.

MANGADO, E. O.; GÚRPIDE, A. M. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. **Medicina y Seguridad del Trabajo**, Madrid, v. 54, n. 213, p. 25-32, 2008.

Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400003&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 13 jun. 2019.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 28-32, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500008. Acesso em: 09 jun. 2017.

MARQUES, C.; NARDI, A. E.; FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M.; ANDRADE, Y.; CAMISSÃO, C. VERSIANI, M. Comorbidade: conceito e implicações na pesquisa clínica em psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 3, p. 117-121, mar. 1994. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=154194&indexSearch=ID>. Acesso em: 01 jul.2019.

MARTINS, R. A. **Uso de álcool, intervenção breve e julgamento sócio-moral em adolescentes que bebem excessivamente**. 211 f. Tese (Livre-Docência em Psicologia da Educação) – Instituto de Biociências e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista de São Jose do Rio Preto, São Jose do Rio Preto, 2006.

MASUR, J. A Etiologia do alcoolismo. *In*: RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. **Alcoolismo hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 25-35.

MASUR, J. **O que é alcoolismo**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2017. E-Book.

MASUR, J.; CARLINI, E. A. **Drogas: Subsídios para uma Discussão**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MENDEZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 1999. Disponível em: <http://www.epidemioufpel.org.br/uploads/teses/Brod%20Mendez%201999%20Dissert.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

MICHELI, D.; FISBERG, M.; FORMIGONI, M. L. O. S. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 305-313, jul./set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300040. Acesso em: 18 jun. 2019.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. Como motivar usuários de risco. *In*: DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. (org.). **Intervenção Breve**: módulo 4. 11. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017a. p. 26-36.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo. *In*: DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. (org.). **Intervenção Breve**: módulo 4. 11. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017b. p. 13-24.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; RONZANI, T. M.; CARNEIRO, A. P. L. Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos padronizados. *In*: DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. (org.). **Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**: módulo 3. 11. ed. Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017. p. 25-44.

MILAN, J. R.; KETCHAM, K. **Alcoolismo**: os mitos e realidade. 2. ed. São Paulo: Nobel, 1986.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamento adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 37, p. 129-140, fev. 2009.

DOI:10.1017/S1352465809005128. Disponível em:

https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/5E0C55EB86946986E573B9F4C0CAB795/S1352465809005128a.pdf/ten_things_that_motivational_interviewing_is_not.pdf. Acesso em: 25 jul. 2019.

MINTO, E. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; GORAYEB, R.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, F. F. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 207-220, set. 2007. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300007. Acesso em: 10 jun. 2017.

MIOZZO, J. **Brasileiros consomem cada vez menos cerveja em bares**. O que está por trás disso? 17 dez. 2018. Disponível em:

<https://www.infomoney.com.br/consumo/brasileiros-consomem-cada-vez-menos-cerveja-em-bares-o-que-esta-por-tras-disso/>. Acesso em: 08 abr. 2020.

MONTALVO, J. F.; ECHEBURÚA, E. El Consumo Excesivo de Alcohol: Un Reto Para La Salud Laboral. **Salud y drogas**, v.1, n. 1, p. 17-39, 2001. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83910103.pdf>. Acesso em: 29 maio 2016.

MORAES, G. T. B.; PILATTI, L. A. Alcoolismo e as Organizações: porque investir em Programas de Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos. *In*: **SIMPEP** – Simpósio de Engenharia de Produção, 11., FEB, Bauru, 8 a 10 nov. 2004. Disponível em:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:f6CQE0_0vwYJ:www.simp ep.feb.unesp.br/anais/anais_11/copiar.php%3Farquivo%3D296-Moraes_gtb_Alcoolismo.pdf+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 24 maio 2014.

NEUMANN, B. G. Intervenção Breve. *In*: FORMIGONI, M. L. O. S. (coord.).

Intervenção Breve na Dependência de Drogas: a experiência brasileira. São Paulo: Contexto, 1992. p. 66-84.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. *In*: BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. Serviço Social da Indústria. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho**: conhecer para ajudar. Brasília: Secretaria

Nacional Antidrogas; Serviço Social da Indústria, 2008. p. 21-39. Disponível em: https://www.uniad.org.br/images/stories/arquivos/Curso_SEAD_UFSC_SENAD_SESL.pdf. Acesso em: 28 jun. 2019.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **A prevenção das doenças profissionais**. Genebra, abr. 2013. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_221920.pdf. Acesso em: 03 jul. 2019.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Problemas Ligados ao Álcool e as Drogas: uma evolução para a prevenção**. Genebra, 2008. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/AdrianoPires/problemas-ligados-ao-licor-e-a-drogas>. Acesso em: 03 jul. 2019.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **PRIMA – EF: orientações do modelo europeu para a gestão de riscos psicossociais: um recurso para empregadores e representantes dos trabalhadores**. Brasília, SESI, 2011. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43966/9788577102488_por.pdf?sequence=7. Acesso em: 03 jul. 2019.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Organização Mundial da Saúde divulga novas estatísticas mundiais de saúde**. 17 maio 2018a. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5676:organizacao-mundial-da-saude-divulga-novas-estatisticas-mundiais-de-saude&Itemid=843. Acesso em: 07 jun. 2018.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Trânsito: um olhar da saúde para o tema**. Brasília: OPAS, 2018b. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49709/9789275720387_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 13 ago. 2018

PHILLIPS, R. **Alcohol: A History**. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2014. P. 132-152. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/10.5149/9781469617619_phillips. Acesso em: 03 jun. 2019.

PORTELA, G. **III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira já está nas ruas**. 27 maio 2015. Disponível em: <https://www.iciet.fiocruz.br/content/iii-levantamento-nacional-sobre-o-uso-de-drogas-pela-popula%C3%A7%C3%A3o-brasileira-j%C3%A1-est%C3%A1-nas-ruas>. Acesso em: 19 jul. 2019.

REHFELDT, K. H. G. **Álcool e trabalho: prevenção e administração do alcoolismo na empresa**. São Paulo: EPU, 1989.

ROBERTO, C. S.; CONTE, M.; MAYER, R. T. R.; TOROSSIAN, S. D.; VIANNA, T. R. **Drogas e trabalho: uma proposta de intervenção nas organizações. Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 18-29, mar. 2002. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 maio 2016.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista motivacional no Cuidado da Saúde**: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2009. E-book.

ROSS, H. E.; GAVIN, D. R.; SKINNER, H. A. Diagnostic validity of the MAST and the alcohol dependence scale in the assessment of DSM-III alcohol disorders. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 51, n. 6, p. 506-513, 1990. Disponível em: <https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsa.1990.51.506>. Acesso em: 24 jun. 2019.

ROSSATO, V. M. D.; KIRCHHOF, A. L. O Trabalho e o Alcoolismo: estudo com trabalhadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 344-349, maio/jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a18v57n3.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2019.

SALES, C. M. B.; FIGLIE, N. B. Revisão de Literatura sobre a Aplicação da Entrevista Motivacional Breve em Usuários Nocivos e Dependentes de Álcool. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 333-340, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n2/v14n2a13.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2019.

SALGADO, R. S.; CAMPOS, V. R.; DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. R. O impacto da “Lei Seca” sobre o beber e dirigir em Belo Horizonte/MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, 2012, p. 971-976. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a19.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2020.

SANCHEZ, Z. M. A prática de binge drinking entre jovens e o papel das promoções de bebidas alcoólicas: uma questão de saúde pública. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 195-198, jan. 2017. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000100195&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 jun. 2019.

SANTOS, A. B.; MEDEIROS, R. L.; ESPÍNOLA, L. L.; SILVA, J. M. A.; DIAS, M. R.; DANTAS, M. F. L. Alcoolismo e Trabalho: Como estão relacionados? *In*: ENCONTRO DE EXTENSÃO, 9., João Pessoa, **Anais [...]**. João Pessoa: UFPB, 2007. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/extensao/documentos/anais/6.SAUDE/6PRAC PEX01.pdf>. Acesso em: 27 maio 2016.

SANTOS, F. S. D.; VERANI, A. C. Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, p. 400-420, dez. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000600008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2019.

SANTOS, W. S.; GOUVEIA, V. V.; FERNANDES, D. P.; SOUZA, S. S. B.; GRANGEIRO, A. S. M. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 117-23, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047->

20852012000300001. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000300001.
 Acesso em: 18 jun. 2019.

SBP – SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Uso e abuso de álcool na adolescência. **Revista Oficial do Núcleo de estudos da Saúde do Adolescente**. v. 4, n. 3, p. 6-17, 2007. Disponível em:
http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=93. Acesso em: 20 jul. 2019.

SEBRAE – SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO AS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. **Anuário do trabalho na micro e pequena empresa**. 7. ed. Brasília: SEBRAE, 2015. Disponível em:
<https://m.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/Anuario-do%20trabalho-na%20micro-e-pequena%20empresa-2014.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

SELIGMANN-SILVA, E. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: Marcos de um percurso. *In*: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2015. p. 13-19.

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

SELIGMANN-SILVA, E.; BERNARDO, M. H.; MAENO, M.; KATO, M. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 187-191, dez. 2010.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000200002>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2019.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L.; COOK, S. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**: delineamentos de pesquisa. 2. ed. São Paulo: E.P.U, 1987. v. 1.

SESI – SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. **Dados sobre o uso de Álcool e outras drogas no trabalho**. 29 maio 2013. Disponível em: <http://www.sesipr.org.br/cuide-se-mais/alcool-e-outras-drogas/dados-sobre-o-uso-de-alcool-e-outras-drogas-no-trabalho-1-23999-216358.shtml>. Acesso em: 15 jul. 2019.

SILVEIRA, D. X. Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. *In*: CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. Brasília: CFP, 2013. p. 73-82. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

SKINNER, H. A.; ALLEN, B. A. Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 91, n. 3, p. 199-209, 1982. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1982-26039-001.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

SKINNER, H.A.; HORN, J.L. **Alcohol Dependence Scale (ADS): Users Guide**. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation, 1984. Disponível em: https://archive.org/stream/alcoholdependenc00addi/alcoholdependenc00addi_djvu.txt. Acesso em: 24 jun. 2019.

SOBRAL, F.; PECL, A. **Administração: Teoria e prática no contexto brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Pearson, 2013.

STAHL, S. M.; GRADY, M. M. **Transtornos relacionados a substâncias e do controle de impulsos: ilustrados**. Porto Alegre: Artmed, 2016. E-book.

TRUCCO, M.; REBOLLEDO, P.; BUSTAMANTE, M.; GONZÁLEZ, X.; ACUÑA, G.; CORREA, A. Detección de consumo de alcohol y drogas en accidentes graves del trabajo. **Boletín Científico** Asociacion Chilena e Seguridad, p. 49-52, mayo 1999.

UNIAD – UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS. **Publicações – Álcool**. São Paulo: UNIFESP, [2015]. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/publicacoes/alcool>. Acesso em: 07 maio 2017.

VAISSMAN, M. **Alcoolismo no Trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

VENTORIN, M. V. P. **Relação entre a Dosagem de Etanol no Sangue e na Saliva**. Dissertação (Mestrado em Odontologia Legal e Deontologia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2004. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/288027/1/Ventorin_MarcosViniciusPinto_M.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.

WHITE, A. M.; TAPERT, S.; SHUKLA, S. D. Binge Drinking: Predictors, Patterns, and Consequences. *In*: NIH - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Binge Drinking: Predictors, Patterns, and Consequences. **Alcohol Research Current reviews**, v. 39, n. 1, p. 1-3, 2018. Disponível em: https://www.arcr.niaaa.nih.gov/arcr391/Binge_Drinking_Predictors_Patterns_Consequences.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2014**. Genebra, Suíça, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 19 jul. 2019.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2018**. Genebra, Suíça, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 07 jun. 2018.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy to reduce the harmful use of alcohol**. Genebra, Suíça, 2010a. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 19 jul. 2019.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health statistics and information systems**. Disponível em:

https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/. Acesso em: 19 jul. 2019.

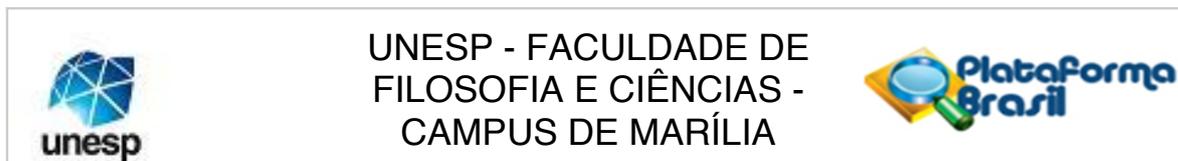
WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)**.

2010b. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2010/en#>. Acesso em: 27 jun. 2019.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide**. Genebra, Suíça, 2010c. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44322/9789241599405_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 19 jun. 2019.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO USO DE ÁLCOOL EM TRABALHADORES E APLICAÇÃO DE INTERVENÇÃO BREVE

Pesquisador: Sandra Regina Chalela Ayub

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82958118.4.0000.5406

Instituição Proponente: Faculdade de Filosofia e Ciências/ UNESP - Campus de Marília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.550.195

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO USO DE ÁLCOOL EM TRABALHADORES E APLICAÇÃO DE INTERVENÇÃO BREVE" apresenta-se adequado e devidamente embasado na literatura científica da área a ser pesquisada.

Objetivo da Pesquisa:

Este projeto de pesquisa tem por objetivo principal identificar o padrão de uso do álcool em trabalhadores, e posterior aplicação de intervenção breve nos que apresentarem padrão de beber excessivo, visando o retorno a abstinência ou pelo menos a moderação. Como objetivos específicos destaca-se: Investigar a adequação do questionário "Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool – AUDIT" para identificação do padrão de uso de álcool em trabalhadores; Investigar o padrão de beber em trabalhadores; Investigar a adequação de uma intervenção breve para redução do uso excessivo de bebidas alcoólicas entre trabalhadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para área de Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os procedimentos metodológicos estão descritos de forma clara, são adequados aos objetivos da

Endereço: Av. Hygino Muzzi Filho, 737

Bairro: Campus Universitário

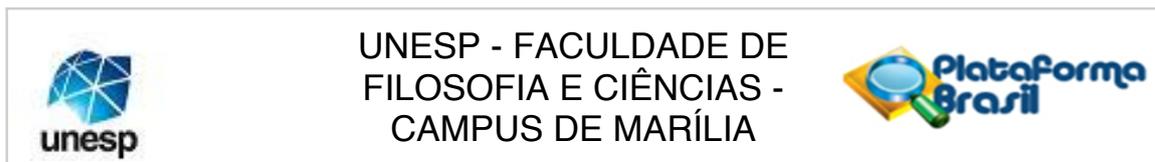
UF: SP

Município: MARILIA

Telefone: (14)3402-1346

CEP: 17.525-900

E-mail: cep@marilia.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.550.195

pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está redigido adequadamente, conforme resolução CNS 466/ 2012 e 510/2016. A documentação concernente ao protocolo da pesquisa no Comitê de Ética foi devidamente apresentada. A Folha de Rosto e autorização da instituição envolvida foram devidamente preenchidos e assinados pelo pesquisador e pelo responsável pela Instituição onde será realizada a pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP da FFC da UNESP de MARÍLIA, em reunião ordinária de 21/02/2018, após acatar o parecer do membro relator previamente aprovado para o presente estudo e atendendo a todos os dispositivos das resoluções 466/2012, 510/2016 e complementares, bem como ter aprovado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como também todos os anexos incluídos na pesquisa, resolve APROVAR o projeto de pesquisa IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO USO DE ÁLCOOL EM TRABALHADORES E APLICAÇÃO DE INTERVENÇÃO BREVE

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1033019.pdf	06/02/2018 16:08:26		Aceito
Outros	Lattes_SandraChalela.pdf	05/02/2018 10:25:26	Sandra Regina Chalela Ayub	Aceito
Outros	Lattes_Raul.pdf	05/02/2018 10:24:37	Sandra Regina Chalela Ayub	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Assentimento.pdf	05/02/2018 10:08:48	Sandra Regina Chalela Ayub	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	30/01/2018 07:43:55	Sandra Regina Chalela Ayub	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAlcooltrabalhadoresAplicacaoIB_SandraChalela.pdf	25/01/2018 13:22:11	Sandra Regina Chalela Ayub	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SandraChalela.pdf	25/01/2018 13:17:09	Sandra Regina Chalela Ayub	Aceito

Endereço: Av. Hygino Muzzi Filho, 737

Bairro: Campus Universitário

CEP: 17.525-900

UF: SP **Município:** MARILIA

Telefone: (14)3402-1346

E-mail: cep@marilia.unesp.br



UNESP - FACULDADE DE
FILOSOFIA E CIÊNCIAS -
CAMPUS DE MARÍLIA



Continuação do Parecer: 2.550.195

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARILIA, 19 de Março de 2018

Assinado por:

CRISTIANE RODRIGUES PEDRONI
(Coordenador)

Endereço: Av. Hygino Muzzi Filho, 737

Bairro: Campus Universitário

UF: SP

Telefone: (14)3402-1346

Município: MARILIA

CEP: 17.525-900

E-mail: cep@marilia.unesp.br

APÊNDICE A – SLIDES DA PALESTRA DE SENSIBILIZAÇÃO

ÁLCOOL E TRABALHO

Sandra Regina Chalela Ayub
Doutoranda

Prof. Dr. Raul Aragão Martins
Orientador

unesp
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

ÁLCOOL

1,1 bilhão de dependentes

6,2 litros álcool puro

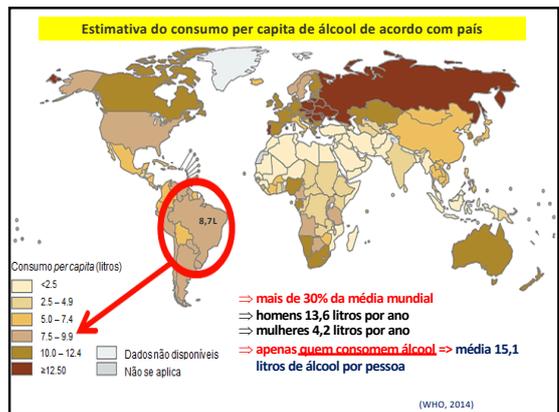
Droga lícita mais consumida no mundo

(WHO, 2014)

Dose padrão de acordo com a OMS

~ 12 g de álcool puro

330 ml de cerveja	=	100 ml de vinho	=	30 ml de destilado
-------------------	---	-----------------	---	--------------------

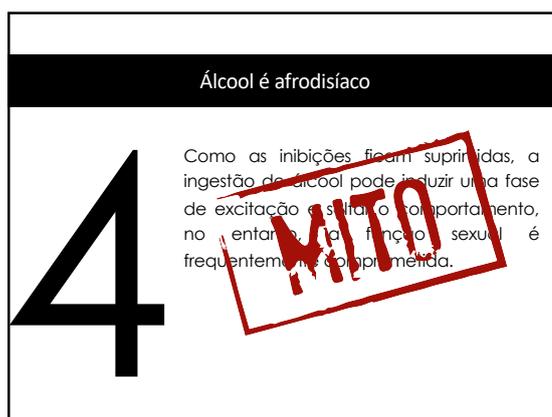
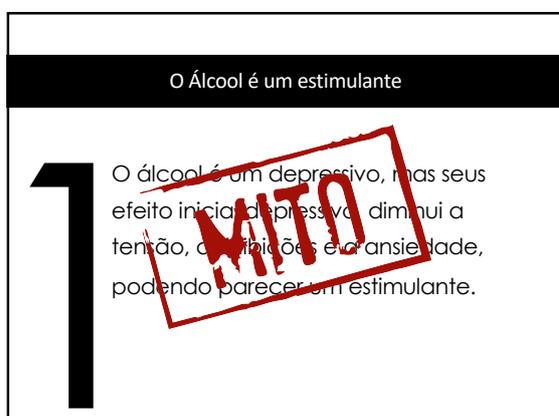


500 Garrafas 600ml

857 Latinhas

1000 Tulipas de Choop



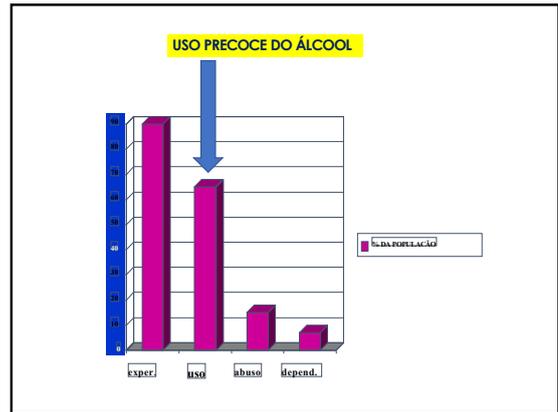


Álcool aquece

5

MITO

- Provoca dilatação das vasos sanguíneos próximos a superfície do corpo, poderá retirar a sensação de frio, mas não aumentará sequer 1 grau de temperatura interna do corpo.
- Ao contrário, ele ocasiona o resfriamento do corpo por dentro

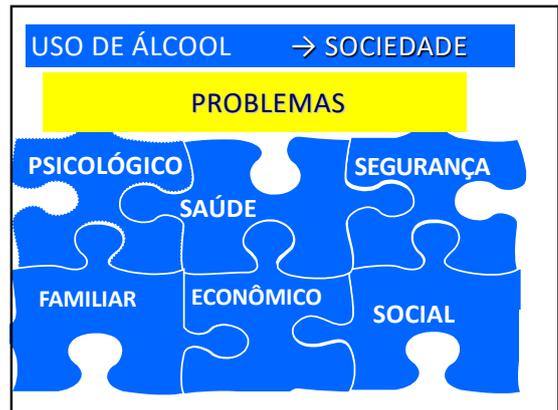
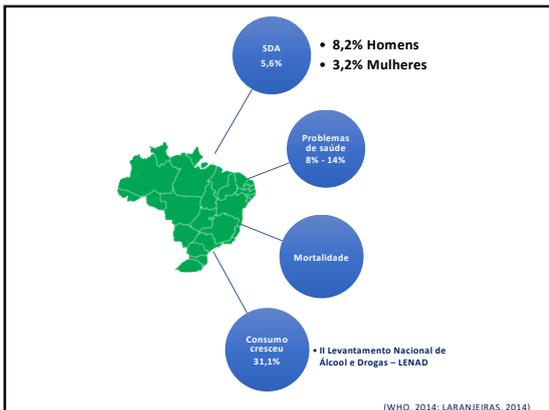


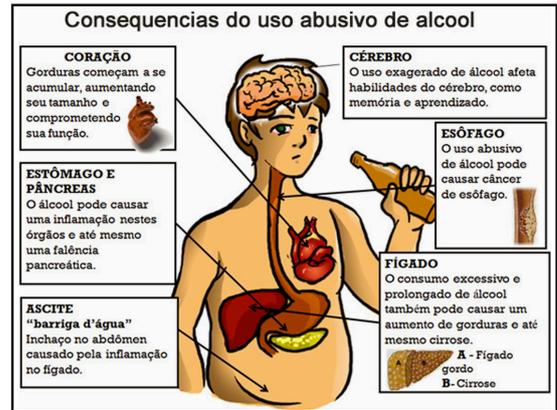
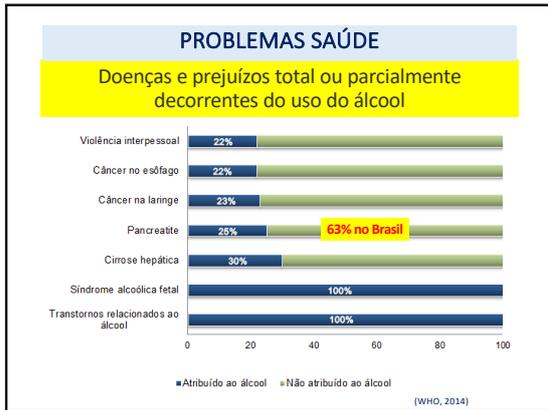
USO ABUSIVO DO ÁLCOOL

Diminui a saúde mundial

- 5,1% de doenças
- Correlacionado a mais de 200 doenças.
- 3,3 milhões de mortes
- 5,9% de todos os óbitos no mundo
- Terceira causa de morte previsível.

(WHO, 2014)





Problema Segurança

envolvimento em acidentes de trânsito

Exposição a riscos mais sérios e imediatos, envolvendo terceiros.



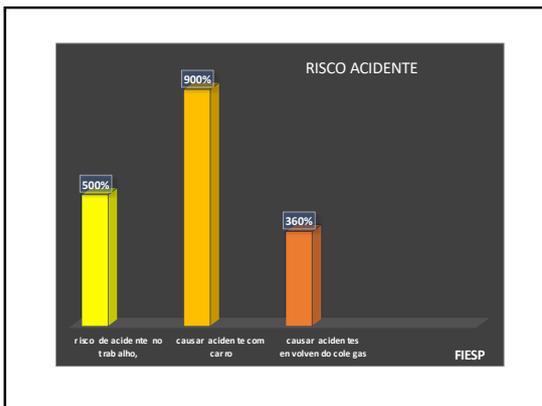
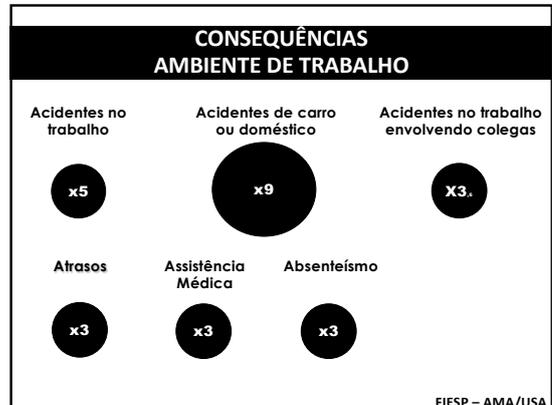
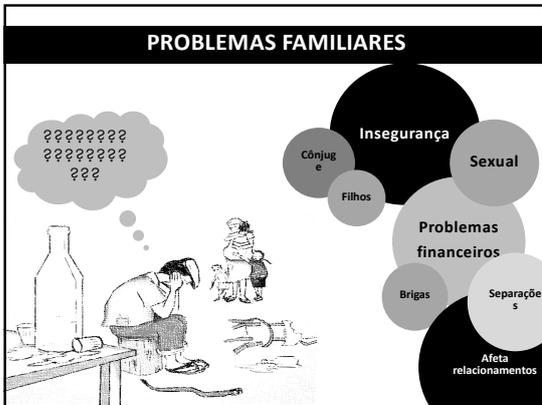
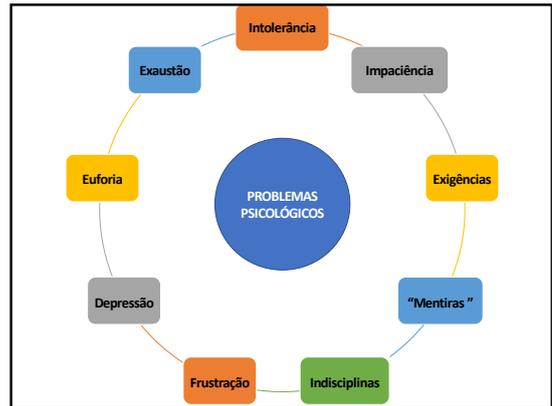
SAÚDE e PREVENÇÃO

- GRAVIDEZ
- Sexo sem preservativo
- DST
- Violença sexual

Exposição a riscos mais sérios e imediatos, envolvendo terceiros.

Problemas econômicos

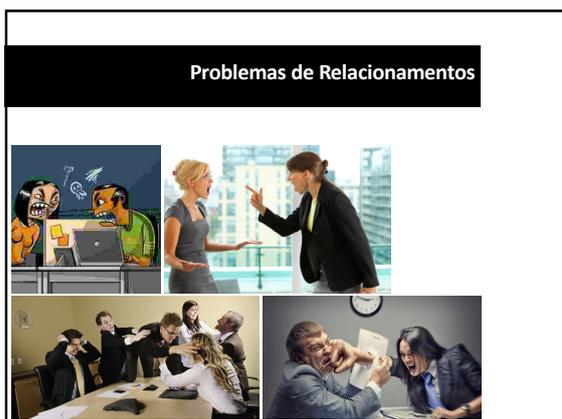
- Dinheiro que ganha acaba rapidamente
- Crise financeira
- Dívidas, empréstimos
- Culpa => pessoas, patrão, governo, família....

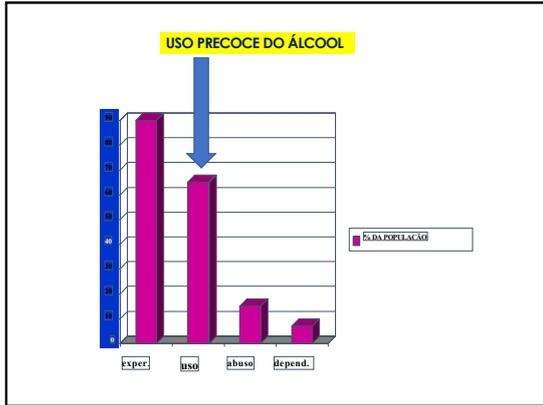


1o. relatório quadrimestral de benefícios por incapacidade de trabalhadores no Brasil - 2017

- **5º. Lugar** => afastamento permanente;
- **6º. lugar** => auxílio-Doença, relacionado a acidente de trabalho;
- **7º. Lugar** => afastamento;
- **10º. Lugar** => Aposentadoria por invalidez.

(SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA E MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017)





unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
 "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
 Câmpus de Marília

CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Resolução no. 466/12;
 TCLE.

A pesquisa não demonstra apresentar riscos de prejuízo psicológicos aos participantes, pois o objetivo é apenas avaliar o uso de álcool e planejar uma IB.

CONFIDENCIAL

PESQUISA: 5 SESSÕES DE 1h

- Sigilo
- Quem pode participar?
 - **TODOS!**
- Não tem como NINGUÉM do ambiente de trabalho saber NADA.
- Sessões de no máximo 1 h => durante 8 - 9 meses a 1 ano.

HOJE => Levantamento Inicial

- TCLE
- Identificação e dados sociodemográficos.
- Uso do álcool

Dose padrão de acordo com a OMS

~ 12 g de álcool puro

330 ml de cerveja	=	100 ml de vinho	=	30 ml de destilado
-------------------	---	-----------------	---	--------------------

600 ml
 1 garrafa grande de cerveja contém 2 doses

Obrigada pela atenção!

Doutoranda: Sandra Regina Chalela Ayub – sandrachalela@gmail.com
 Orientador: Prof. Dr. Raul Aragão Martins

APÊNDICE B – TCLE



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
"Campus" de Marília

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa "**Identificação precoce do uso do álcool em trabalhadores e aplicação de intervenção breve**" sob responsabilidade da pesquisadora Profa. Me. Sandra Regina Chalela Ayub que tem a orientação do Prof. Dr. Raul Aragão Martins, da Universidade Estadual Paulista – UNESP, no curso de Doutorado em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP/Marília.

Este estudo tem por objetivo identificar o uso precoce do uso de álcool e suas vulnerabilidades em trabalhadores. A sua participação poderá ocorrer de uma a cinco sessões, constará de responder por escrito questionários e participar da intervenção breve. O processo de coleta de dados e intervenção são os mais adequados para este tipo de pesquisa, não havendo forma similar para as metas propostas e o risco de desconforto psíquico ou outro dano possível para a sua saúde é mínimo segundo a literatura científica atual. Os participantes não serão submetidos a nenhum tratamento medicamentoso.

Todas as informações coletadas serão sigilosas de modo a preservar a sua privacidade. Você poderá consultar o pesquisador responsável em qualquer época, pessoalmente ou pelo telefone da instituição, para esclarecimento de qualquer dúvida, Profa. Sandra Regina Chalela Ayub (17 3227-4660 – sandrachalela@gmail.com), Prof. Raul Aragão Martins (17 3221-2317 – Raul@ibilce.unesp.br); Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia e Ciências da Unesp – Câmpus de Marília (14 3402 1648).

Você está livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa. Todas as informações por você fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas. Você será informado (a) de todos os resultados obtidos, independentemente do fato destes poderem mudar seu consentimento em participar da pesquisa.

Você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa.

Este estudo é importante porque seus resultados poderão dar informações que auxiliarão na elaboração de estratégias organizacionais voltadas para projetos de prevenção e intervenção do alcoolismo dirigidos a trabalhadores.

Diante das explicações, se você concorda em participar deste projeto, forneça os dados solicitados e coloque sua assinatura a seguir.

Nome:	RG:
Endereço:	Telefone:

Bauru, de de 2018.

Assinatura da participante

Assinatura do pesquisador responsável

OBS.: Termo apresenta duas vias, uma destinada ao participante e a outra ao pesquisador.

Nome Pesquisadora: Sandra Regina Chalela Ayub	Cargo/Função: Professora
Instituição: Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP/Marília	
Av. Hygino Muzzi Filho, 737 Marília-SP	
Projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP/Marília Marília – fone (14) 3402-1648	

APÊNDICE C – LEVANTAMENTO INICIAL: PARTE DESTACÁVEL**LEVANTAMENTO INICIAL**

Nome:				Nº do questionário:
Endereço:				
Telefone:	Estado civil:	Idade:	Sexo:	
Setor:	Cargo:	Tempo serviço:		

APÊNDICE D – LEVANTAMENTO INICIAL

LEVANTAMENTO INICIAL

1. Na sua casa vocês possuem (assinale com um X na quantidade correspondente)		Não tem	Nº do questionário:			
			T E M (Quantidade)			
			1	2	3	4
1.1	Banheiros					
1.2	Empregadas domesticas					
1.3	Automóveis					
1.4	Microcomputador					
1.5	Lava louça					
1.6	Geladeira					
1.7	Freezer (independente ou 2ª porta geladeira)					
1.8	Lava roupa					
1.9	DVD					
1.10	Micro-ondas					
1.11	Motocicleta					
1.12	Secadora roupa					
2. Assinale o grau de instrução do chefe da família						
Analfabeto / Fundamental I incompleto		Médio completo / superior incompleto				
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto		Superior completo				
Fundamental II completo / Médio incompleto						
3. Serviço Público:					sim	Não
3.1	Água encanada					
3.2	Rua pavimentada					
4. Religião:						

Nas questões de número 5 até 14 cada dose equivale à:

1 coquetel (batida)	1 garrafa de ICE	1 dose de pinga ou whisky à 40% (36 ml)
1 lata de cerveja (355 ml)	1 taça de vinho (150 ml)	

Assinale com um X a opção escolhida.

5. **Com que frequência você toma bebidas de álcool?**
 0 – Nunca
 1 – Uma vez por mês ou menos
 2 – Duas a quatro vezes por mês
 3 – Duas a três vezes por semana
 4 – Quatro ou mais vezes por semana
6. **Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?**
 0 – 1 a 2 doses
 1 – 3 ou 4 doses
 2 – 5 ou 6 doses
 3 – 7 a 9 doses
 4 – 10 ou mais doses
7. **Com que frequência você toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?**
 0 – Nunca
 1 – Menos que uma vez ao mês
 2 – Uma vez ao mês
 3 – Uma vez por semana
 4 – Todos os dias ou quase todos
8. **Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?**
 0 – Nunca
 1 – Menos que uma vez ao mês
 2 – Uma vez ao mês
 3 – Uma vez por semana
 4 – Todos os dias ou quase todos
9. **Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?**
 0 – Nunca
 1 – Menos que uma vez ao mês
 2 – Uma vez ao mês
 3 – Uma vez por semana
 4 – Todos os dias ou quase todos
10. **Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir bem?**
 0 – Nunca
 1 – Menos que uma vez ao mês
 2 – Uma vez ao mês
 3 – Uma vez por semana
 4 – Todos os dias ou quase todos
11. **Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?**
 0 – Nunca
 1 – Menos que uma vez ao mês
 2 – Uma vez ao mês
 3 – Uma vez por semana
 4 – Todos os dias ou quase todos
12. **Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?**
 0 – Nunca
 1 – Menos que uma vez ao mês
 2 – Uma vez ao mês
 3 – Uma vez por semana
 4 – Todos os dias ou quase todos
13. **Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido?**
 0 – Não
 2 – Sim, mas não no último ano
 4 – Sim, durante o último ano
14. **Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?**
 0 – Não
 2 – Sim, mas não no último ano
 4 – Sim, durante o último ano

APÊNDICE E – PPB: Perfil Breve Bebedor

Questionário n ^o :	Nome:	Sexo:	Peso:
-------------------------------	-------	-------	-------

Características do Comportamento de Beber Semanal (Últimos 6 meses)

Dose: número de doses; **Bebida:** tipo de bebida; **Tempo:** tempo de duração do episódio em minutos; **Pessoas:** número de pessoas com quem bebeu. Se bebeu sozinho colocar zero. **Local:** própria casa, casa de amigos, bar, etc.

Dia	Dose	Bebida	Tempo	Pessoas	Local
2 ^a feira					
3 ^a feira					
4 ^a feira					
5 ^a feira					
6 ^a feira					
Sábado					
Domingo					

Número de vezes que bebeu cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos seis meses.	
--	--

APÊNDICE F – EDA: ESCALA DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Questionário nº:	Nome:	Sexo:	Peso:
------------------	-------	-------	-------

As questões abaixo se referem aos últimos 6 meses (EDA, Skinner & Allen, 1982)

- 1 **Quanto bebeu da última vez?**
 (0) Suficiente para ficar “alegre” ou menos
 (1) Suficiente para ficar bêbado(a)
 (2) Suficiente para desmaiar
- 2 **Você sempre tem ressaca aos domingos ou nas segundas feiras de manhã?**
 (0) Não (1) Sim
- 3 **Você tem “tremedeiras” quando está se recuperando de um “porre” (as mãos tremem, sente-se trêmulo(a) por dentro)?**
 (0) Não (1) As vezes (2) Frequentemente
- 4 **Fica fisicamente doente (vômitos, dores de estômago) por causa da bebida?**
 (0) Não (1) As vezes (2) Quase sempre que bebo
- 5 **Como resultado da bebida, você já teve *delirium tremens* (sentiu, viu ou ouviu coisas que na verdade não existiam)?**
 (0) Não (1) Sim, uma vez (2) Várias vezes
- 6 **Você pode normalmente beber mais do que os outros da sua idade sem ficar bêbado(a)?**
 (0) Não (1) As vezes (2) Frequentemente
- 7 **Por causa da bebida você já sentiu muito calor e suando muito (febril)?**
 (0) Não (1) Sim, uma vez (2) Várias vezes
- 8 **Por causa da bebida, já viu coisas que não existiam?**
 (0) Não (1) Sim, uma vez (2) Várias vezes
- 9 **Entra em pânico com medo de não poder beber quando quiser?**
 (0) Não (1) Sim
- 10 **Já teve *blackouts* (“perda de memória” sem desmaiar) por causa da bebida?**
 (0) Não, nunca (1) As vezes (2) Com frequência (3) Sempre que bebe
- 11 **Carrega uma garrafa com você ou tem sempre uma ao seu alcance?**
 (0) Não (1) Poucas vezes (2) A maior parte do tempo
- 12 **Após um período de abstinência (sem beber), você acaba bebendo em excesso novamente?**
 (0) Não (1) As vezes (2) Quase sempre
- 13 **Nos últimos 12 meses, você desmaiou por causa da bebida?**
 (0) Não (1) Uma vez (2) Duas ou mais vezes
- 14 **Já teve convulsão após beber?**
 (0) Não (1) Sim, uma vez (2) Sim, várias vezes
- 15 **Você bebe durante o dia?**
 (0) Não (1) Sim
- 16 **Por ter bebido muito, já se sentiu confuso(a) ou com o raciocínio comprometido?**
 (0) Não (1) Sim, por poucas horas (2) Sim, por um ou dois dias (3) Sim, por muitos dias
- 17 **Por causa da bebida, já sentiu seu coração bater muito rápido?**
 (0) Não (1) Sim, uma vez (2) Sim, várias vezes
- 18 **Você, com frequência, fica pensando muito em beber?**
 (0) Não (1) Sim
- 19 **Por causa da bebida, ouviu “coisas” que na verdade não existiam?**
 (0) Não (1) Sim, uma (2) Sim, várias vezes
- 20 **Já teve sensações estranhas ou muito amedrontadoras quando bebeu?**
 (0) Não (1) Sim, talvez uma ou duas vezes (2) Sim, com frequência
- 21 **Por causa da bebida, sentiu “coisas” pelo seu corpo que não existiam (como aranhas ou insetos)?**
 (0) Não (1) Sim, uma vez (2) Sim, várias vezes
- 22 **Com relação a *blackouts* (perda de memória):**
 (0) Nunca teve
 (1) Teve, e durou menos de uma hora
 (2) Teve, e durou muitas horas
 (3) Teve, e durou por um dia ou mais
- 23 **Já tentou parar de beber e não conseguiu?**
 (0) Não (1) Sim, uma vez (2) Sim, várias vezes
- 24 **Você acaba logo (rápido) seu drinque quando bebe?**
 (0) Não (1) Sim
- 25 **Depois de beber uma ou duas doses, você geralmente consegue parar?**
 (0) Não (1) Sim

APÊNDICE H – RELATÓRIO PERSONALIZADO

COMENTÁRIOS SOBRE USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Data: ___/___/2019.

Nome: _____

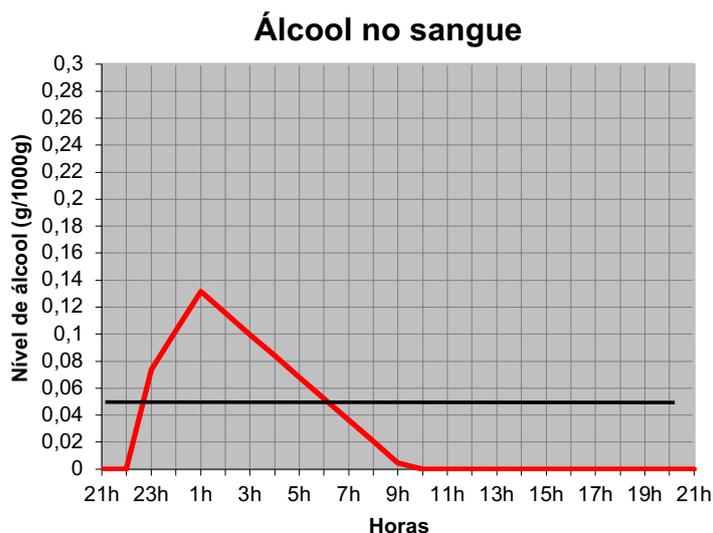
De acordo com as informações que você nos deu, você fez ___ pontos no teste AUDIT, que indica um padrão _____.

Nos últimos seis meses você costumou beber nos dias _____, consumindo _____ doses por ocasião.

Você também relatou que bebeu cinco ou mais doses em _____ ocasiões.

Seu Nível de Álcool no Sangue (NAS) mais alto na avaliação foi de _____.

(Colar o gráfico do NAS).



Vamos conversar um pouco sobre este seu comportamento:

Ganhos	Perdas
Metas/objetivos:	

Efeitos típicos ao álcool

- 0,02%** - relaxamento, tempo de reação diminui, bem estar.
- 0,04%** - o bem estar e o relaxamento continuam, mas o tempo de reação continua a diminuir e a descoordenação começa.
- 0,06%** - prejuízo do raciocínio, menor capacidade de processar informações.
- 0,08%** - a coordenação motora piora.
- 0,10%** - prejuízo evidente do raciocínio e de coordenação; visivelmente bêbado.
- 0,15 a 0,25%** - risco alto de *blackouts* (apagamento) e acidentes.
- 0,25 a 0,35%** - a pessoa pode desmaiar; perder a consciência; risco de morte.
- 0,40%** - dose letal.

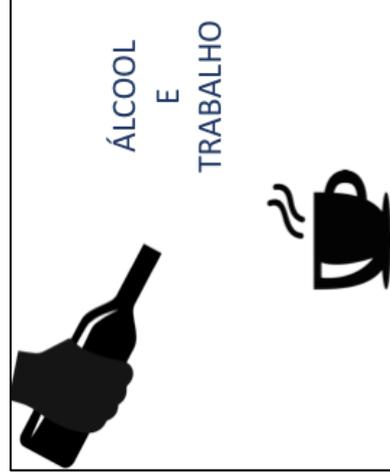


Homens

Dose	1	2	3	4	5	6	Peso (kg)
	,015	,010	,007	,004	,002	,001	,001
	,046	,037	,030	,025	,021	,018	,018
	,077	,064	,054	,046	,040	,036	,036
	,109	,091	,077	,067	,059	,052	,052
			,101	,088	,077	,069	,069
					,096	,086	,086
	54	64	73	80	90	100	

Mulheres

Dose	1	2	3	4	5	Peso (kg)
	,029	,021	,016	,012	,009	,006
	,074	,059	,048	,040	,034	,029
	,119	,096	,080	,068	,059	,051
			,112	,096	,084	,074
					,096	,096
	45	54	64	73	80	90



Equipe da UNESP:

Prof. Dr. Raul Aragão Martins

Doutoranda: Sandra Regina Chalela Ayub

Catanduva, 2019

O que você quer?

Você já se perguntou:

- Beber é o meu jeito de não pensar em nenhum problema?
- Beber ajuda a me sentir bem em uma festa?
- Beber me torna mais sociável. Sinto-me mais à vontade para conversar com as pessoas depois de beber?
- Beber é o jeito como eu e meus amigos nos divertimos?

Conversando sobre o álcool

1) O que o álcool faz?

O álcool é um depressivo. Isto significa que deprime e lentifica o funcionamento do sistema nervoso. **No cérebro, o álcool afeta nossa capacidade de processar informações.**

- A atenção fica prejudicada para reagir a situações como, por exemplo, às mudanças de um semáforo.
- A coordenação motora fica prejudicada.
- A pessoa fica menos consciente para julgar se deve ou não dirigir um carro, andar em locais perigosos, etc.

2) Sensações

O álcool é um depressivo estranho. No começo, faz com que você se sinta bem. Pessoas que falam que álcool é gostoso provavelmente estão gostando dessas sensações iniciais. Mas o álcool não segue a regra "quanto mais, melhor". Ao contrário, depois de certo ponto, mais álcool não fará com que se sinta melhor. E beber mais, faz com que

ocorram coisas que você provavelmente gostaria de evitar.

3) Outros efeitos

a) Engordar

O álcool tem calorias vazias, fornece pouca energia e é mais difícil de queimar que as calorias comuns. Uma lata de cerveja tem 150 calorias (o equivalente a um cachorro quente). Mesmo cerveja light tem 100 calorias. Beber moderadamente fará com que você não engorde de forma indesejada.

b) Ressaca

Beber moderadamente reduzirá o risco de ressacas. Tomar vitaminas B12 ou aspirina não cura ressaca. Mas, beber bastante água pode reidratar seu corpo e ajudar a diminuir os sintomas. Se você teve ressaca seu corpo está lhe dizendo que você bebeu muito.

a) Acidentes

Qualquer quantidade de álcool no seu corpo afetará seu tempo de reação e quanto mais você beber mais seu raciocínio e coordenação serão prejudicados. Um motorista com NAS de 0,05% tem duas vezes mais chances de provocar um acidente do que um que não bebeu. O risco é 10 vezes maior com 0,10%. Com 0,15%, é 25 vezes maior. Ao dirigir esteja 100% sóbrio.

Qual é o limite?

Se o percentual de 0,05% de álcool no sangue for ultrapassado, as consequências

negativas quase sempre vão aparecer: falta de coordenação motora; ficará desajeitado e falando bobagens; terá problemas de raciocínio.

Algumas regras para minimizar os efeitos negativos da bebida:

- **Coma primeiro.** Com comida no estômago o álcool é absorvido mais lentamente. Isto fará com que você não fique intoxicado muito rapidamente.
- **Dê um espaço entre os drinques.** Se você acha que precisa de um copo na mão, alterne bebida alcoólica com refrigerantes, sucos ou água.
- **Beba devagar.** Não dê goladas, não faça "vira-vira". Quanto mais rápido você beber, mais rapidamente ficará bêbado. Cuide de seu drink: faça-o durar.

Nível de álcool no sangue

O volume total de álcool no sangue pode ser calculado de acordo com o sexo, peso e número de doses consumidas pela pessoa em um período de tempo. Essa medida é conhecida como Nível de Álcool no Sangue (NAS). Usando as tabelas que estão no final deste panfleto, você pode ter uma ideia de qual seria o NAS para uma pessoa do seu sexo e peso baseado no número de doses tomadas **em uma hora.**