

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA, GEOCIÊNCIAS E SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO
TRABALHADOR

CLÁUDIA DE SOUSA RODRIGUES

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSUMO DE ÁLCOOL DOS SERVIDORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - MG

UBERLÂNDIA-MG

2024

CLÁUDIA DE SOUSA RODRIGUES

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSUMO DE ÁLCOOL DOS SERVIDORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia, Geociências e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientador: Prof. Dr. João Carlos de Oliveira.

Coorientadora: Dra. Joana D'Arc Vieira Couto Astolphi

UBERLÂNDIA-MG

2024

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

R696
2024

Rodrigues, Claudia de Sousa, 1970-
Avaliação do nível de consumo de álcool dos servidores
da Universidade Federal de Uberlândia - MG [recurso
eletrônico] / Claudia de Sousa Rodrigues. - 2024.

Orientadora: Prof. Dr. João Carlos de Oliveira.
Coorientadora: Dra. Joana D'Arc Vieira Couto Astolphi.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.751>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. I. Oliveira, Prof. Dr. João
Carlos de, 1963-, (Orient.). II. Astolphi, Dra. Joana
D'Arc Vieira Couto, 1959-, (Coorient.). III.
Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em
Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. IV. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
 Trabalhador
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	20/11/2024	Hora de início:	8h:30	Hora de encerramento:	10h:20
Matrícula do Discente:	12112GST008				
Nome do Discente:	Claudia de Sousa Rodrigues				
Título do Trabalho:	AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSUMO DE ÁLCOOL DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA/MINAS GERAIS				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as):

Nome completo	Departamento/Faculdade de origem
Mauro das Graças Mendonça	UFTM (Universidade Federal do Triângulo Mineiro)
Paulo Cezar Mendes	ICHPO/UFU
João Carlos de Oliveira (Orientador da candidata)	ESTES/UFU

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. João Carlos de Oliveira apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Cezar Mendes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 21/11/2024, às 11:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Carlos de Oliveira, Professor(a) do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico**, em 21/11/2024, às 11:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mauro das Graças Mendonça, Usuário Externo**, em 21/11/2024, às 16:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5877504** e o código CRC **02D30569**.

*Dedico este trabalho ao meu Deus, e sou grata
por ter tão pouco a pedir e tanto para agradecer!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. João Carlos de Oliveira, à minha coorientadora Dra. Joana D'Arc Vieira Couto Astolphi e a todos os professores do PPGAT que contribuíram para minha formação.

Muito obrigada a minha cunhada Paulinha e seus pais, Lady e Antônio por tudo!

Agradeço aos meus colegas de curso, pela troca de saberes compartilhada e aos servidores pesquisados, pela colaboração na realização deste estudo

Agradeço às secretárias do PPGAT, Luciana e Marta, por toda a ajuda prestada com tanta gentileza e competência e acima de tudo...paciência!

Ao meu querido Igor, ser humano lindo e generoso, pela sua paciência e os cuidados a mim dedicados todo esse tempo que estamos juntos.

Quero fazer um agradecimento especial e muito carinhoso, às minhas queridas amigas Tita, Rosana e Tassiana, por toda ajuda quando precisei e por compartilhar as alegrias e as angústias no decorrer dos estudos.

Dedico palavras especiais de gratidão e afeto a todos os integrantes da Oficina da Vida, que foram fundamentais para que tudo desse certo, por todo apoio e disposição em me auxiliar em todos os momentos, sem esse apoio não teria sido possível a realização desse trabalho.

Agradeço aos amigos da DIRQS que tanto me auxiliaram das mais diferentes formas.

Agradeço a Yara, bibliotecária do Campus Umuarama, por suas orientações tão valiosas.

Agradeço aos médicos psiquiatras Dra. Daniela e Dr. Tiago, pelo amparo necessário ao restabelecimento da minha saúde mental, durante este período de Pós-Graduação.

Muito obrigada a todos, que de alguma forma, me ajudaram nessa caminhada.

Minha gratidão eterna, ao querido amigo Prof. Dr. Júlio César de Lima Ramires, por toda ajuda que tem me dado ao longo dos últimos anos, por me ouvir, pela alegria de sua amizade e confiança tão valiosas para mim, e por tantas alegrias que tem me proporcionado.

E por fim, não menos importante, meu agradecimento especial à querida Vanessa Cardoso, que me estendeu a mão e se dispôs a me ajudar, quando eu já havia perdido as forças e as esperanças de seguir em frente e concluir este estudo. Muito obrigada Vanessa!

Que Jesus nos ampare a todos!

APRESENTAÇÃO

Sou Cláudia de Sousa Rodrigues, 54 anos, graduada em Serviço Social pela UNITRI, e Direito pela UNIUBE, sou servidora da Universidade Federal de Uberlândia/MG, há 33 anos, atualmente lotada no Setor de Atenção ao Dependente Químico (SADEQ) comumente denominado Oficina da Vida, ligado à Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia Geociências e Saúde Coletiva da UFU.

O interesse em desenvolver uma pesquisa com a temática sobre o consumo de álcool por parte dos servidores desta Universidade, surgiu diante do cenário vivenciado cotidianamente no local de trabalho, que consiste num serviço ambulatorial que oferece assistência para os servidores da instituição e seus dependentes, trabalhadores das fundações e estudantes, que fazem uso problemático de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, cujo serviço, contempla as diretrizes das políticas públicas voltadas à problemática de álcool e outras drogas.

Tendo o contexto do trabalho como um aspecto fundamental na vida do ser humano e aspectos correlacionados que afetam diretamente a saúde do servidor de uma universidade federal, espera-se com este estudo, encontrar dados relevantes que possam contribuir as pesquisas existentes sobre o tema, ampliando assim o conhecimento nesta área e que os resultados possam remeter ao entendimento do padrão de uso do álcool e seus aspectos explicitamente sociais, culturais, ambientais.

RESUMO

Considerando que o álcool é atualmente, a droga mais consumida no mundo, além de ser um grave problema de saúde pública, o presente estudo busca avaliar o nível de consumo de álcool dos servidores da Universidade Federal de Uberlândia/MG. O *interesse em desenvolver* uma pesquisa com essa temática, surgiu não somente em função desse cenário, *mas também devido à experiência vivenciada no dia a dia de trabalho no SADEQ (Setor de Atenção ao Dependente Químico), comumente denominado Oficina da Vida, que* pertence à Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS), subordinada à Pró Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP), da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Dentro desse contexto, a presente pesquisa caracteriza-se como um estudo quantitativo, descritivo, que utilizou como instrumento de coleta de dados, um questionário estruturado e adaptado, contendo 20 perguntas, dividido em duas partes, sendo a primeira composta por dados sociodemográficos e institucionais e a segunda parte constando o instrumento AUDIT- (Alcohol Use Disorders Identification Test) que consiste num questionário criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desenvolvido para rastrear o uso excessivo de álcool. Após aprovação pelo Conselho de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFU, o questionário elaborado pela ferramenta Goggle Forms, foi encaminhado para o e-mail institucional de todos os servidores que possuíam vínculo ativo permanente com a instituição, através da plataforma digital SOUGOV, do Governo Federal. Inicialmente foram enviados questionários para a população de 4.931 servidores, cuja amostra necessária (N) para validação da pesquisa, seria a quantidade de 370 servidores, e ao término da coleta de dados, obtivemos um total de 515 participantes dentre docentes e técnicos-administrativos. Foi realizada uma análise descritiva entre as variáveis e como resultado principal, a pesquisa apontou que, com base no Escore do AUDIT, 89,1% das pessoas apresentaram consumo de baixo risco ou abstêmios, na sequência 8,3% dos pesquisados estão associados ao consumo de risco, 2,1% demonstram o uso nocivo ou consumo de alto risco e por último 0,4% se enquadram em provável dependência. Portanto o presente estudo apresenta-se como contribuição para futuras discussões acerca do perfil de consumo de álcool dos servidores da UFU.

Palavras-chave: álcool; servidores públicos; trabalho; políticas públicas.

ABSTRACT

Alcohol is currently the most consumed drug worldwide and represents a serious public health issue. This study aims to evaluate the level of alcohol consumption among employees of the Federal University of Uberlândia (UFU), Minas Gerais, Brazil. The interest in this research arose not only from this global scenario but also from the daily experiences at the SADEQ (Chemical Dependency Care Sector), known as *Oficina da Vida*, under the Directorate of Quality of Life and Employee Health (DIRQS), part of the Office of Human Resources Management (PROGEP) at UFU. This is a quantitative, descriptive study that utilized a structured and adapted questionnaire comprising 20 questions. The instrument was divided into two parts: sociodemographic and institutional data, and the AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), developed by the World Health Organization (WHO) to screen for excessive alcohol consumption. After approval by the UFU Research Ethics Committee, the questionnaire, created using Google Forms, was sent via institutional email to all permanent staff members through the Federal Government's SOUGOV platform. Of the 4.931 staff members contacted, a sample size of 370 participants was deemed necessary for validation. At the end of the data collection, 515 responses were obtained, including faculty and administrative staff. Descriptive analysis of the variables revealed that, based on AUDIT scores, 89.1% of participants reported low-risk consumption or abstinence, 8.3% exhibited risky consumption, 2.1% showed harmful or high-risk use, and 0.4% were classified as probable dependence. This study contributes to future discussions regarding alcohol consumption patterns among UFU employees.

Keywords: Alcohol; Public Employees; Work; Public Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Problemas Relacionados ao Consumo de Substâncias Psicotrópicas	19
FIGURA 2	Tipos de Bebidas com 10g de Álcool.....	22
FIGURA 3	Localização dos Campus da Universidade Federal de Uberlândia	45
QUADRO 1	Critérios de Abuso e Uso Nocivo da DSM-IV e CID-10.....	23
QUADRO 2	Maiores Produtores de Bebidas Alcoólicas no Brasil	31
QUADRO 3	Cronologia das Leis sobre Drogas no Brasil.....	37
QUADRO 4	Quantidade de Servidores Ativos Permanentes da UFU em 2022.....	46
GRÁFICO 1	Distribuição dos participantes quanto ao Gênero.....	49
GRÁFICO 2	Distribuição dos participantes quanto a faixa etária	50
GRÁFICO 3	Distribuição dos participantes quanto ao Estado Civil.....	51
GRÁFICO 4	Distribuição dos participantes quanto a Cor da pele autorreferida	52
GRÁFICO 5	Distribuição dos participantes quanto a religião	54
GRÁFICO 6	Distribuição dos participantes quanto ao Cargo.....	55
GRÁFICO 7	Distribuição dos participantes quanto a Escolaridade.....	55
GRÁFICO 8	Distribuição dos participantes por local de trabalho	57
GRÁFICO 9	Distribuição dos participantes quanto ao Tempo de Serviço na UFU	59

GRÁFICO 10	Distribuição dos participantes quanto a Autopercepção da Própria Saúde ..	60
TABELA 1	Local de trabalho	58
TABELA 2	Resultado Quantitativo da Aplicação do AUDIT.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAC – Amostra Aleatória Simples

AEC – Antes da Era Comum

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

BPE – Beber Pesado Episódico

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAD – Comissão sobre Álcool e outras Drogas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEREST – Centros de Referências de Saúde do Trabalhador

CID – Classificação Internacional de Doenças

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONAD – Conselho Nacional de Políticas de Drogas

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CONSUN – Conselho Universitário da UFU

CREAD – Centro de Referência Estadual de Álcool e Outras Drogas

DIEDI – Divisão de Estruturação de Dados e Informações

DIRQS – Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

E/R – Espiritualidade/religiosidade

EF – Educação Física

ESEBA – Escola de Educação Básica

ESF – Equipe de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MEC – Ministério da Educação

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

NIAAA – National Institute on Alcohol and Alcoholism

OMS – Organização Mundial da Saúde

OV – Oficina da Vida

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PESMAD – Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

PLANAD – Plano Nacional de Políticas sobre Drogas

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PND – Política Nacional de Drogas

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PPGAT – Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

PROAE – Pró-reitora de Assuntos Estudantis

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas

SM – Santa Mônica

SOUGOV – Aplicativo e Plataforma do Governo Federal

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

ST – Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAI – Unidades de Atendimento Integrado

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

UMU – Umuarama

UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Histórico do Consumo de Drogas.....	16
2.2 História do Consumo de Álcool	19
2.2.1 Classificação e Padrões de Consumo do Álcool	21
2.2.2 Os Agravos à Saúde Causados pelo Consumo do Álcool	26
2.2.3 Os Efeitos do Consumo de Álcool nas Relações Sociais e Familiares	28
2.2.4 Indústria do Álcool	29
2.3 O Sentido do Trabalho.....	32
2.3.1 A Saúde do Trabalhador no SUS.....	33
2.4 Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil	35
3 OBJETIVOS DA PESQUISA	42
3.1 Objetivo Geral	42
3.2 Objetivos Específicos	42
4 METODOLOGIA	43
4.1 Tipo de Estudo.....	43
4.2 Método da Pesquisa	43
4.3 Instrumento para a Coleta de Dados.....	44
4.4 Local e População do Estudo	45
4.5 Cálculo Amostral.....	46
4.6 Critérios de Inclusão e Exclusão	46
4.7 Ferramentas de Aplicação	46
4.8 Aspectos Éticos e Legais	47
4.9 Recursos Operacionais	47
5 RESULTADOS	49
5.1 Descrição das Variáveis Sociodemográficas.....	49
5.2 Descrição das Variáveis dos Dados Funcionais e de Saúde	57
5.3 Questões do AUDIT	61
6 CONCLUSÃO	64
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75

APÊNDICE B – Questionário	77
APÊNDICE C – AUDIT	79
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	80
ANEXO B – Declaração da Instituição Coparticipante.....	89

1 INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas está presente em toda a história, tendo sofrido modificações ao longo do tempo e tem crescido constantemente no cenário mundial, sendo considerado como uma grande preocupação de saúde pública, se disseminando por todas as faixas etárias, classes sociais e culturais. Mais especificamente no Brasil, o uso de álcool e outras drogas têm atingido níveis alarmantes, gerando, como consequência, inúmeros problemas sociais e de saúde na população (WHO, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma importante agência especializada que debate desde o seu princípio, os efeitos, classificações e definições da droga dentro do campo da saúde e em sua última definição, a OMS classifica como droga “qualquer substância natural ou sintética, capaz de produzir em doses variáveis os fenômenos de dependência psicológica ou dependência orgânica, sendo considerado um problema de saúde e as drogas se dividem em lícitas ou ilícitas”. (Organização Mundial de Saúde, 2018).

As drogas ilícitas são substâncias psicoativas ou psicotrópicas cuja produção e comercialização constituem crime, como a maconha, inalantes/solventes, cocaína, crack, dentre outras. As drogas lícitas são substâncias psicoativas ou psicotrópicas cuja produção, comercialização e consumo não constituem crime, destacando-se o álcool e o tabaco, desde que respeitem o controle sanitário da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014).

Do uso social ao problemático, o álcool é, atualmente, a droga mais consumida no mundo. Como consequência, o uso indevido dessa substância é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Particularmente, quando esses índices são analisados em relação à América Latina, o uso do álcool assume uma importância ainda maior, sendo o índice de anos de vida útil perdidos neste continente, quatro vezes maior do que a média mundial (Laranjeira, *et al.* 2007).

O uso nocivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo. As consequências do uso de álcool oneram a sociedade, de forma direta e indireta, potencializando os custos em hospitais e outros dispositivos de saúde, sistema judiciário, previdenciário, perda de produtividade do trabalho, absenteísmo, desemprego, entre outros (Relatório..., 2018).

A OMS classifica o consumo abusivo de álcool, como um padrão que pode causar danos

à saúde física ou mental e este padrão de uso abusivo do álcool e outras drogas, configura-se um problema de saúde pública na sociedade atual, afetando a vida de diversos indivíduos. Isso pode ser observado por meio da análise de dados e informações sobre o tema, evidenciando que o uso e/ou abuso de drogas aumentou de forma significativa nos últimos anos e gerou consequências negativas em diversos âmbitos da vida das pessoas, como saúde, relações interpessoais, trabalho, escola e família, bem como os altos custos para o sistema de saúde e para a sociedade (UNODC, 2019).

O Relatório Global (*Global Status Report on Alcohol and Health*) divulgado pela OMS em 21/09/2018, ressalta sobre o aumento do consumo e a carga de doenças atribuídas ao álcool em todo o mundo e relata ainda que mais de 3 milhões de pessoas morreram por uso nocivo de álcool em 2016 e no geral, o uso nocivo do álcool causa mais de 5% da carga global de doenças.

Sobre o uso do álcool, Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS diz:

Muitas pessoas, suas famílias e comunidades sofrem as consequências do uso nocivo do álcool por meio de violência, lesões, problemas de saúde mental e doenças como câncer e acidente vascular cerebral, é hora de intensificar as ações para evitar essa séria ameaça ao desenvolvimento de sociedades saudáveis (Organização Mundial da Saúde, 2018).

Carmo *et al.* (2020), ressalta que em relação ao uso do álcool e/ou outras drogas, em seus diferentes padrões de consumo, além das questões de saúde, é a consequência social que essas drogas ocasionam, principalmente no âmbito das relações trabalhistas. Independente do consumo ter ocorrido ou não no próprio local de trabalho, este pode trazer repercussões na produtividade geral e na força de trabalho, desencadeando o baixo desempenho na execução de tarefas, acidentes ou lesões, atendimento deficiente, alta rotatividade de funcionários e aumento nos custos de saúde.

O interesse em desenvolver uma pesquisa com essa temática surgiu não somente em função desse cenário, mas também devido à experiência vivenciada no dia a dia de trabalho no SADEQ (Setor de Atenção à Dependência Química), comumente denominado Oficina da Vida, que pertence à Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS), subordinada à Pró Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP), da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

O SADEQ/Oficina da Vida consiste num serviço ambulatorial que oferece assistência para os servidores da instituição, funcionários das fundações, seus dependentes legais e estudantes, que fazem uso problemático de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, cujo serviço, contempla as diretrizes das políticas públicas voltadas à problemática de álcool e outras drogas.

Dessa forma, o presente estudo, tem por finalidade, conhecer o perfil de consumo do álcool entre os servidores da Universidade Federal de Uberlândia, num olhar fundamentado pelo instrumento *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), e considerando os prejuízos causados pelo uso nocivo do álcool e as dificuldades de reconhecer o processo de adoecimento, esse estudo, que se enquadra na linha de pesquisa “Saúde do Trabalhador”, tem em seu bojo a seguinte questão norteadora: Qual o percentual da amostra analisada, apresenta padrão de uso nocivo de álcool ou possível dependência?

Para tanto, nos capítulos a seguir, será abordado especificamente o uso do álcool, tema central da pesquisa. E nos próximos capítulos, pretende-se desenvolver um breve relato sobre a história das drogas bem como, o contexto atual de consumo de álcool, apresentar o perfil de consumo do álcool da população pesquisada através dos resultados apresentados, dando maior relevância ao padrão de uso nocivo ou provável dependência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico do Consumo de Drogas

O uso da droga é tão antigo quanto o ser humano. Porém as transformações nesse uso e em seus significados é que vem acompanhando as transformações da humanidade. Vestígios do uso de drogas psicoativas estão presentes nas primeiras civilizações, foram encontradas estátuas egípcias mostrando homens fabricando cerveja nas datas de 2.500AEC, e consumo de outras substâncias hoje proibidas, folha de coca 8.000AEC, maconha 10.000AEC, entre outros. Nesta época as drogas tinham suas aplicações medicinais e religiosas, da mesma forma, eram usadas socialmente (Torcato, 2016).

A etimologia do termo demonstra a maneira como o contexto e significado da palavra pode se modificar no decorrer da história. Droga, tem provável procedência holandesa que se origina da palavra “droog” que teria como significado “produtos secos” e servia para designar no século XVI ao XVII, diversas substâncias da natureza consumidas através da alimentação ou para uso medicinal (Carneiro, 2008).

De origem colonial, a palavra droga no seu princípio não possuía uma distinção clara de alimentos ou remédios, um pouco parecido na maneira que é tratada drogas como café e vinho. Com o passar dos anos, a palavra foi criando maior distinção por parte do senso comum e sendo de maneira geral associada a substâncias químicas que causa efeito psicoativo no corpo, sobretudo em relação às drogas classificadas como lícitas e ilícitas (Peixoto, 2019).

A partir do século XI, a igreja Católica preocupava-se com a multiplicação dos pensadores humanistas, homens que acreditavam na autonomia do homem e o colocavam no centro do mundo, ao invés de Deus. Para ampliar o controle, a igreja utilizava-se de bruxas para conseguir promover o temor, tais mulheres já existiam desde os primeiros séculos, e usavam seus conhecimentos, no plantio para produção de bebidas e porções, com finalidades medicinais, afrodisíacas e cosmética o que ampliava o preconceito já existente naquela época (Torcato, 2016).

Em 1487 foi publicado, pelo clérigo católico Heinrich Kramer, o documento *Malleus Maleficarum* “traduzido como ‘Martelo das Bruxas’ ou ‘Martelo das Feiticeiras’ um manual inquisitorial, ou seja, um manual utilizado pelo tribunal da Santa Inquisição no final do século XV justamente para identificar essas mulheres que passaram a ser vistas como uma ameaça à igreja medieval e aos saberes de então’. Esse livro descrevia em detalhes como identificar, julgar e punir uma bruxa. Reforçou a misoginia em torno da sexualidade feminina devido aos

exames sexuais aos quais as supostas bruxas eram submetidas, a obra corroborou com incontáveis mortes de mulheres na forca e na fogueira (além dos castigos físicos), tendo o seu fim com a ascensão do Iluminismo. (Coelho, 2023).

A ideia de bruxa, bruxaria e feitiçaria se confunde com a história das mulheres na Idade Média. “É quando surge essa imagem da mulher bruxa, tanto na história quanto na imaginação popular do século XVI. (Coelho, 2023).

As bruxas, na verdade, eram possuidoras do saber medicamentoso que muito ajudaram na descoberta de fármacos eficazes para a cura de diversas doenças, o que passa a preocupar também os médicos pois começa ocorrer um aumento das “casas de bruxas” e seus medicamentos passam a ser comercializados em grande escala. (Escohotado, 2003, p. 61).

Na verdade, essas mulheres eram as parteiras, curandeiras, carpideiras, mulheres que tinham todo um conhecimento relacionado às tradições pagãs, tradições imemoriais de conhecimento da natureza, de conhecimento do corpo, mas que no século XVI, eram mulheres consideradas perigosas, justamente porque estavam à margem do que se preconizava na época.

Para tanto, esse conhecimento se tornou uma ameaça à ordem simbólica que a instituição masculina, “Estado e Igreja”, instituíram à época, dando assim início ao período de ‘Caça às bruxas!’ que durou aproximadamente três séculos. A Igreja, também intervém, com a perseguição dos inquisidores a farmacêuticos e bruxos, pois qualquer pessoa sem altos apoios poderiam ser processada, torturada e queimada (Escohotado, 2003, p. 61).

Diante disso, a opção aqui feita é a de utilizar a palavra “droga” sem intenção de fazer referências pejorativas a qualquer substância em questão, e de englobar tanto as lícitas quanto as ilícitas. Outra posição importante é a de considerarmos as drogas, como em culturas antigas, substâncias neutras que, em sua existência, não têm significado. As consequências dos usos dependem dos sistemas discursivos no qual eles se inserem (Southier, 2016).

Em sua última definição, a OMS classifica como 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” (Laranjeira, 2012).

De acordo com (Laranjeira 2012), as drogas podem ser classificadas de acordo com a ação acentuada ou branda, sobre o sistema nervoso central, provocando alterações no comportamento de quem as consome. Assim, podemos descrevê-las da seguinte forma: I - PERTURBADORAS - Aquelas com efeito alucinógeno, acelerando o cérebro além do normal, causando perturbações na mente do usuário, como o LSD (sintetizadas a partir do ácido lisérgico), maconha e haxixe (produto e subproduto extraídos da Cannabis Sativa) e os solventes

orgânicos (cola de sapateiro); II - DEPRESSORAS - diminuem a atividade cerebral, deixando os estímulos nervosos mais lentos, como exemplo podemos citar os tranquilizantes produzidos por indústrias farmacêuticas, o álcool, antidepressivos, soníferos, ansiolíticos, o ópio, a morfina e a heroína. III - ESTIMULANTES - substâncias que aumentam a atividade cerebral. Estimulam em especial áreas sensoriais e motoras como a cocaína e seus derivados, o crack, extraídos da folha da planta da coca (*Erytroxylum Coca*) e IV – MISTAS - combinações de dois ou mais efeitos, a mais comum e conhecida desse grupo é o Ecstasy.

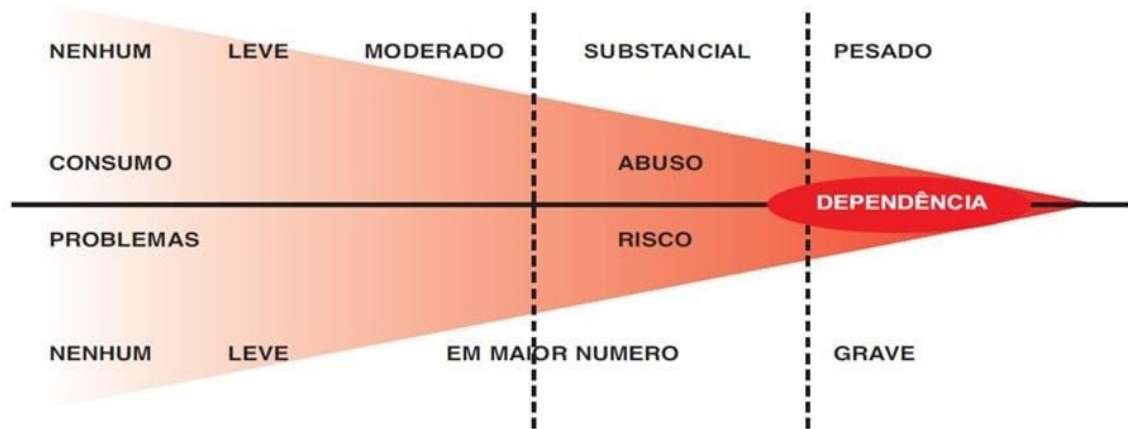
Assim, o uso de drogas está relacionado a qualquer tipo de consumo, podendo ser frequente ou não. É o caso, por exemplo, de indivíduos que experimentam a substância pela primeira vez, mas não são afetados pelo uso, podendo simplesmente abandonar o consumo. O abuso é o uso nocivo de uma substância, conseqüente de algum tipo de problema. Nesse caso, o uso das substâncias é mais recorrente, podendo desencadear a dependência (Mathews; Pillon, 2004).

Estudiosos acrescentam que a dependência ocorre quando não existe mais controle sobre o uso, causando problemas reais à saúde. O consumo se torna uma compulsão, pois o indivíduo passa a direcionar toda a sua vida ao consumo das drogas. As substâncias se tornam indispensáveis ao funcionamento psicológico do indivíduo. Portanto, a dependência provém não do desejo de consumir substâncias, mas da incapacidade de não as consumir (Silva, 2022).

A OMS define dependência química, como uma doença crônica, progressiva, representada por um transtorno mental característico de sinais e sintomas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Entre os sinais e sintomas mais comuns, destacam-se: compulsão pelo uso da droga, sintomas de abstinência, necessidade de doses crescentes para se obter o mesmo efeito, falta de controle sobre a quantidade do uso, abandono de outras atividades para manutenção do uso, mesmo que resulte em prejuízos evidentes causados pelo uso da substância. Para fins de diagnóstico terapêutico, a presença de três desses sintomas já é suficiente para se evidenciar casos de dependência química (Abreu; Malvasi, 2011).

A Dependência Química, é essencialmente uma relação alterada entre o usuário e o seu modo de consumo, conforme figura 1.

Figura 1 - Problemas relacionados ao consumo de substâncias psicotrópicas.



Fonte: Laranjeira *et al.*, 2003.

De acordo com pesquisas da OMS, o álcool é considerado um dos principais contribuintes para a ocorrência de doenças e de mortes prematuras em todos os mundos, sendo que o seu uso/abuso é um fator causal em mais de 200 doenças e condições de lesão. Estima-se que, por ano, ocorrem 3,3 milhões de mortes no mundo atribuíveis ao uso nocivo de álcool, representando 5,9% da totalidade desse evento.

O Consumo de álcool está integrado à vida em sociedade há milênios e encontra-se largamente disseminado, tendo adquirido dimensão universal pelos mais diferentes motivos, como o uso religioso, rural, medicinal, recreativo e festivo (Diehl, 2011). Uma das drogas cujo consumo ficou em evidência com a revolução industrial foi o álcool, pois sua maior oferta contribuiu para um grande aumento no consumo, assim como para o aumento do número de pessoas que passaram a apresentar problemas decorrentes de seu uso excessivo (Brasil, 2013).

Entre 2000 e 2018, foram registradas 306.141 mortes atribuíveis ao uso/abuso de álcool em todo o Brasil, sendo 39.585 no Estado de Minas Gerais. Outro dado bastante relevante é que aproximadamente 2,3 milhões de brasileiros apresentam critérios para dependência de álcool, segundo dados do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população brasileira (Bastos *et al.*, 2017).

2.2 História do Consumo de Álcool

Na literatura médica, por volta do século 385AEC, Hipócrates descreveu o uso do álcool como um fator predisponente a várias doenças e relatou a respeito do “delirium tremens” em

seu livro sobre as epidemias. No século XIV, já se referia ao álcool como uma substância que leva o indivíduo à perda do controle sobre seus atos. Já no Brasil, os registros históricos remontam que muito antes de seu descobrimento, a prática do consumo de bebidas era integrada a cultura indígena em seus rituais espirituais e festivos, invocando divindades a partir de bebidas por eles confeccionadas, em um claro rito de pertencimento e aculturação tribal de cada um de seus partícipes (Frank, 2022).

Assim relatam os textos do Portal da Educação, em seu artigo “A descoberta do álcool no Brasil”, referendando a prática, bem como suas especificidades com outras bebidas conhecidas dos europeus colonizadores da recém-descoberta terra (Portal da Educação, 2022):

[...] Quando os portugueses chegaram ao Brasil, em 1.500, perceberam que os índios que aqui habitavam tinham o costume de produzir e beber uma bebida forte e peculiar, processada a partir da mandioca. Esta bebida era utilizada em rituais e em confraternizações dos povos indígenas. Os colonizadores portugueses já conheciam as bebidas alcoólicas, como o vinho e a cerveja e, posteriormente, produziram a cachaça. Ela foi descoberta após a observação do processo de extração do caldo da cana de açúcar, que era colocado em recipientes para fabricação do “mosto” (caldo da cana de açúcar em processo de fermentação) que se transformava em um caldo grosso e servia para alimentar os escravos e os animais bovinos, caprinos e suínos [...].

O uso de álcool faz parte de muitas práticas culturais, religiosas e sociais e proporciona prazer percebido a muitos usuários, trata-se de um costume antigo em muitas comunidades e nunca foi um ato ilegal e em muitas sociedades, as bebidas alcoólicas são uma parte rotineira da paisagem social para muitos da população, vistas como socialmente úteis e necessárias (Myadze; Rwomire, 2014).

A história da cana-de-açúcar e a sua ligação com o trabalho escravo nos remetem a meados do século XIV, mais especificamente na ilha do Chipre (localizada no Mar Mediterrâneo ao sul da Turquia), em Creta (Grécia) e no norte da África. Nessas localidades, a economia era baseada na produção açucareira.

A entrada do açúcar no sul da Península Ibérica estimulou o ressurgimento da escravidão, sendo que, na década de 1440, começou a produzir seu impacto na economia de Portugal. Isso ocorreu devido à expansão portuguesa pela costa ocidental da África à procura de ouro e especiarias, originando o tráfico de escravos africanos.

Dessa forma, o açúcar se manteve como uma importante atividade econômica no Brasil Colônia, que foi uma sociedade escravista não simplesmente pelo trabalho forçado, mas também pelas suas distinções jurídicas entre escravos e livres, baseada nos princípios hierárquicos e na raça. A produção de açúcar necessita de técnicas e cuidados durante todas

suas etapas: desde a plantação, o cultivo, a colheita, até o refinamento. Nesse sentido, é importante ressaltar que a principal mão-de-obra dos engenhos era escrava, mas havia trabalhadores especializados e remunerados que supervisionavam todas as etapas desse processo (Silva, 2010)

Atualmente se observa condições precárias no trabalho empregado na produção da cana-de-açúcar no Brasil, tais como: ausência de equipamentos de proteção no campo, moradias sem higiene, pagamento de salários inferiores ao mínimo, além de transporte para o trabalho sem as mínimas condições de segurança e eventuais mortes por excesso de esforço (Goulart e Misoczky, 2010). Assim, é importante ressaltar que esse tipo de trabalho se diferencia do utilizado no passado quando a escravidão era legal perante a lei.

As propriedades euforizantes e intoxicantes do álcool, são conhecidas desde os tempos pré-históricos e praticamente, todas as culturas têm ou tiveram alguma experiência com a sua utilização. Para tanto, considera-se uma droga psicoativa com efeitos depressores no sistema nervoso central e classificado como uma droga lícita, é um produto resultante da fermentação de açúcares presentes em vegetais (frutos, mel, caules e cereais), tais como a cevada, a uva, a cana-de-açúcar, sob a influência de microrganismos, nomeadamente leveduras (Junqueira, 2017).

2.2.1 Classificação e Padrões de Consumo do Álcool

Quanto à sua origem, as bebidas alcoólicas se classificam em Fermentadas e Destiladas: I) Fermentadas, que se obtêm por fermentação alcoólica dos sumos açucarados, pela ação das leveduras; II) Destiladas, que resultam da destilação do álcool produzido no decurso da fermentação. Através de um processo de evaporação (seguida de condensação pelo frio) das bebidas fermentadas, podem obter-se bebidas mais graduadas (Marques, 2011).

Os efeitos imediatos do álcool no cérebro podem ser de caráter depressor ou estimulante, de acordo com a quantidade absorvida e após sua ingestão, o álcool é inteiramente absorvido pelo tubo digestivo sem sofrer prévia digestão, entra diretamente no sistema circulatório, atingindo valores máximos até cerca de uma hora e meia, difundindo-se a todo o organismo (IBGE, 2019).

Apesar de ter um efeito estimulante inicial, induzindo um estado de euforia e desinibição, perdendo muitas vezes a noção do perigo, na fase seguinte, os efeitos depressores começam a tornar-se mais notórios, surgindo a falta de coordenação motora (ex. andar a cambalejar), sonolência e lentificação do pensamento (ex. dificuldade em falar), diminuição da

capacidade de reação, de atenção e de compreensão (Formigoni, 2014). Se as doses ingeridas forem muito elevadas, caso de intoxicação alcóolica aguda, pode surgir depressão respiratória, coma etílico e eventualmente morte.

No Brasil, o padrão de consumo de álcool é adotado de acordo com as definições da OMS, que estabelece o beber moderado como o consumo de quantidades moderadas e que não causam problemas. E recomenda-se que para evitar problemas com o álcool, o consumo aceitável é de até 15 doses/semana para os homens e 10 doses/semana para as mulheres, sendo que uma dose contém de 8 a 13 gramas de etanol. Os homens não devem ultrapassar o consumo de três doses diárias de álcool e as mulheres duas doses diárias, sendo que tanto homens quanto as mulheres não devem beber por pelo menos dois dias na semana (Organização Mundial de Saúde, 2019).

Figura 2 - Tipos de Bebidas com 10g de Álcool



Fonte: H, E.N. Dose Padrão, 2020.

Já Babor, Caetano e Casswell (2003), definem que uma dose de bebida alcóolica tem 10 a 12 gramas de etanol, que equivale a uma unidade de álcool puro. A quantidade de unidades de álcool é determinada pela sua concentração em um volume de bebida. Com base nestes valores de referência alguns autores estabeleceram padrões de quantidade de unidades de álcool que um indivíduo sadio poderá consumir semanalmente sem que haja danos a sua saúde.

Assim, o padrão de consumo de álcool, para Laranjeira e Pinsky (1997), em relação aos possíveis riscos à saúde, são classificados da seguinte forma:

I - Baixo risco: corresponde a menos de 14 unidades para mulheres e menos de 21 para homens, ambos por semana.

II - Risco moderado: 15-35 unidades para mulheres e para homens 22-50 unidades por semana).

III - Alto risco: mais de 36 unidades semanais para mulheres e mais de 51 unidades para homens por semana.

Esses padrões de consumo se referem às unidades de álcool consumidas ao longo de uma semana, portanto, o consumo da quantidade semanal de unidades de álcool em apenas um dia implicaria mais danos à saúde do que quantidades um pouco maiores, mas distribuídas durante a semana, segundo esses autores.

Laranjeira (2011), acrescenta que os efeitos do álcool sobre cada indivíduo são diferentes, mesmo quando consumido em quantidades iguais, dependem de uma série de fatores, dentre eles: as diferenças biológicas do metabolismo, a quantidade de água no organismo e a estrutura física de cada pessoa. Existindo ainda, uma linha tênue entre o consumo moderado e a dependência.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), a Dependência de Álcool é classificada na CID-11, como um distúrbio de regulação decorrente do uso repetido ou contínuo e o traço característico é um forte impulso interno, que se manifesta pela capacidade prejudicada de controlar o consumo, aumentando a prioridade dada ao álcool sobre outras atividades e a persistência do uso apesar de danos ou consequências negativas, e mantém a Dependência de Álcool como o diagnóstico mestre e a distinção entre Dependência de Álcool e Uso Nocivo de Álcool, agora denominado Padrão Nocivo de Uso de Álcool (Transtornos, 2022).

Na (CID), o termo “uso nocivo” é aquele que resulta em dano físico ou mental, enquanto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) “abuso” engloba também consequências sociais. O Quadro 2, apresenta uma comparação entre os critérios de dependência referidos no DSM (APA, 2014) e na CID. Esses dois sistemas de classificação facilitam a identificação da dependência de substância psicoativa (Duarte; Morihisa, 2012).

Apresentamos a seguir, o quadro 1, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, onde são feitas as comparações entre critérios de uso.

Quadro 1 - Comparação entre Critérios de Abuso e Uso Nocivo da DSM-IV e CID-10.

ABUSO	USO NOCIVO
Padrão mal adaptativo de uso, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:	Três ou mais das seguintes manifestações ocorrendo conjuntamente por pelo menos um mês ou, se persistirem por períodos menores que um mês, devem ter ocorrido juntas de forma repetida em um período de 12 meses:

<p>Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ uma necessidade de quantidades progressivamente maiores para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; ♣ acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade; <p>Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ síndrome de abstinência característica para a substância; ♣ a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência; ♣ a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido; ♣ existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso; ♣ muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos; ♣ importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso; ♣ o uso continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado. 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ forte desejo ou compulsão para consumir a substância; ♣ comprometimento da capacidade de controlar o início, término ou níveis de uso, evidenciado pelo consumo frequente em quantidades ou períodos maiores que o planejado ou por desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso; ♣ estado fisiológico de abstinência quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso desta ou similar para aliviar ou evitar tais sintomas; ♣ evidência de tolerância aos efeitos, necessitando de quantidades maiores para obter o efeito desejado ou estado de intoxicação ou redução acentuada desses efeitos com o uso continuado da mesma quantidade; ♣ preocupação com o uso, manifestada pela redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo por causa do uso ou do tempo gasto em obtenção, consumo e recuperação dos efeitos; ♣ uso persistente, a despeito de evidências claras de consequências nocivas, evidenciadas pelo uso continuado quando o sujeito está efetivamente consciente (ou espera-se que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.
--	--

Fonte: Associação Americana de Psiquiatria, 2014

Os diagnósticos da CID, são frequentemente comparados com o DSM, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), que aborda exclusivamente transtornos mentais e comportamentais. O capítulo de saúde mental da décima revisão da CID (CID-10), foi desenvolvido em estreita colaboração com o DSM-IV, publicado em 1994, com atenção para que as entidades diagnósticas fossem comparáveis entre si (Proença, 2021).

Na décima primeira revisão da CID (CID-11), publicada em maio de 2019, os transtornos por uso de álcool formam uma parte fundamental da seção de “Transtornos Devidos ao Uso de Substâncias e Comportamentos Aditivos”. Definir os transtornos relacionados ao consumo de álcool e identificar o consumo de risco é fundamental para o diagnóstico clínico preciso, o monitoramento da doença e, mais amplamente, para a comunicação eficaz entre os profissionais dos sistemas de saúde e bem-estar (Franco, 2016).

A Dependência de Álcool é definida na CID-11 como um distúrbio de regulação decorrente do uso repetido ou contínuo e o traço característico é um forte impulso interno, que se manifesta pela capacidade prejudicada de controlar o consumo, aumentando a prioridade dada ao álcool sobre outras atividades e a persistência do uso apesar de danos ou consequências negativas, e mantém a Dependência de Álcool como o diagnóstico mestre e a distinção entre Dependência de Álcool e Uso Nocivo de Álcool, agora denominado Padrão Nocivo de Uso de Álcool (WHO, 2019).

Em comparação com a CID-10, as principais mudanças de acordo com a APA (2014), na CID-11 são as seguintes:

- Atualização e ampliação de classes de substâncias;
- Simplificação das diretrizes diagnósticas para dependência de substâncias;
- Maior especificação dos padrões nocivos de uso de substâncias, que podem ser contínuos ou episódios e recorrentes;
- Introdução de nova categoria para denotar episódios únicos de uso nocivo;
- Introdução do uso de substâncias perigosas como fator de risco para a saúde (fora do capítulo de transtornos de substâncias);
- Mudanças na gama de transtornos mentais induzidos pelo álcool;
- Transferência dos transtornos neuro-cognitivos relacionados ao álcool para a seção de “Demências relacionadas ao uso de substâncias psicoativas.

Algumas observações entre o uso nocivo/abusivo do álcool e o Beber Pesado Episódico (BPE), de acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, são ainda pontuados para melhor compreensão.

I - Uso nocivo/abusivo:

- Quando o indivíduo bebe eventualmente, mas é incapaz de *controlar* seu consumo.
- A OMS considera abusivo o consumo de 60 gramas (4.2 latinhas) ou mais de álcool, pelo menos uma vez por semana.
- O consumo em altas doses e a embriaguez é culturalmente estimulado na população, open bar, Chopp em dobro, redução de valores em horários de happy hour etc.

II - Beber Pesado Episódico – BPE ou “binge drinking”:

- Caracteriza pelo consumo de grandes quantidades de álcool em curto espaço de tempo (aproximadamente 2 horas), atingindo altos níveis de concentração alcoólica no sangue.
- 5 ou mais doses para homens 4 ou mais para mulheres, de acordo com o National Institute on Alcohol and Alcoholism (NIAAA).
- Na população que bebe, a maioria, 58%, bebe em binge drinking. Considerando apenas os homens, este índice é de 66%.
- O fígado só consegue metabolizar uma dose de álcool a cada uma hora e meia.

2.2.2 Os Agravos à Saúde Causados pelo Consumo do Álcool

O consumo nocivo do álcool, não só afeta as capacidades cognitivas e perceptivas, como pode resultar em altos índices de morbimortalidades, devido a gravidade de seus efeitos (WHO, 2019).

Dentre os efeitos, temos a distinção entre efeitos imediatos e a longo prazo:

I – Efeitos imediatos:

As manifestações de uma intoxicação alcoólica, dependem da quantidade e qualidade da bebida consumida e das manifestações de tolerância do indivíduo, que estejam relacionadas com a ação direta do álcool sobre o sistema nervoso central. A intoxicação alcoólica aguda configura-se numa condição transitória após administração de álcool, resultando em perturbação cognitiva, da consciência, da percepção, do comportamento ou de outras funções psicofisiológicas (CID10).

O excessivo consumo de álcool produz acidez no estômago, vômitos, diarreia, baixa da temperatura corporal, sede, dor de cabeça, desidratação, falta de coordenação, lentidão dos reflexos, vertigens e mesmo visão dupla e perda do equilíbrio. Além disso, a embriaguez pode ser caracterizada por 3 fases. São elas: A primeira fase da embriaguez caracteriza-se por um breve estado de excitação psíquica, com euforia, diminuição da tensão e ansiedade e anulação de inibições. Já a segunda fase é já caracterizada por alterações muito marcadas – a nível do pensamento, da atenção, da esfera sensorial, da sensibilidade, da coordenação motora e do equilíbrio, podendo surgir sintomas vegetativos do tipo náuseas e vômitos, midríase e taquicardia. E segue-se uma terceira fase, caracterizada por confusão, sono profundo, podendo retroceder, ao fim de algumas horas, para o despertar, ou, de acordo com a quantidade ingerida,

progredir para o coma ou mesmo morte, passando por uma hipoglicemia secundária e alterações neurovegetativas como depressão respiratória, cardiocirculatória, hipotermia (Brasil, 2013).

II – Efeitos a longo prazo:

O consumo crônico conduz a alterações em vários órgãos e sistemas do indivíduo:

- Cérebro – atrofia cerebral e deterioração;
- Sangue – anemia, diminuição das defesas imunitárias;
- Coração – frequente hipertrofias e dilatação com insuficiência cardíaca, miocardiopatia, perturbações arteriais, fragilidade das paredes vasculares e hemorragias, hipertensão arterial;
- Aparelho digestivo – glossites, esofagites, gastrites, da síndrome de mal absorção intestinal, de hepatopatia (hepatite, esteatose, cirrose), de lesões pancreáticas agudas ou crônicas (inflamação, deterioração);
- Aparelho locomotor: perturbações musculoesqueléticas;
- Manifestações psíquicas: Irritabilidade, insônia, delírios por ciúmes, ideias de perseguição e, ainda mais graves, as encefalopatias com deterioração psicorgânica (demência alcóolica).
- Gravidez – o consumo habitual na mulher grávida pode originar síndrome alcoólica fetal, que surge com a ingestão de álcool nos primeiros meses de gravidez, caracterizada por atraso de crescimento global e anomalias morfológicas (Brasil, 2013).

O álcool induz a tolerância nos consumidores crônicos (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para se produzir o mesmo efeito desejado ou intoxicação) e dependência física ou psicológica. (Diehl, 2011).

A síndrome de abstinência ocorre com a redução ou com a interrupção súbita do consumo da substância no paciente consumidor dependente, surgindo entre as doze e as dezesseis horas seguintes à privação da bebida, inquietação, nervosismo e ansiedade. Várias horas depois, podem aparecer câibras musculares, tremores, náuseas, vômitos e grande irritabilidade. A partir do segundo dia de abstinência, nos casos mais graves surge o denominado “delírio tremem”, caracterizado por confusão mental, desorientação no tempo e no espaço, em relação a si e aos outros, uma clara desintegração dos conceitos, aparecimento de delírios, alucinações e fortes tremores (Mello, 2001).

2.2.3 Os Efeitos do Consumo de Álcool nas Relações Sociais e Familiares

Para Monteiro e Vilela (2013), a estigmatização sofrida pelos usuários de álcool e por aqueles que fogem dos padrões morais esperados é uma construção sócio-histórica e cultural que exerce influência sobre as atitudes, crenças e afetos que perpassam a relação entre profissional de saúde e usuário. É como se alguns sujeitos ficassem excluídos das ações em saúde em função da forma como decidiram levar suas vidas.

O estigma social, que acompanha o abuso de substâncias, também é mencionado por Martinez, Latorre e Fischer (2022), reforçando a necessidade de intervenções adequadas para mitigar esses efeitos.

O costume de compartilhar espaços para estabelecer encontros que podem levar ao consumo de bebidas alcoólicas, tem origem nos séculos passados e vem acompanhando a vida social e cultural. O consumo de álcool em casa (doravante, 'beber em casa') há muito faz parte da vida nos países ocidentais, beber em casa contribui consideravelmente para os danos relacionados ao álcool (Hands, 2018).

Em um artigo publicado por alunos da Universidade Estadual de Montes Claros-MG (UNIMONTES), que versa sobre o consumo de álcool e os conflitos familiares, evidenciou-se um resultado onde 50% de estudantes que consumiam bebidas alcólicas, apresentaram associação significativa com o vínculo familiar e social conflituoso, cujo consumo, favorecia os desentendimentos e distanciamento do convívio familiar. O referido estudo verificou que o uso de drogas e bebidas alcoólicas por parte dos pais e comportamento antissocial, são fatores de risco para o consumo de álcool e outras drogas nessa população e ainda, corroboram para esse consumo: as condições socioeconômicas e a vivência de violência doméstica. Os jovens são marcados por diversas falhas na estruturação pessoal, e por perturbações familiares ou pessoais, dessa forma, caminham precocemente em direção à marginalização, apresentando maior chance de serem usuários de álcool e outras drogas (Bucher, 2018).

A família e a escola são instituições as quais, o adolescente costuma ter os seus primeiros contatos com as drogas, ambientes onde há um vínculo afetivo associado. Entende-se que embora beber em casa possa ser considerado em algumas circunstâncias como uma prática social por si só, em outras ocasiões talvez seja melhor visto, como uma ação menor dentro de práticas sociais domésticas mais substanciais (IBGE, 2022; Munné, 2014).

O uso de substâncias psicoativas também pode ser analisado sob a perspectiva da codependência, um termo associado aos familiares e amigos da pessoa com dependência

química. Cyrino *et al.* (2016), afirmam que a família que tem experiência direta com o dependente químico pode envolver-se emocionalmente e desenvolver a codependência.

Os familiares podem ficar desolados pelo comportamento do dependente químico ao ponto de se sentirem paralisados, com pesar, culpa e incapazes de ajudar. Eles também podem se sentir envergonhados ao ponto de esconderem o problema e recusarem-se a discuti-lo com profissionais da área, ou até mesmo muito familiarizados com o sofrimento do dependente químico quando ele tenta parar, apresentando resistência nesse processo de abstinência.

Gozzi *et al.* (2017), destacam que os problemas mentais, muitas vezes decorrentes da dependência química, exercem um considerável impacto sobre os indivíduos, suas famílias e as comunidades onde vivem, comprometendo suas vidas cotidianas, expectativa de vida e participação social em atividades cotidianas.

As práticas cotidianas de consumo de adultos em suas casas têm sido amplamente negligenciadas, tanto pelos pesquisadores quanto pelas políticas (Callinan; Maclean, 2020; Hilton *et al.*, 2014).

Outros estudos também associam o uso indevido do álcool e demais drogas a outros problemas relevantes como violência doméstica, lesões corporais, prejuízos aos relacionamentos interpessoais e ressaltam os problemas de ordem ocupacional (Rocha, 2019).

Dentro desse contexto, tem sido revelado por estudiosos da saúde, movimentos de causas ambientais e direitos humanos, que para além dessas discussões, pesquisadores têm apontado que a persuasão do marketing irrestrito, potencializa a vulnerabilidade do consumidor e influencia a psique coletiva, conforme discutido por Mendonça, Kozicki e Coelho (2014). Ou seja, tão relevante quanto a produção ostensiva é o marketing que a sustenta e, atravessa a capacidade de decisão consciente das pessoas em uma sociedade cada vez mais pautada pelo consumo.

2.2.4 Indústria do Álcool

O marketing de álcool, comumente usados por empresas de bebidas alcoólicas vem direcionando suas ações com intuito de condicionar indivíduos com crenças positivas sobre beber e criando e expandindo ambientes onde o uso de álcool é socialmente aceitável e encorajado (Hastings *et al.*, 2005; Mckee *et al.*, 2011).

Em muitos países, a produção e venda de bebidas alcoólicas são uma atividade econômica importante e que gera lucros para produtores, anunciantes e investidores. Ela oferece

oportunidades de emprego para atacadistas e varejistas, atrai a moeda estrangeira nas bebidas exportadas e gera receitas fiscais para o governo.

A indústria do álcool é definida como um complexo empresarial multinacional que inclui os produtores de cerveja, vinhos e destilados, e uma grade rede de distribuidores, atacadistas e setores relacionados, como hotéis, restaurantes, bares e anunciantes. Além dos produtores de álcool, os interesses da indústria também têm sido tradicionalmente promovidos por grupos que lidam com questões comerciais como impostos, marketing e regulamentação. Centenas de associações comerciais com foco principal no álcool foram estabelecidas em todo o mundo, representando os interesses de cervejeiros, destiladores, enólogos, bartenders, importadores, atacadistas e da indústria hoteleira. (Carneiro, 2008)

O relatório da OMS em 2022, destaca o uso crescente de técnicas sofisticadas de marketing digital para promoção do álcool e a necessidade de uma regulamentação mais eficaz. O documento revela que jovens e bebedores pesados são cada vez mais visados pela publicidade do álcool, muitas vezes em detrimento da própria saúde (OPAS, 2022).

O álcool é uma importante fonte de vendas e lucros para os setores de viagens e hospitalidade, incluindo hotéis e restaurantes. Por essas razões, existem muitos interesses investidos que apoiam a continuação e o crescimento da produção e das vendas de álcool (Centro de informação sobre saúde e álcool, 2018).

As bebidas alcóolicas, principalmente o vinho e a cerveja, são consideradas produtos agrícolas em muitos países desenvolvidos. O vinho desempenha um papel especialmente importante nas economias de países como a França, Itália e Argentina. Embora a cerveja e as bebidas destiladas também tenham conexões claras com a agricultura, em muitos países essas atividades estão sob a jurisdição do ministério da indústria. Em contraste com a produção de vinho, nos países desenvolvidos, a cerveja e especialmente as bebidas destiladas são produzidas principalmente em grandes fábricas por empresas industriais. (Carneiro, 2008).

Os gastos do consumidor com bebidas alcóolicas normalmente geram receitas fiscais, o que torna esses produtos uma fonte popular de renda para os governos locais, estaduais e nacionais, porém o álcool também impõe custos econômicos à sociedade, incluindo assistência médica, policiamento (além de tribunais e prisões), prevenção do crime, danos à propriedade, danos causados por acidentes de trânsito, improdutividade no local de trabalho, desemprego e mortalidade prematura e esses custos superam muito quaisquer vantagens econômicas potenciais dos impostos sobre o álcool (Centro de informação sobre saúde e álcool, 2018).

O Econodata, consiste numa plataforma digital, que em parceria com grandes empresas do país, realiza a compilação de dados e organiza imensas quantidades de informações que dão suporte ao empreendedorismo, marketing e inovação no aporte financeiro de vendas de organizações do país. Dados do Econodata (2023), indicam que existem 5.890 fabricantes de bebidas alcoólicas no Brasil. As três maiores produtoras de bebidas alcoólicas no país produzem cervejas e chopes.

A Ambev hoje é a maior fabricante de cervejas do mundo, e nasceu em 1999, da união entre as centenárias Cervejaria Brahma e Companhia Antarctica. É uma empresa de capital aberto, sediada em São Paulo, com operações industriais ou comerciais em todo o Brasil e em diversos países das Américas. No total operamos em 16 países das Américas (Antígua, Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Cuba, Dominica, Guatemala, Nicarágua, Panamá, República Dominicana, Saint Vicent e Uruguai).

Por outro lado, apesar de possuírem um mercado menor, a produção de outras bebidas destiladas, como a aguardente de cana-de-açúcar, é relevante. O vinho, as aguardentes sem ser de cana de açúcar e as bebidas destiladas ocupam um lugar de menor destaque do que o das cervejas e chopes no mercado brasileiro de produção de bebidas alcoólicas, conforme demonstra o Quadro 2.

Quadro 2- Maiores Produtores de Bebidas Alcoólicas no Brasil.

NOME	FÁBRICA	FATURAMENTO (R\$)
Ambev	Cerveja e Chopes	68,2 bi
Cervejaria Petrópolis S.A.	Cerveja e Chopes	16,7 bi
HNK BR (Heineken) Indústria de Bebidas Ltda	Cerveja e Chopes	4,9 bi
Cia Müller de Bebidas	Aguardente de cana de açúcar	2,8 bi
Trapua Indústria de Bebidas	Aguardente de cana de açúcar	2,6 bi
Cervejarias Kaiser Brasil		2,1 bi
Cíber		1,6 bi
Cervejaria ZX S.A.	Cerveja e Chopes	1,3 bi
GFP Bebidas Ltda	Cerveja e Chopes	1,3 bi
Contini	Outras aguardentes e bebidas destiladas	1,1bi

Fonte: ECONODATA, 2023.

Em termos gerais, o uso abusivo de álcool pode ocasionar não somente prejuízos pessoais e familiares, mas também prejuízos no ambiente profissional, como diminuição na produtividade, aumento de absenteísmo (falta ao trabalho), maior probabilidade de acidentes de trabalho, entre outros. (Centro de informação sobre saúde e álcool, 2018).

Nesse contexto, Carmo *et al.* (2020), afirma que o uso abusivo de bebidas alcóolicas gera impacto tanto do ponto de vista da saúde quanto das relações sociais. Esse padrão de uso reflete expressivamente nas relações de trabalho, o que compromete a segurança do trabalho e diminui a produtividade, além de aumentar o índice de absenteísmo, independente do consumo ter ocorrido ou não no próprio local de trabalho, acarreta repercussões na produtividade geral e na força de trabalho (desencadeando o baixo desempenho na execução de tarefas, acidentes ou lesões, atendimento deficiente, alta rotatividade de funcionários e aumento nos custos de saúde.

2.3 O Sentido do Trabalho

Considerando que a grande importância do trabalho, pode ser explicada pelas diversas funções e sentidos que o trabalho exerce na vida das pessoas, como a possibilidade de relacionamento com outras pessoas o sentimento de vinculação proporcionado pelo trabalho, a sensação de utilidade na vida, uma maneira de se evitar o tédio e a possibilidade de desenvolver objetivos de vida, Goulart e outros (2013), consideram que condições de saúde mental como a depressão, o estresse e a ansiedade podem, de fato, estar relacionadas ao abuso de drogas (álcool, tabaco, calmantes e outros) e que essas condições são manifestações comuns nos processos de adoecimento associados ao trabalho.

Segundo a psicodinâmica do trabalho, o trabalhador, ao buscar no trabalho a fonte de prazer e realização e encontrar nele uma fonte de sofrimento e desgaste, entrará em conflito com a organização, pois no contexto de trabalho, a organização é a vontade do outro que se impõe sobre si. Na medida em que as pessoas internalizam suas expectativas confrontando-as com uma realidade discrepante, surge o conflito que incide negativamente no seu equilíbrio emocional. (Dejours, 1994).

Martinez, Latorre e Fischer (2022), corroboram com Carmo, quando alegam que o abuso de álcool pode resultar em aumento do uso dos serviços de saúde e dos custos associados, além de ser um dos principais fatores para absenteísmo, acidentes de trabalho, desemprego e afastamento precoce das atividades laborais.

Seligmann-Silva (2011), 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 pode vir a fortalecer a saúde mental ou até vulnerabilizá-la, ou mesmo, promover distúrbios que vão refletir no coletivo e no plano individual, e nesse sentido, uma das estratégias de defesa que podem ser utilizadas pelos trabalhadores para lidar com o sofrimento decorrente do trabalho ou como válvula de escape para suas dificuldades e problemas diários é o uso e ou abuso de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas, como evidenciado.

Isso também foi demonstrado por Brites e Abreu (2014, p. 94), em um estudo sobre o consumo de bebida alcoólica entre os trabalhadores de um serviço público:

Esse consumo, muitas vezes, é feito para se tentar fugir do sofrimento mental e da sobrecarga emocional, ligadas ou decorrentes das condições de trabalho e pela organização do trabalho imposta pela empresa, tornando o consumo uma saída, o que induz a quadros graves de dependência alcóolica.

Por fim, acredita-se que na importância da relação saúde x trabalho, é necessário que as organizações e os trabalhadores, busquem modificação das condições e ambientes de trabalho, na tentativa de torná-los mais saudáveis.

2.3.1 A Saúde do Trabalhador no SUS

A Saúde do Trabalhador (ST) configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos, humanos -, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos. Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância (Brasil, 2001).

A complexidade do processo saúde-doença, em especial nas adições, representa um desafio para as ações em saúde. Apesar das mudanças na formação acadêmica dos profissionais de saúde, com vistas a ações mais singulares, humanizadas e adequadas às necessidades dos sujeitos, algumas práticas continuam centradas no modelo biomédico e em procedimentos estruturados voltados para a dimensão biológica, para o controle dos riscos e para a cura das doenças.

A Medicina do Trabalho surgiu na Inglaterra junto da Revolução Industrial, durante o século XIX. Com a exploração da mão de obra feita por processos desumanos, os trabalhadores

das indústrias foram afetados por diversos tipos de doenças, o que exigiu intervenção médica dentro das empresas. A Revolução Industrial foi o principal acontecimento histórico que contribuiu para o aumento dos problemas de saúde relacionados com as atividades laborais ou atividades de trabalho (Gomez, 2018).

Pode-se inferir que no Brasil, a saúde do trabalhador começou a ser impulsionada na década de 1940, quando os problemas de saúde causados pelo trabalho começaram a ser estudados no país. Datando dessa mesma época, houve a criação da Associação de Prevenção de Acidentes do Trabalho. Em 1943, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) entrou em vigor, constituindo um importante marco no campo da proteção legal dos trabalhadores.

Ao longo das décadas de 50, 60 e 70, iniciaram-se algumas contribuições como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), posteriormente a existência do Serviço de Saúde Ocupacional. As políticas de saúde eram pensadas mais em termos de recuperação do que em prevenção de doenças. Para os trabalhadores formais, existia o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) — saúde e previdência andavam juntos. Para o restante da população, nenhuma garantia (Haag *et al.*, 2001).

O avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, durante os anos 1960/70, ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho. Essa nova forma de apreender a relação trabalho-saúde e de intervir no mundo do trabalho introduz, na Saúde Pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores, no bojo das propostas da Reforma Sanitária Brasileira. Configura-se um novo paradigma que, com a incorporação de alguns referenciais das Ciências Sociais - particularmente do pensamento marxista - amplia a visão da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, o novo pensamento sobre a ST obteve maior repercussão com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (Fundação Oswaldo Cruz, 2022).

Com a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foram divulgadas as experiências de implantação da Rede de Serviços de ST, então em andamento. Essa rede, anterior à promulgação do SUS, já incorporava princípios e diretrizes que depois seriam consagrados pela Constituição de 1988, tais como a universalidade, a integralidade e o controle social (Fundação Oswaldo Cruz, 2022).

E a partir da análise da Lei nº 8.080/90 fica evidente que, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), que é considerado um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, a saúde do trabalhador adquiriu visibilidade, ampliando as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde, superando a lógica até então predominante de que as

atividades e as ações de saúde nessa área eram práticas exclusivas de especialistas (Almeida *et al.*, 2013).

Articuladas às demais redes do SUS, em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com o objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador. Já com a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005 (Brasil, 2005), a RENAST passou a ser a principal estratégia da organização da Saúde do Trabalhador. Com isso, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e os Centros de Referências de Saúde do Trabalhador, os CEREST's (Municipais, Regionais e Estaduais), integram a RENAST, além dos demais serviços de saúde do SUS (Fundação Oswaldo Cruz, 2022).

No Brasil, as políticas públicas de saúde direcionadas para a temática do álcool e outras drogas estão articuladas ao campo da saúde mental. No que se refere, especificamente a essa demanda, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, com a proposta de realizar um cuidado integral e articulado na perspectiva da redução de danos (Oliveira; Jorge; Mariotti, 2017).

2.4 Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil

Referindo-se a políticas públicas, Saraiva (2006), apresenta que a forma que um governo aplica suas políticas públicas é parte integrada aos acontecimentos internacionais, as transformações sociais, e ao modelo econômico vigente do sistema capitalista. O século XX representa muito bem este aspecto, já que o sistema econômico capitalista em determinados momentos exige uma maior ação e planejamento pragmático do Estado para o desenvolvimento econômico e social, e por outros momentos se tornou mais flexível e agente estratégico para beneficiar outras esferas econômicas privadas para esta função.

O debate e a tomada de decisão em relação à política, no Brasil, partiram predominantemente de modelos estrangeiros. Nas últimas décadas, o país permaneceu e aprofundou uma política que tem como grande impulsionador os Estados Unidos, que através de métodos punitivos e de demonização do contexto de algumas drogas, tem como grande objetivo a abstinência do uso e o combate a oferta de determinadas substâncias psicoativas pelo mundo (Saraiva, 2006).

Em um recorte de política pública social e mais especificamente quanto a Política Pública de Drogas no Brasil, esta é um conjunto de ações governamentais que tem como base

no controle da circulação, venda e consumo de substâncias psicoativas, como também a administração da saúde e dos direitos do usuário de drogas.

O tema do uso de álcool e outras drogas, no Brasil, esteve por muito tempo associado à criminalidade e à violência e sob a responsabilidade da justiça e da segurança pública. As ofertas de tratamento eram comumente vinculadas às práticas de exclusão social, em instituições psiquiátricas ou religiosas (comunidades terapêuticas) com foco na abstinência total (Brasil, 2012).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciado na década de 1970, se opôs às formas de tratamento hospitalar que desrespeitavam os direitos humanos dos internos. Conjugado ao movimento pela Reforma Sanitária, na mesma época, trouxe avanços e desafios para a atenção aos portadores de sofrimento mental.

No Brasil, o modelo sanitário caracterizava-se primeiramente, em relação ao consumidor de drogas, pela utilização de técnicas higienistas com a atuação de autoridades policiais, sanitárias e judiciais, onde o dependente era tratado como doente através de métodos similares aos utilizados nos casos de febre amarela e varíola, época na qual este indivíduo não era criminalizado, mas estava sujeito a internação compulsória mediante decisão judicial acompanhada de parecer médico (Peixoto, 2019).

Em 2001, a partir da lei federal n. 10.216, a Reforma Psiquiátrica ganhou status de política oficial do SUS. A alternativa ao modelo hospitalocêntrico e excludente foi a constituição gradativa de uma rede de atenção psicossocial, de base comunitária e territorial, composta por serviços de características variáveis, que trabalha em conjunto com a Atenção Primária à Saúde (APS). Iniciou com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e vem se consolidando com os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), os Centros de Convivência (Cecos), as enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, os Consultórios de Rua e as Casas Transitórias ou de Passagem (Brasil, 2011).

Contrária às práticas de exclusão e à ideia da abstinência total como solução, a Política para Álcool e Drogas do Ministério da Saúde, reitera a responsabilidade pelo cuidado integral aos usuários de álcool e outras drogas apostando na redução de danos, na capacitação dos profissionais, na diminuição do estigma e na construção de uma relação terapêutica singular (Brasil, 2019).

No entanto, a chegada dos usuários com sofrimento mental e dos usuários de álcool e drogas aos serviços da atenção primária, tem provocado nos profissionais respostas estigmatizantes e pouco acolhedoras, e trazido à tona evidências de conhecimentos

insuficientes, o que reitera o despreparo e a desinformação sobre a complexidade do tema (Brasil, 2003; Vargas, Bittencourt e Barroso, 2014).

As políticas públicas de drogas no Brasil, para o controle de álcool e outras drogas, são divididas em duas categorias: Política de alocação são as que promovem um recurso a um grupo ou organização específicos, de forma a obter determinados objetivos de interesse comum e as Política regulatórias: procuram influenciar comportamentos e decisões dos indivíduos por meio de ações mais diretas (Brasil, 2013).

De forma objetiva, trazemos a cronologia das leis de drogas no Brasil. (Quadro 3):

Quadro 3 – Cronologia das Leis sobre Drogas no Brasil

Data	Tipo
1915	O decreto 11.481 de 10 de fevereiro de 1915 foi resultado das Convenções Internacionais do Ópio, droga bastante difundida entre os séculos XIX e XX. Esta foi a primeira legislação específica de proibição do uso de drogas tornadas ilícitas no Brasil.
1921	O decreto 4.294 de 1921, que era formado por 13 artigos, aumentou a repressão às drogas tornadas ilícitas, acrescentando mais drogas ao rol de substâncias que passaram a serem proibidas.
1938	Durante o Estado Novo, em 1938, foi outorgado o Decreto-Lei nº 891, que inaugurou um período de recrudescimento e combate ao tráfico de drogas, com ações de fiscalização
1940	O Código Penal, outorgado entre 1940 e 1941, previu de forma específica o crime de tráfico e de posse de substâncias com efeito entorpecente, aplicando a sanção de prisão de 1 a 5 anos para os infratores deste dispositivo
1976	Em 1976, foi aprovado a lei 6.368 que determinava as chamadas “medidas de prevenção e de repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica”.
1980	Decreto 85.110/80 institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e normatiza o CONFEN (Conselho Federal de Entorpecentes).
1988	Com a redemocratização do Brasil em 1988, e uma nova Constituição Federal, surge o Sistema Único de Saúde (SUS) como direito de todos e dever do estado. O tráfico de drogas recebeu, constitucionalmente, status equiparado ao de crime inafiançável e insuscetível de graça ou anistia (art. 5º, XLIII).
1990	Lei de crimes hediondos (Lei 8.072/90) traz o recrudescimento ao crime de tráfico de drogas.
1993	Lei 8.764/93, é criada a Secretaria Nacional de Entorpecentes
1998	Início das reais políticas nacionais sobre drogas. Aqui o Brasil inicia uma política específica para redução da demanda e da oferta de drogas. CONFEN (Conselho Federal de Entorpecentes e CONAD (Conselho Nacional Anti Drogas).
2002	Decreto Presidencial 4.345/02, institui a Política Nacional Anti Drogas. (Estabelece objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas.

2003	Surge a publicação da Política do Ministério da Saúde, para a Atenção integral aos Usuários de álcool e outras drogas, tendo a REDUÇÃO DE DANOS, como estratégia de saúde pública.
2006	Publicada em 23/08/06, a Lei 11.343/06, que revoga a Lei 6.368 de 1976.
2010	Portaria 693/10, habilita os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Portaria GM/MS nº 4.066/10, estabelece recursos a serem destinados aos Serviços Hospitalares de Referências para Atenção Integral aos Usuários de Crack e outras Drogas.
2012	Portaria 130/12- Redefine o Centro de Atenção Psicossocial e Álcool e outras drogas (CAPS AD, I, II, III, CAPS Infantil) com atendimentos diversificados para adultos, jovens e crianças, população com transtornos mentais severos e persistentes; população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas.
2019	Decreto nº 9.761/19 aprova a PNAD – Plano Nacional de Políticas sobre drogas
2019	Lei 13.840/19 sancionada em 5 de junho de 2019, trouxe várias inovações na Lei sobre Drogas. Dentre as inovações implementadas por esta Lei, existe a previsão expressa de elaboração do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad), em parceria com Estados, Distrito Federal e Municípios. Esse plano deverá ter a vigência de cinco anos, e contempla a área de redução da demanda, a área de redução da oferta e a gestão da política, contemplando tanto drogas ilícitas, quanto drogas lícitas.
2022	O Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad) estabeleceu ações para combater o tráfico de drogas e cuidar dos usuários com foco na reinserção social e no tratamento humanizado. O Planad determina que as forças de segurança ampliem o trabalho de repressão ao tráfico de ilícitos, e os demais órgãos incluam o tratamento de dependentes em programas que geram oportunidades de trabalho, a exemplo dos centros de recuperação que acolhem os dependentes químicos.

Fonte: a própria autora

Vale ressaltar que a Política Nacional de Drogas - PND é realizada por intermédio do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, foi instituído pela Lei nº 11.343/06, cuja instância máxima é o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD. Esse sistema busca dividir as competências entre os entes federativos, ao mesmo tempo em que objetiva conferir sinergia às ações da política de drogas por meio do planejamento e da coordenação inter federativa e intersetorial, tendo como propósito, a criação de medidas para a prevenção do uso de drogas e reinserção do usuário e dependentes, bem como, estabelecimento de normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.

Os documentos do SISNAD e a Política Nacional de Drogas são as principais diretrizes nacionais que norteiam as Políticas Públicas de Drogas no Brasil, sendo deliberada e gerida por três grandes segmentos dentro do Estado, e ela fica dividida entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério da Justiça. Estes não possuem poderes iguais perante a

política, e atendem de formas distintas no que se trata de métodos, áreas de atuação e poderes de deliberação (Peixoto; Silva; 2019).

A lei 11.343/06 encontrou um ambiente propício para surgir dentro de um molde mais preventivo, muito embora tenha mantido e em certos aspectos inclusive aumentado a repressão proibicionista. Cumpre destacarmos que a nova lei não descriminalizou o uso de drogas. Ela, em verdade, despenalizou o uso de drogas no sentido de que o usuário de drogas não pode mais ter aplicada contra si a pena de prisão, e sim sanções de advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade ou medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo.

Já as alterações promovidas pela Lei nº 13.840/2019, que modificou a Lei nº 11.343/2006, bem como pelos Decretos nº 9761/2019 e nº 9926/2019 estabeleceram a necessidade de implementação de um Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD). Ao contrário da Política Nacional de Drogas (PNAD), que possui diretrizes, pressupostos e objetivos gerais, o plano é um instrumento de articulação intersetorial e inter-federativa para o estabelecimento de objetivos estratégicos, metas e compromissos com prazos definidos para sua implementação. No PLANAD, desta forma, existe uma ênfase em se conferir concretude à PNAD.

Quanto às Políticas Públicas do Estado de Minas Gerais, elas são voltadas para quatro principais diretrizes:

- I - Atenção ao dependente químico;
- II - Assistência social especializada;
- III - Mobilização da comunidade;
- IV- E debate sobre Drogas com a população a partir de informações baseadas cientificamente.

O Centro de Referência Estadual de Álcool e Outras Drogas (CREAD) localizado no centro da Capital Belo Horizonte, é outra estratégia utilizado pelo Estado de Minas Gerais (Peixoto; Silva, 2019). No Estado de Minas Gerais, também existem diversas políticas, projetos e marcos legais sobre drogas, implementados pela própria subsecretaria de Políticas sobre Drogas e pelas secretarias de Saúde, de Educação e de Segurança Pública. Um exemplo disso é a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD), de 2016, que possui como diretriz a lógica da redução de danos para reduzir as vulnerabilidades de risco social, individual, comunitário decorrentes do uso/abuso de drogas.

No município de Uberlândia, a Secretaria Municipal de Saúde atua em paralelo com a Secretaria Municipal de Prevenção às Drogas nas Políticas Públicas de Drogas no município de Uberlândia. A Secretaria Municipal de Saúde atende os princípios estabelecidos pelo SUS, Política Nacional de Saúde Mental e Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, e da Coordenação Estadual de Saúde Mental. Ou seja, a Secretaria está em consonância para atender a população usuária pelos métodos aplicados pelo SUS e da Reforma Psiquiátrica, na qual utiliza de diversos serviços em Saúde para usuários e familiares fornecidos pelas Unidades de Atendimento Integrado (UAI), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD), Unidades Básicas de Saúde (UBS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF), como também em unidades especializadas no assunto da própria Secretaria de Municipal de Saúde (Peixoto; 2019).

Com relação à Política sobre drogas, dentro da Universidade Federal de Uberlândia, não há algo implementado efetivamente. Em 13/01/2024, foi realizada uma reunião da Comissão sobre Álcool e outras Drogas (CAD), criada para formular uma proposta de política sobre o assunto na instituição. Sob a presidência do Prof. Leonardo Barbosa e Silva, diretor da Diretoria de Assuntos Estudantis, foi deliberado pela necessidade de se pensar em uma política unificada sobre álcool e outras drogas, cuja meta do grupo, seria apresentar uma proposta, a partir de um determinado diagnóstico, ao Conselho Universitário para deliberação.

A comissão, criada no dia 20 de dezembro de 2013, é formada por cerca de 20 integrantes das comunidades interna e externa com envolvimento direto com a temática, como profissionais da área da saúde, representantes dos seguimentos da universidade (estudantes, técnicos e docentes), da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e militantes – entre eles um indicado pelo movimento “Marcha da maconha”. “É uma comissão eclética. São pessoas que têm abordagens muito diferentes sobre o tema, mas que podem ajudar a formular uma política sobre álcool e outras drogas e segurança no campus, que podem ajudar a repensar a nossa resolução sobre as festas, a melhorar a relação com a polícia, com o Ministério Público”, enumera Barbosa e Silva, professor do Instituto de Ciências Sociais da UFU e ex-aluno da instituição.

Recentemente, foi aprovada a Resolução CONSUN Nº 89, de 02/09/2024, onde o Conselho Universitário da UFU, instituiu a Comissão de Estudos para Redução de Danos sobre o uso de Álcool e outras Drogas na Universidade Federal de Uberlândia.

Por fim, tivemos recentemente no Plenário do Senado aprovado em 2 turnos, a votação, da PEC sobre drogas, a PEC 45/2023 insere no art. 5º da Constituição a determinação de que é

crime a posse ou porte de qualquer quantidade de droga ou entorpecente “sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar”.

A proposta de emenda à Constituição prevê a criminalização do porte e posse de substância ilícita entorpecente (que são aquelas ditas pela administração pública como tais) e faz a ressalva da impossibilidade da privação da liberdade do porte para uso; ou seja, o usuário não será, jamais, penalizado com o encarceramento, não há essa hipótese. O usuário não pode ser criminalizado por ser dependente químico; a criminalização está no porte de uma substância, tida como ilícita, que é absolutamente nociva por sua própria existência (Brasil, 2024).

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

3.1 Objetivo Geral

Conhecer o nível de consumo do álcool entre os servidores da Universidade Federal de Uberlândia que participaram da pesquisa.

3.2 Objetivos Específicos

- 1) Aplicar o instrumento AUDIT, como forma de rastreamento ao consumo de álcool, entre os servidores da Universidade Federal de Uberlândia, cujo resultados poderão contribuir com o desenvolvimento de políticas institucionais voltados para a prevenção e promoção à saúde.

- 2) Avaliar o nível de consumo de álcool apresentado pela população pesquisada, dando maior relevância ao uso nocivo e provável dependência.

4 METODOLOGIA

O objetivo deste capítulo é descrever a metodologia aplicada na pesquisa, com o intuito de apresentar os instrumentos utilizados para maior compreensão dos resultados.

4.1 Tipo de Estudo

No estudo proposto optou-se pela pesquisa de campo com abordagem quantitativa, de caráter exploratório descritivo.

Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, analisando diferentes posições doutrinárias acerca da dependência química, com ênfase no uso do álcool.

A abordagem quantitativa, por sua vez, ressalta o coletivo, buscando explicações científicas, é aquela que não se interessa pelo singular ou individual, mas pelas características predominantes de um grupo. Por esta perspectiva, a informação científica significa quantificar, mesmo sabendo-se que “ordem e regularidade só podem ser estabelecidas, de forma aproximada, em termos médios e sobre um grande número de indivíduos”. (Minayo; Sanches, 1993, p. 241).

4.2 Método da Pesquisa

O método de pesquisa utilizado, foi a aplicação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), exposto no Apêndice C, que consiste num instrumento criado pela Organização Mundial de Saúde com o objetivo de avaliar o consumo de álcool. A primeira publicação do AUDIT deu-se em 1989, desde então os resultados positivos de sua aplicação permitiram sua consolidação e expansão em dezenas de países. O AUDIT possui 10 questões que abordam três domínios: Padrão de consumo de álcool (perguntas acerca da frequência de uso; quantidade em um dia típico; frequência de beber pesado); Sinais e sintomas de dependência (perguntas acerca da dificuldade de controlar o uso; aumento da importância da bebida; beber pela manhã); Problemas decorrentes do uso do álcool (perguntas que abordam o sentimento de culpa após o uso de álcool; esquecimentos após o uso; lesões causadas pelo uso do álcool; preocupações despertadas em terceiros devido ao uso de álcool). (Babor *et al.*, 2003).

Cada questão deste instrumento possui valores de zero a quatro pontos, com pontuação total em dez questões de até 40 pontos. De acordo com a pontuação atingida classifica-se o uso da substância em quatro Zonas: Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos; Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos. A classificação em Zonas permite a adoção intervenções específicas para cada indivíduo: na Zona I sugere-se Educação para o uso de álcool; na Zona II Aconselhamento; na Zona III Aconselhamento, psicoterapia e monitoramento contínuo; na Zona IV Encaminhamento para o especialista para avaliação diagnóstica e tratamento (Babor *et al.*, 2003).

O AUDIT, portanto, é um instrumento que permite uma melhor compreensão dos padrões de consumo de álcool, por sua compatibilidade cultural e aplicabilidade internacional, a fim de identificar os padrões de uso de álcool, podendo ser utilizado como um precursor de intervenções terapêuticas por profissionais de saúde. (Brasil, 2004)

4.3 Instrumento para a Coleta de Dados

A seleção do instrumento metodológico é uma das fases mais importantes de um estudo e está diretamente relacionada com o problema a ser estudado, e sua escolha dependerá de vários fatores e elementos relacionados com a investigação, sendo um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas (Lakatos; Marconi, 2010).

O instrumento de coleta de dados utilizados nesta pesquisa, foi um questionário estruturado e adaptado, com 20 (vinte) perguntas, dividido em duas etapas:

a) Informações sociodemográficas e profissionais, cujas variáveis se distribuíram da seguinte forma: sexo, idade, estado civil, etnia, cargo na instituição, escolaridade, religião, campus de origem, tempo que trabalha na instituição, autopercepção de sua saúde (ver Apêndice B);

b) AUDIT, cujo questionário auxilia na identificação de quatro diferentes padrões de consumo: uso de baixo risco, uso de risco, uso nocivo e provável dependência (Apêndice C).

4.4 Local e População do Estudo

O campo de estudo da atual pesquisa, foi a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), uma fundação pública, integrante da Administração Federal indireta, vinculada ao Ministério da Educação (MEC) cuja sede fica na cidade de Uberlândia-MG, região Sudeste do Brasil, é uma fundação pública, integrante da Administração Federal Indireta, que atualmente, conta com mais seis *campi* nas cidades de Ituiutaba-MG, Monte Carmelo-MG e Patos de Minas-MG. (Figura 3).

Figura 3- Localização dos Campi da Universidade Federal de Uberlândia



Fonte: Universidade Federal de Uberlândia, 2023.

A UFU é a principal referência em ciência e tecnologia de uma ampla região do Brasil Central, que engloba o Triângulo Mineiro, o Alto Paranaíba, o noroeste e partes do norte de Minas, o sul e o sudoeste de Goiás, o norte de São Paulo e o leste de Mato Grosso do Sul e do Mato Grosso.

Para o início da pesquisa, solicitamos oficialmente à Divisão de Estruturação de Dados e Informações (DIEDI), da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da UFU os dados quantitativos referentes ao total de servidores com vínculo ativo permanente com a instituição. (Quadro 4)

Quadro 4 – Quantidade de Servidores Ativos Permanentes da UFU em 2022.

Município	Campi	Quantitativo/servidores
Uberlândia	Umuarama	2.326
Uberlândia	Santa Mônica	2.068
Uberlândia	Educação Física/ESEBA	177
Ituiutaba	-----	221
Monte Carmelo	-----	79
Patos de Minas	-----	60
Total		4.931

Fonte: Própria autora, 2024.

4.5 Cálculo Amostral

Para a realização do cálculo amostral, utilizamos o recurso da amostra aleatória simples (AAC) através da ferramenta Programa R do Windows 10, que considerando uma margem de erro de 5%, com intervalo de confiança de 95% para os testes estatísticos que serão aplicados, nos revelou a necessidade de participação mínima de 370 (trezentos e setenta) servidores, para que se alcance o objetivo da pesquisa. (N=370).

A amostra total foi constituída de 515 servidores, sendo 316 (61,3%) mulheres e 199 (38,6%) homens.

4.6 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão estabelecidos foram possuir o vínculo ativo permanente com a instituição e a concordância em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto aos critérios de exclusão estabelecidos foram: servidores aposentados; funcionários de fundações ou empresas terceirizadas que prestam serviços na UFU, e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa, com a recusa através do TCLE.

4.7 Ferramentas de Aplicação

O instrumento de coleta de dados, foi um questionário adaptado, elaborado pela ferramenta GOOGLE FORMS, sendo está uma plataforma de serviço e gerenciamento de pesquisas online gratuitas, onde os usuários podem produzir pesquisas de múltipla escolha,

avaliações em escala numérica, questionários e formulários de registro.

A forma de envio do referido questionário aos pesquisados, foi através da interface digital SOUGOV do Governo Federal, que permite o encaminhamento de documentos e informações, ao e-mail institucional de cada Servidor Público Federal.

4.8 Aspectos Éticos e Legais

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi encaminhado a cada participante, informando sobre a legitimidade do estudo, e esclarecendo que era opcional a participação do servidor e ainda todas as garantias foram dadas a cada participante, sobre o anonimato na preservação dos dados e divulgação dos resultados, conforme Apêndice A. Uma cópia do documento foi oferecida aos respondentes informando o contato do pesquisador responsável e do Comitê de Ética e Pesquisa da UFU para o esclarecimento de dúvidas,.

Concernente aos riscos, embora a pesquisa não utilize métodos danosos à dimensão física, psíquica, intelectual, moral, social, cultural ou espiritual do participante, existia o risco mínimo da identidade do mesmo ser revelada. Contudo, os pesquisadores assumiram o compromisso de preservar rigorosamente anonimato, garantindo que nenhum dado, que pudesse identificar qualquer participante, seria divulgado sob qualquer circunstância.

Dessa forma, os pesquisadores foram os únicos a terem acesso aos dados e todas as providências foram tomadas para a manutenção total do sigilo. A identidade do participante não foi revelada em nenhum momento, sendo o mesmo identificado através de um código criado aleatoriamente pelo pesquisador sem relação com o seu nome ou quaisquer outros dados.

4.9 Recursos Operacionais

Foi realizada uma busca dos órgãos competentes da UFU para o encaminhamento dos questionários aos servidores. Após consulta feita ao Centro de Tecnologia da Informação, Divisão de Pessoal e Diretoria de Comunicação, obtivemos a devolutiva de que a Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor, seria o órgão responsável por fazer tal encaminhamento, através da plataforma SOUGOV.

Para a concretização das visitas a Campi, foram utilizados recursos financeiros próprios pela pesquisadora e, pode se contar com a colaboração da Pró Reitoria de Assuntos Estudantis

(PROAE), Divisão de Transportes e setor de Obras da UFU, no sentido de obter a concessão de carona solidária, pelos meios de transporte da UFU.

Após o envio dos questionários, uma das limitações observadas na coleta de dados desse trabalho foi a dificuldade de devolução do instrumento de pesquisa respondido, a partir de então, foram iniciadas visitas a campo, meio pelo qual, pode-se realizar melhor divulgação do estudo e com isso, a obtenção de um maior número de participação dos servidores, para o alcance dos objetivos.

Em cada Campus visitado, pode-se contar com o acolhimento e colaboração por parte dos servidores, que prontamente se dispuseram a auxiliar na divulgação da pesquisa, nos grupos de WhatsApp e redes sociais privadas, para obtenção de um maior número de respostas.

Em seguida, foram realizadas visitas nos campi de Uberlândia, iniciadas pelo Hospital de Clínicas, cujos setores foram: Cirúrgicas I, II, III, Ginecologia e Obstetrícia, Maternidade, Pediatria, Setor de Moléstias Infecciosas, Radiologia, Cardiologia (subsolo – setor de exames), UTI, Hospital do Câncer e Ambulatório Amélio Marques.

No Campus Santa Mônica, foram visitados os Institutos de Geografia, Economia, Ciências Sociais, TV Universitária, Diretoria de Comunicação, Setor Gráfico, e as secretarias de institutos, que serviram de apoio no sentido de divulgação da pesquisa.

Com relação às fazendas, foram visitadas o Campus Glória e Água Limpa.

Essas visitas produziram o efeito mobilizador à participação dos servidores o que acabou por resultar em um número expressivo de respostas à pesquisa, e assim nos possibilitou prosseguir para o alcance dos objetivos propostos, obtendo no total 515 respondentes validados.

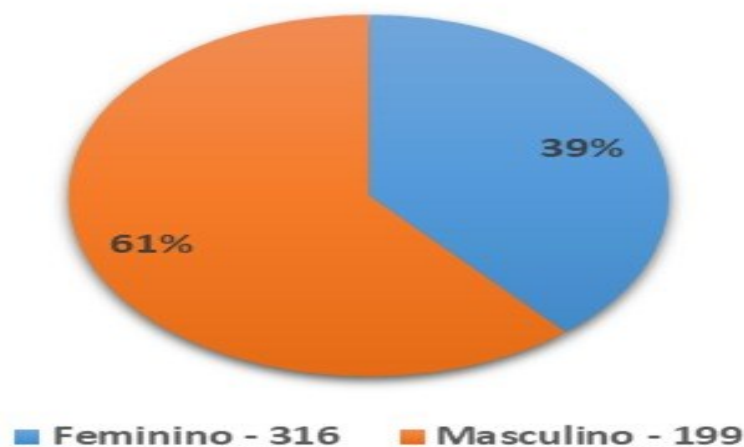
5 RESULTADOS

A pesquisa foi desenvolvida mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) seguindo os preceitos da resolução 466 de 2012 e 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, cuja aprovação se deu em 11/08/2022, conforme parecer consubstanciado n. 5.577.614 - CAAE n°. 59380722.0.0000.5152, que se encontra no Anexo A.

As análises descritivas feitas a seguir, estão divididas em 3 etapas, que contemplam as variáveis sociodemográficas, variáveis dos dados funcionais e em seguida, as questões do AUDIT, cujas questões, faremos análise do somatório total, trazendo os escores e os percentuais de consumo de álcool, apresentados pela pesquisa.

5.1. Descrição das Variáveis Sociodemográficas

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes quanto ao Gênero. UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Observa-se que os resultados indicam a predominância de mulheres, com 316 participantes do sexo feminino e 199 do sexo masculino. Esse achado está alinhado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013 e 2019, que aponta uma tendência de aumento no consumo de álcool entre mulheres. Conforme essa diferença de consumo entre os gêneros aumenta, as complicações associadas ao consumo de álcool em mulheres, como

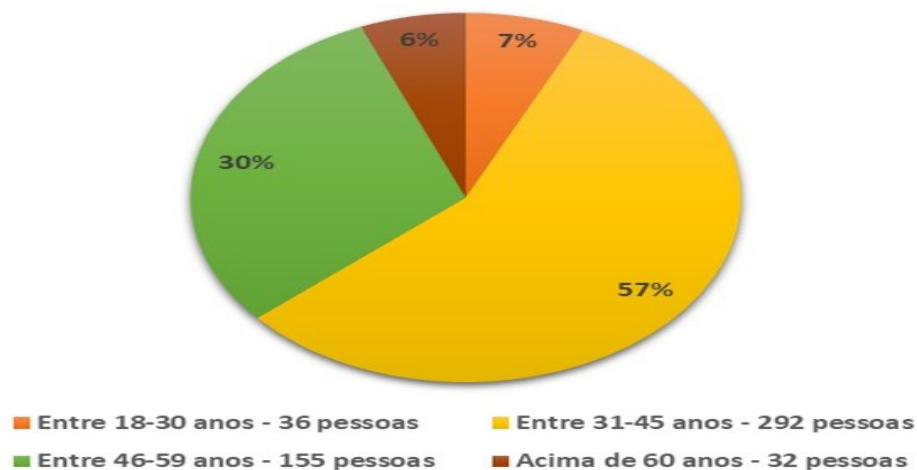
Silva *et al.* (2022), ao citarem o estudo qualitativo de Rodríguez, Moreno e Gómez (2019), destacam que a incorporação do consumo de bebidas alcoólicas na rotina feminina nas

últimas décadas está relacionada à maior inserção das mulheres em espaços de lazer e práticas anteriormente vistas como tipicamente masculinas. O estudo da Pan American Health Organization (2020) também ressalta o aumento da exposição das mulheres ao marketing de bebidas alcoólicas, especialmente de produtos voltados para o público feminino, como bebidas doces e efervescentes.

Por fim, observa-se uma mudança cultural, maior presença e importância das mulheres no mercado de trabalho e sua emancipação financeira e social, e com isso sua ocupação nos mesmos espaços que os homens, desde o ambiente corporativo até ao bar do *happy hour*, juntamente com uma maior aceitação do beber entre mulheres.

Esse resultado também está de acordo com o perfil da população mineira visto que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria (51,24%) era do sexo feminino em 2022, o que corrobora com o montante de servidores da UFU, que em outubro/2023 era representado por 2.515 mulheres e 2.237 homens, segundo dados fornecidos pela Divisão de Estruturação de Dados e Informações da UFU.

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes quanto à faixa etária. UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

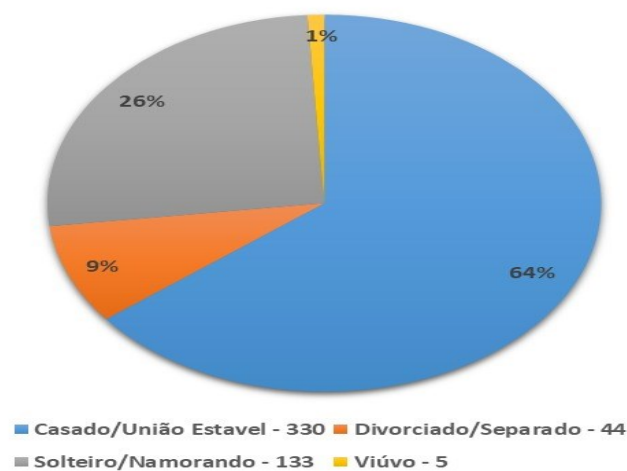
A análise da faixa etária dos 515 participantes revela uma predominância significativa de adultos entre 31 e 45 anos (292 pessoas, 56,70% da amostra), seguida pelo grupo de 46 a 59 anos (155 pessoas, 30,10%), enquanto as faixas etárias de 18 a 30 anos (36 pessoas, 7,01%) e acima de 60 anos (32 pessoas, 6,21%) são menos representativas, respectivamente. Esse padrão reflete o perfil típico de trabalhadores no Brasil, em que a força de trabalho é composta majoritariamente por adultos em idade produtiva.

Conforme destacado por Martinez, Latorre e Fischer (2022), a faixa etária predominante no estudo (31-45 anos) demanda maior atenção, uma vez que coincide com o grupo etário mais vulnerável ao desenvolvimento da síndrome de dependência alcoólica. Nessa fase da vida, o consumo abusivo de álcool pode resultar em graves consequências para a saúde física e mental, incluindo o aumento do risco de doenças crônicas, como cânceres, doenças hepáticas e respiratórias. Além disso, os transtornos mentais, como depressão, ansiedade e transtornos de humor, são frequentemente associados ao abuso de álcool, afetando o desempenho acadêmico e laboral dos indivíduos.

A literatura também aponta que o consumo excessivo de álcool nesta faixa etária contribui para o aumento do absenteísmo, a queda da produtividade no trabalho e o risco de acidentes de trabalho, além de elevar o custo dos serviços de saúde devido ao uso frequente e prolongado desses recursos. Outro ponto de destaque é o afastamento precoce do trabalho, o que agrava a situação de desemprego e reforça o estigma social associado ao abuso de substâncias.

Essa distribuição etária ressalta a necessidade de políticas públicas e estratégias de saúde voltadas à prevenção e tratamento do uso nocivo de álcool entre trabalhadores, especialmente aqueles na faixa etária de 31 a 45 anos, que representam uma parte significativa da força de trabalho ativa no Brasil e, portanto, estão diretamente envolvidos nas consequências socioeconômicas do consumo abusivo de álcool.

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes quanto ao Estado Civil. UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

A amostra é composta majoritariamente por pessoas casadas ou em união estável (330), seguidas por solteiros ou namorando (133), divorciados ou separados (44), e viúvos (5). Esses dados estão em consonância com o estudo de Andrade (2020), que define casados ou em união estável como pertencentes a um “grupo protetivo”, uma vez que o estado civil é identificado como uma variável associada ao consumo abusivo de álcool.

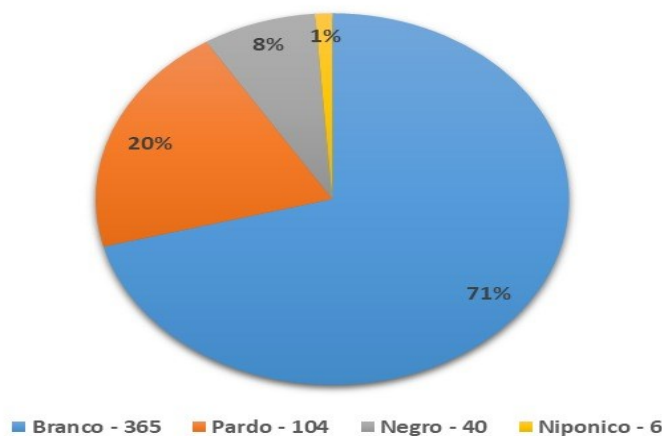
Segundo Andrade (2020), os solteiros têm 1,6 vezes mais chances de praticar o consumo abusivo de álcool do que os casados ou em união estável. Esses achados estão alinhados à literatura que sugere que o casamento e os relacionamentos estáveis podem exercer um efeito protetor contra o uso nocivo de álcool, devido ao suporte emocional e ao compromisso mútuo que essas relações proporcionam.

Ainda que a proporção de divorciados (44) e viúvos (5) na amostra seja menor, esses grupos também demandam atenção. Estudos sugerem que indivíduos que passaram por separações ou perdas, como o divórcio ou a viuvez, podem enfrentar maior vulnerabilidade emocional, o que pode levar a um aumento no consumo de álcool, conforme indicado por Silva *et al.* (2020).

Portanto, a predominância de casados ou em união estável na amostra pode indicar um fator protetivo em relação ao consumo abusivo de álcool. No entanto, é importante que políticas de prevenção e intervenção considerem especialmente os solteiros e os divorciados, grupos que podem estar mais expostos ao consumo excessivo, como sugerido por Andrade (2020) e Silva *et al.* (2020).

Gráfico 4 - Distribuição dos participantes quanto a cor da pele autorreferida.

UFU/PPGSAT/2024



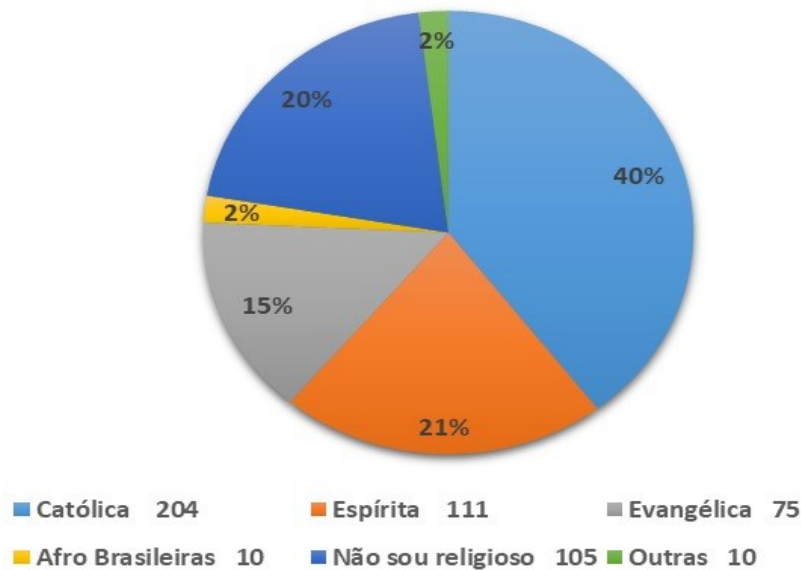
Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

A análise da cor da pele autorreferida indica uma predominância de participantes que se identificam como brancos (365, 70,87%), seguidos pelos pardos (104, 28,49%), negros (40, 7,77%) e nipônicos (6, 1,16%). A prevalência de pessoas que se identificam como brancas, 70,87%, pode ser um reflexo da composição demográfica da amostra. Destaca-se pesquisas de Silva (2022), que estudos anteriores mostraram que as maiores prevalências de consumo abusivo de álcool estão frequentemente associadas a indivíduos que se identificam como negros, em comparação àqueles que se identificam como brancos. Portanto, na presente amostra, composta majoritariamente por pessoas que se autodeclararam brancas, é possível que o padrão de uso de álcool seja influenciado por esse perfil demográfico.

Além disso, a diferença nas prevalências de consumo de álcool entre os grupos pode estar relacionada às desigualdades socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde. Segundo Silva *et al.* (2022), vulnerabilidades relacionadas ao uso de substâncias podem ser exacerbadas por fatores como preconceito racial, discriminação e violência, que afetam de maneira desproporcional indivíduos de cor preta e parda. Dessa forma, os grupos raciais minoritários, especialmente os pretos e pardos, podem enfrentar desafios adicionais em relação ao uso nocivo de álcool, o que reflete a complexidade da relação entre raça/cor da pele e consumo de substâncias.

Portanto, a predominância de pessoas que se identificam como brancas na amostra pode influenciar os resultados, mas não reflete plenamente a diversidade racial da instituição, o que sugere a necessidade de uma maior representatividade em estudos futuros para uma compreensão mais ampla das características sociodemográficas e do consumo de álcool. A correlação entre cor da pele e padrões de consumo de álcool, como indicado por Silva *et al.* (2022), reforça a importância de considerar fatores raciais ao formular políticas de prevenção e intervenção.

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes quanto à religião. UFU/PPGSAT/2024

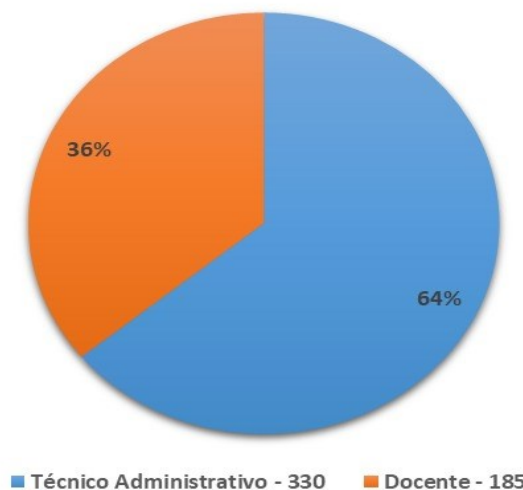


Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

A análise do gráfico indica uma prevalência significativa de pessoas que se identificam com alguma religião. Atualmente, estudos que exploram a interface entre saúde e espiritualidade/religiosidade (E/R) apontam que esses fatores podem atuar como protetores no manejo de diversas condições clínicas, independentemente da patologia. De acordo com Granjeiro e Almeida (2017), entre adolescentes, a E/R influencia não só o início do uso de substâncias psicoativas, mas também a redução do consumo e até a abstinência.

Embora nossa amostra não inclua adolescentes, a predominância de participantes que se identificam como religiosos pode desempenhar um papel semelhante como fator protetivo contra o consumo de álcool. Contudo, vale ressaltar a escassez de estudos que relacionam o consumo de álcool e a E/R na população adulta, uma lacuna apontada por Granjeiro e Almeida (2017), o que reforça a necessidade de mais investigações nesse campo.

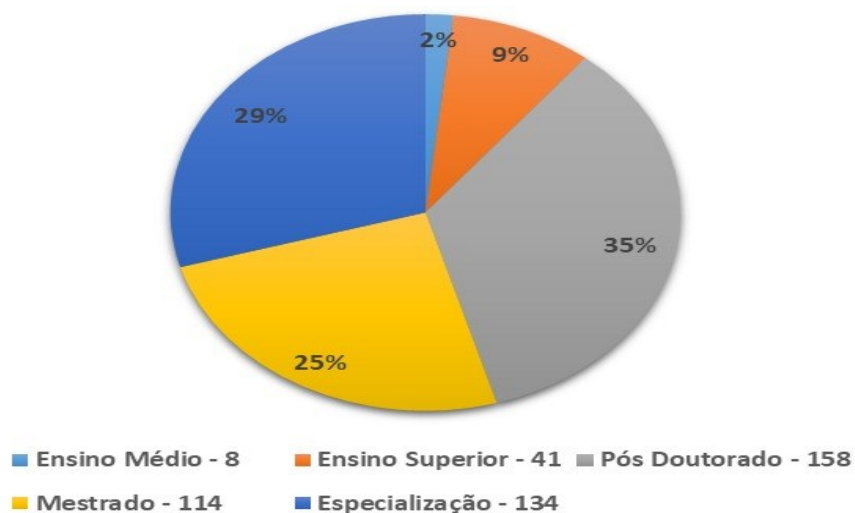
Gráfico 6 – Distribuição dos participantes quanto ao Cargo que ocupa. UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Apresentado puramente o dado, expressa-se baseado na quantidade total de servidores em que há mais técnicos administrativos, totalizando 330 participantes (64,1%), do que docentes na amostra analisada, corroborando com os dados fornecidos pela Divisão de Estruturação de Dados e Informações da UFU, que em outubro/2023, o quadro era composto por: 123 docentes de 1º e 2º graus; 1.791 docentes de 3º grau e 2.838 técnicos administrativos.

Gráfico 7 – Distribuição dos participantes quanto a Escolaridade. UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Os dados referentes à escolaridade dos participantes indicam uma predominância de indivíduos com pós-graduação Lato Sensu e Stricto Sensu, com 158 pessoas possuindo doutorado, 134 com especialização, 114 com mestrado, e apenas uma pequena fração com ensino superior (41) ou médio (8). Esse perfil educacional elevado reflete uma amostra composta por pessoas com altos níveis de escolaridade.

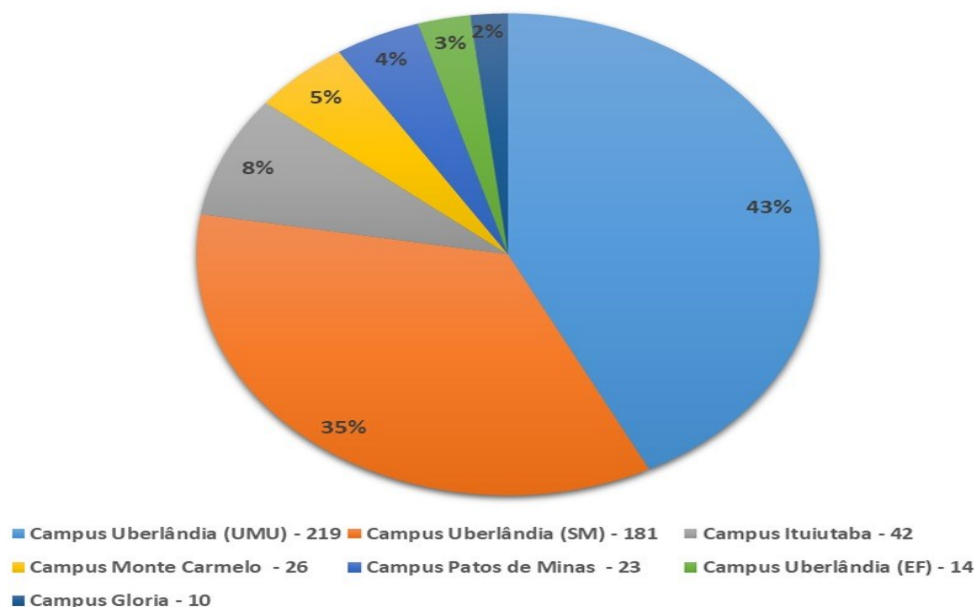
A prevalência de consumo de bebidas alcoólicas com frequência de uma ou mais vezes por semana é diretamente proporcional ao nível de escolaridade, ou seja, quanto maior a escolaridade, maior o consumo de álcool. Essa relação pode ser explicada pela maior exposição a ambientes sociais, eventos e pressões culturais associados a profissões de nível mais elevado.

Entretanto, apesar de uma amostra com elevada escolaridade, observa-se, no presente estudo, um padrão de consumo de álcool de baixo risco entre os participantes com pós-graduação, tanto Lato Sensu quanto Stricto Sensu. Esse fato pode estar relacionado à maior conscientização sobre os riscos do consumo abusivo, uma característica que tende a estar mais presente entre indivíduos com maior acesso à educação.

Ainda assim, conforme apontado por Silva *et al.* (2022), a determinação do consumo abusivo ou dependência de álcool baseada apenas nas autodeclarações dos participantes pode gerar imprecisões, uma vez que não há aferição exata da quantidade de álcool consumida ou do teor alcoólico das bebidas relatadas. Isso é uma limitação que deve ser considerada ao interpretar os resultados, assim como a pequena representatividade de indivíduos com níveis de escolaridade mais básicos na amostra, o que impede uma análise mais ampla da influência da escolaridade no consumo de álcool.

5.2 Descrição das Variáveis dos Dados Funcionais e de Saúde

Gráfico 8 – Distribuição dos participantes por local de trabalho. UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Referente aos dados apresentados nos gráficos 6 e 8, observa-se uma predominância significativa de técnicos administrativos, totalizando 330 participantes (64,1%). Esse dado é relevante, pois reflete a composição funcional da universidade e sugere que a maior parte da amostra está ligada a atividades administrativas. Além disso, há uma quantidade expressiva de participantes que trabalham nos campi Santa Mônica e Umuarama, o que evidencia uma concentração de servidores nestas unidades específicas.

De acordo com estudos na área de saúde do trabalhador, como Silva *et al.* (2022), o perfil de trabalhadores técnicos administrativos em instituições de ensino superior apresenta características de carga laboral significativa, com demandas cognitivas e operacionais que podem influenciar no consumo de álcool como uma forma de enfrentamento do estresse laboral. O trabalho administrativo, muitas vezes associado a prazos rigorosos e alto volume de tarefas, pode aumentar o risco de consumo de substâncias como estratégia de alívio de tensão e cansaço mental, um comportamento que deve ser monitorado.

Tabela 1 – Local de trabalho - UFU/PPGSAT/2024

CAMPUS	QTD	%
Campus Uberlândia (UMU)	219	42,52
Campus Uberlândia (SM)	181	35,15
Campus Ituiutaba	42	8,16
Campus Monte Carmelo	26	5,05
Campus Patos de Minas	23	4,47
Campus Uberlândia (EF)	14	2,72
Campus Glória	10	1,94
TOTAL	515	100%

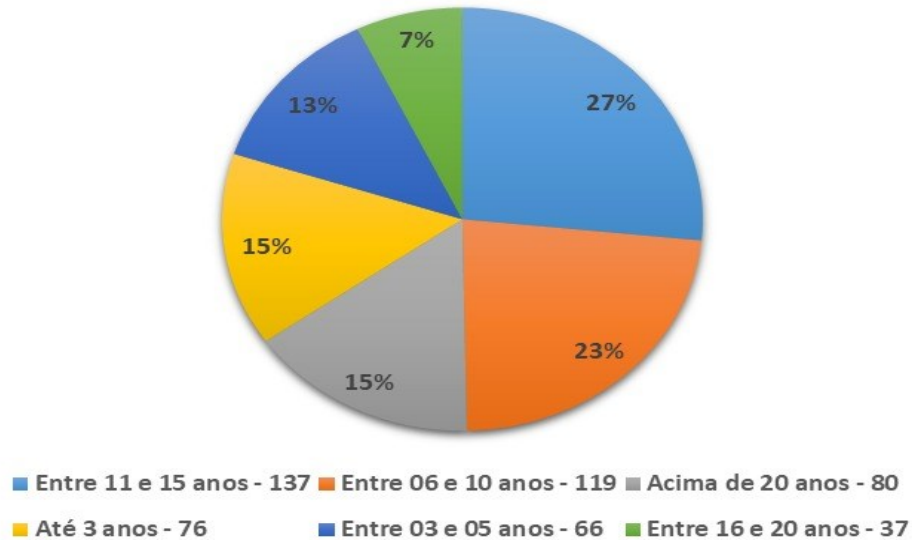
Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Além disso, o fato de a maioria dos participantes (400) estar concentrada nos campi Santa Mônica/Umuarama por se tratar de Campus Sede, ao passo que os campi de fora, estão ainda em fase de ascensão em função de serem campus implementados e construídos recentemente

Essa localização central pode influenciar tanto no ambiente de trabalho quanto nas práticas de saúde, com maior ou menor acesso a programas de saúde do trabalhador e iniciativas de promoção do bem-estar.

Esses resultados reforçam a necessidade de se aprofundar a investigação sobre os fatores que afetam o consumo de álcool entre servidores de diferentes atividades funcionais e locais de trabalho, considerando as especificidades de cada grupo. A predominância de técnicos administrativos pode indicar uma população-alvo importante para programas de prevenção ao consumo abusivo de álcool, especialmente devido às pressões inerentes a essa função.

Gráfico 9 – Distribuição dos participantes quanto ao Tempo de Serviço na UFU.
UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Os dados referentes ao tempo de vínculo institucional mostram uma variação significativa entre os participantes. A maioria possui vínculo com a instituição há entre 11 e 15 anos, representando 137 pessoas (26,6%), seguido por aqueles com 6 a 10 anos de vínculo, somando 119 pessoas (23,1%). Também há uma quantidade expressiva de indivíduos com mais de 20 anos de vínculo, totalizando 80 pessoas (15,5%).

Aqueles com menos de 5 anos de vínculo somam 142 pessoas (27,6%), sendo 76 pessoas (14,8%) com até 3 anos de vínculo e 66 pessoas (12,8%) com 3 a 5 anos. Por fim, 37 pessoas (7,2%) possuem entre 16 e 20 anos de vínculo.

De acordo com Silva *et al.* (2022), o tempo de vínculo com a instituição pode influenciar tanto a rotina de trabalho quanto o comportamento em relação ao uso de substâncias, como o consumo de álcool. Indivíduos com vínculos mais longos tendem a estar mais expostos a pressões crônicas, como a sobrecarga de trabalho e o esgotamento, fatores associados ao aumento do risco de uso de substâncias para lidar com o estresse.

Trabalhadores com mais tempo de vínculo frequentemente ocupam cargos de maior responsabilidade ou gestão, o que também pode aumentar a carga emocional e o uso de álcool como estratégia de enfrentamento. Em contraste, aqueles com menos tempo de vínculo, apesar de enfrentarem o desafio da adaptação ao ambiente institucional, podem ainda não ter

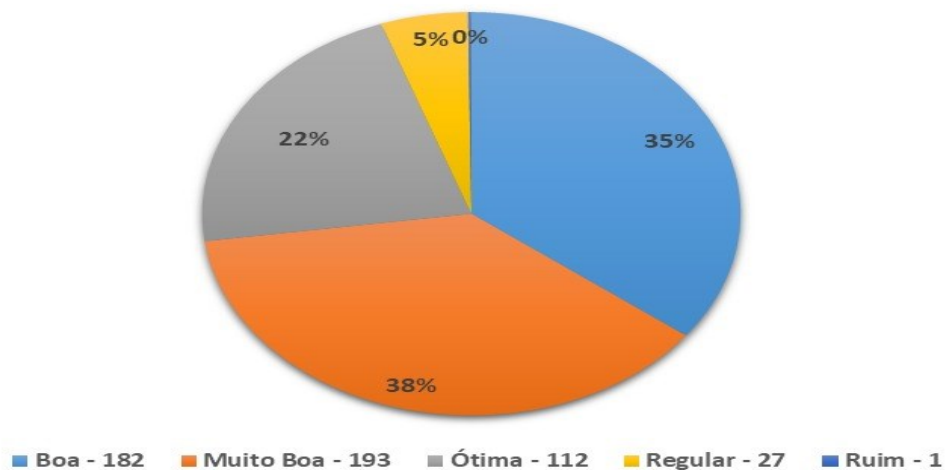
desenvolvido padrões de comportamento relacionados ao uso de substâncias como forma de lidar com o estresse.

A predominância de participantes com vínculos intermediários (entre 6 e 15 anos) reflete uma população que está estabelecida na instituição, mas ainda em fases de crescimento profissional e acúmulo de responsabilidades. Isso pode ser um fator importante a ser considerado em programas de promoção de saúde e prevenção ao uso abusivo de álcool, que devem levar em conta as especificidades de cada grupo de trabalhadores com base no tempo de vínculo.

Portanto, os dados indicam que tanto os servidores com vínculos curtos quanto aqueles com vínculos mais longos enfrentam desafios relacionados à saúde mental e ao consumo de substâncias, exigindo intervenções que considerem o impacto do tempo de trabalho na instituição.

Gráfico 10 – Distribuição dos participantes quanto a autopercepção da própria saúde.

UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Com o intuito de entender se os aspectos da saúde dos respondentes possuem alguma relação com fatores de trabalho, os respondentes em sua grande maioria, alegaram possuir boas condições de saúde, apenas 5% deste público se considera com saúde vulnerável.

A autopercepção da saúde baseia-se em critérios subjetivos e objetivos, sendo influenciada por fatores como: idade, sexo, classe social, presença de doenças crônicas, escolaridade e renda (Silva, *et al.*, 2021).

Com relação à saúde ruim, podemos inferir que houve um resultado inexpressivo.

Os resultados se mostram interessante, pois, de acordo com o referencial teórico desse trabalho, Brites e Abreu (2014), falam do consumo de bebida alcóolica como fuga do sofrimento mental, da sobrecarga emocional ligadas ou decorrentes das condições de trabalho. Já na pesquisa em questão, houve uma elevada prevalência de autopercepção positiva da saúde pelos pesquisados.

5.3 Questões do AUDIT

Considerando o AUDIT como um método simples de rastreamento, que serve para identificar pessoas com consumo de risco, uso nocivo e dependência do álcool (Babor *et al.*, 2003), desde sua elaboração, o AUDIT tem sido expressivamente empregado nos estudos acerca do consumo de álcool com amostras clínicas, da população geral, de estudantes dos ensinos médio e superior, sendo, inclusive, recomendado pelo Ministério da Saúde para levantamentos na atenção básica (Santos *et al.*, 2012).

O AUDIT contempla os seguintes itens: frequência de consumo; quantidade por dia do consumo; número de vezes; número de vezes que teve autocontrole do consumo; número de vezes que deixou de fazer alguma atividade por ter bebido; número de vezes que precisou beber pela manhã para se sentir bem, depois de ter bebido pesadamente no dia/noite anterior; número de vezes que se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido; número de vezes que não foi capaz de lembrar o que aconteceu depois de ter bebido na noite anterior; já ter ferido ou magoado alguém ou de se ferir ou se magoar por causa da bebida; parente, amigo, médico ou outro profissional já ficou preocupado com a forma que bebeu ou sugeriu que diminuísse (Babor *et al.*, 2003).

Segue abaixo, na Tabela 3, os resultados apresentados na coleta de dados da pesquisa e o escore do AUDIT para melhor compreensão.

Tabela 3 – Resultado Quantitativo da Aplicação do AUDIT

Pontos	Escore	Participantes	Percentual (%)
0 a 7	Consumo de baixo risco ou abstinências	459	89,1
8 a 15	Consumo de risco	43	8,3
16 a 19	Uso nocivo ou consumo de alto risco	11	2,1
20 a 40	Provável dependência	02	0,4
	Total da amostra	515	100

Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Os resultados apresentados na Tabela 3, revelam que 89,1% dos participantes apresentaram consumo de baixo risco ou abstinências. Esses dados indicam uma prevalência majoritária de comportamentos considerados saudáveis ou sem risco associado ao consumo de álcool, o que pode estar relacionado ao perfil educacional e funcional dos servidores, conforme discutido anteriormente.

Somente 8,3% dos pesquisados se enquadram no consumo de risco. Para Silva *et al.* (2022), o consumo de risco é caracterizado pelo uso frequente e elevado de álcool, sem que ainda haja dependência, mas com a possibilidade de evoluir para problemas de saúde física, mental e social, caso o padrão não seja modificado. Esse grupo merece atenção especial em termos de prevenção, pois o consumo de risco pode ser um sinal de comportamentos que, se mantidos, aumentam a chance de desenvolver uso nocivo ou dependência.

Somente 2,1% dos participantes demonstraram uso nocivo ou consumo de alto risco. Neste caso, como Silva *et al.* (2022) apontam, o uso nocivo é associado a danos diretos à saúde física e mental, além de impactos no desempenho profissional e na vida pessoal. Esse grupo exige intervenções mais direcionadas, como aconselhamento e programas de apoio psicológico. Qualquer padrão de consumo pode trazer problemas para o indivíduo.

Por fim, 0,4% dos participantes se enquadram em provável dependência, uma situação que demanda atenção imediata e tratamentos mais especializados. O consumo de álcool nessa fase está geralmente associado a sérios prejuízos à saúde e à funcionalidade no trabalho, podendo acarretar afastamentos, acidentes laborais e até mesmo problemas legais, conforme estudos de Martinez, Latorre e Fischer (2022).

No contexto institucional, a predominância de consumo de baixo risco é um dado positivo. No entanto, conforme apontado por Granjeiro e Almeida (2017), é fundamental que

as estratégias de saúde do trabalhador incluam ações contínuas de prevenção e conscientização sobre o uso de álcool, a fim de evitar que indivíduos classificados como "consumo de risco" evoluam para padrões mais graves de uso.

6 CONCLUSÃO

O desenvolvimento desta pesquisa, com sua fundamentação teórica, resultados, análise e discussão, evidenciaram e corresponderam aos objetivos propostos referentes à temática estudada, bem como o aprendizado por ele proporcionado foi muito além da ideia inicial que nos instigou nesta investigação e nos remete a outras possibilidades para ampliação do conhecimento científico.

Em relação à aplicação do AUDIT, ressaltamos que ele apresentou confiabilidade satisfatória quando aplicado na população pesquisada de servidores públicos federais, no que diz respeito à sua característica de autopreenchimento, fácil compreensão e aplicação.

Contudo, apesar das contribuições desta pesquisa, apontamos a possibilidade de um viés amostral, identificado a respeito do instrumento, pois, segundo (Costa & Hauck, 2017), ele permite que o participante falseie a resposta, em função da desejabilidade social, já que algumas das situações apresentadas nos itens podem ser identificadas como menos socialmente aceitas, enquanto outras são observadas como tabus, o que pode afetar na forma como o item será endossado pelo sujeito.

Viés de pesquisa pode existir em pesquisas em saúde, tanto na pesquisa quantitativa quanto na pesquisa qualitativa, e pode ser definido como a influência de algum fator que provém distorções nos resultados do estudo ou a tendência de um participante do estudo em apresentar a si mesmo ou o seu contexto social de uma forma que seja socialmente aceitável, mas não totalmente correspondente à realidade. (Mattara *et al.*, 2010).

Cada pessoa possui seus próprios sentimentos, emoções das quais têm dificuldade de lidar, e muitas vezes utiliza de mecanismos de defesas, que no caso são respostas inconscientes utilizadas para se protegerem contra sentimentos ou ameaças das quais não sabem lidar de forma agradável, por isso o adicto nega que possui comportamentos problemáticos e os problemas que acontecem com ele em relação as substâncias psicoativas.

A negação na dependência química é um dos principais obstáculos no processo de aceitação, pois o indivíduo fecha os olhos para suas próprias dores, deixando de reconhecer a realidade, a aceitação da doença e das perdas causadas pelos problemas advindos do uso do álcool e ainda, pelo fato de não se conseguir reagir a este processo com serenidade.

Conclui-se que o consumo de álcool pode estar associado à percepção de saúde no grupo estudado. Foi estatisticamente significativo o número de pessoas que não consomem bebidas alcoólicas e que percebem a saúde como “boa, muito boa e ótima”, o que corrobora com os resultados apresentados nesse trabalho onde majoritariamente aparecem servidores que são abstêmios do uso de álcool ou fazem consumo de baixo risco.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos que mesmo apesar do AUDIT, ser indicado como instrumento de rastreamento ao consumo do álcool, não se mostrou efetivo nesse sentido e sequer no sentido de captação de pacientes, quando nos referimos especificamente ao trabalho desenvolvido pela Oficina da Vida. Dessa forma, ressaltamos que é fundamental que os gestores entendam que a detecção dos padrões de uso de álcool ajuda no delineamento de estratégias que minimizem os agravos provocados pelo seu uso nas áreas administrativas sob sua competência.

Conclui-se que a presente pesquisa ainda é insuficiente e, demanda mais estudos que busquem investigar esse tema, para que possam fundamentar a relação do estigma com o tratamento e acolhimento dispensados a servidores usuários de álcool nas instituições.

Recomenda-se que sejam realizadas outras pesquisas, com aplicação de outros instrumentos, junto aos servidores da Universidade Federal de Uberlândia, com o intuito de estudar políticas de gestão de pessoas que possam ser aplicadas de maneira eficiente e humanizada aos servidores públicos que sinalizem tendências de problemas relacionados ao consumo do álcool.

REFERÊNCIA

- ABREU, C. C.; MALVASI, P. A. Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. *In*: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (ed.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: ArtMed, 2011. p. 67–80.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil) . A Anvisa e o controle de produtos derivados do tabaco. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <file:///D:/Docs/Downloads/A%20Anvisa%20e%20o%20Controle%20dos%20Produtos%20Derivados%20do%20Tabaco.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2024.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **A Anvisa e o controle de produtos derivados do tabaco**. Brasília, DF: Anvisa, 2014. Disponível em: <file:///D:/Docs/Downloads/A%20Anvisa%20e%20o%20Controle%20dos%20Produtos%20Derivados%20do%20Tabaco.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2024.
- ALMEIDA, L. M. W. S. *et al.* **Atuação do enfermeiro na saúde do trabalhador: Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto (PROENF)**. Porto Alegre: Artmed, 2013. Ciclo 7, v. 4.
- ANDRADE, A. G. (org.) **Álcool e a Saúde dos Brasileiros: panorama 2020**. 1. ed. São Paulo: Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 2020.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014
- BABOR, T. F *et al.* *The alcohol use disorders identification test*. Geneva: World Health Organization, 2001.
- BABOR, T. F. *et al.* **AUDIT**: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade, 2003.
- BABOR, T. F.; ROBAINA, K. Public Health, Academic Medicine, and the Alcohol Industry's Corporate Social Responsibility Activities. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 103, n. 2, p. 206-214, fev. 2013. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300847>.
- BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 10 ago. 2022.
- BISPO JUNIOR, J. P. Viés de desejabilidade social na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004164>.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Primária: rastreamento** Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde; 2010. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abccad29.pdf. Acesso em: 1 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 03 ago. 2019.

BRASIL. Congresso Nacional Senado Federal. **Senado aprova PEC sobre drogas, que segue para a Câmara**. Brasília, DF, 2024. Portal Senado Notícias. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/04/16/senado-aprova-pec-sobre-drogas-que-segue-para-a-camara#:~:text=O%20Plen%C3%A1rio%20do%20Senado%20aprovou,com%20determina%C3%A7%C3%A3o%20legal%20ou%20regulamentar%E2%80%9D..> Acesso em 08/10/2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 251, 30 dez. 2011, Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. Leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental. Brasília, DF, 2013. Disponível em <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/12/Livreto-Informativo-sobre-Drogas-Psicotr%C3%B3picas.pdf>.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília, DF: SENAD, 2009. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/arquivos/DrogasResumoExecutivo.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2022.

BUCHER R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

CAETANO, Gustavo Vieira. **Dependências químicas**. [S.l.] Disponível em: <http://www.vieiracaetano.org/DEPENDENCIAS%20QUIMICAS.htm>. Acesso em: 02/01/2023.

CALLINAN, S.; MACLEAN, S. COVID-19 makes a stronger research focus on home drinking more important than ever. **Drug And Alcohol Review**, [s.l.], v. 39, n. 8, p. 613-615, 2020. DOI: 10.1111/dar.13125. DOI: <https://doi.org/10.1111/dar.13125>.

CARMO, D. R. P. *et al.* Relationships between substance use, anxiety, depression and stress by public university workers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 73, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0839>.

CARNEIRO, Henrique *et al.* **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008, 444 p.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. **Álcool e trabalho**. [S.l.], 2024. Disponível em <https://cisa.org.br/pesquisa/artigos-cientificos/artigo/item/86-alcool-e-trabalho>. Acesso em 07/08/24.

COELHO, J. **Malleus Maleficarum: ainda somos punidas por 'bruxarias'?**. Uberlândia: UFU, 2023. Portal Comunica UFU. Disponível em <https://comunica.ufu.br/noticias/2021/03>. Acesso em 20 nov. 24.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Brasil). **Resolução CONAD nº 3 de 27 de outubro de 2005**. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília, DF, 2005.

COSTA, A. R. L.; HAUCK, N. F.. Menos desejabilidade social é mais desejável: Neutralização de instrumentos avaliativos de personalidade. **Interação em Psicologia**, [s.l.], v. 21, n. 3, p. 239-249, 2017. DOI:10.5380/psiv21i3.53054. DOI <https://doi.org/10.5380/psi.v21i3.53054>.

CYRINO, L. A. R. *et al.* A codependência familiar de indivíduos que fazem o uso abusivo de álcool. **Revista Cesumar–Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 457-470, 2016.

DEJOURS, C. **A Psicodinâmica do Trabalho**. São Paulo: Cortez. 1994.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (ed.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel C; LARANJEIRA, R. **Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. **SENAD. Prevenção do uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho–Conhecer para ajudar**, v. 3, 2012.

ELMELAND, K. Dansk Alkoholkultur. Rus, ritual og regulering. Danish alcohol culture. Intoxication, ritual and regulation. **Holte: SocPol.**, 1996.

ESCOHOTADO, Antônio. **História elemental de las drogas**. 2. ed. Barcelona: Anagrama, 2003.

FONSECA, V. A. S.; LEMOS, T. Farmacologia na Dependência Química. *In*: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (ed.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: ArtMed, 2011. p. 25–34.

FORMIGONI, M. L. O. S. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1**. 6. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. p. 148.

FORTES, M. E. *et al.* Cana de Açúcar no Brasil sob um Olhar Químico e Histórico. **Química Nova na Escola**, [s.l.], v. 35, n. 1, p. 3-10, Fev. 2013. Disponível em: http://qnesc.sbq.org.br/online/qnesc35_1/02-PIBID-38-12.pdf. Acesso em 20 jun. 24.

FRANCO, L.C. **Padrão de consumo de álcool e tabaco entre professores universitários**. 2016. Tese (Doutorado) – UnB. Brasília, DF, 2016. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15860>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Fisioterapia: uma história das plantas medicinais no SUS**. [S.l.], 2024. Portal Radis. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br>. 2022. Acesso em 13/08/2024.

Genealogia das drogas. *In*: **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador, GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMEZ, M.; VASCONCELOS, L.C.F; MACHADO, J. M. H. **Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DCSW6mPX5gXnV3TRjfZM7ks/?for#ModalTutors> DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>

GOULART JUNIOR, E. *et al.* Exigências familiares e do trabalho: um equilíbrio necessário para a saúde de trabalhadores e organizações. **Pensando fam**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, jul. 2013.

GOZZI, A. P. N. F. *et al.* A saúde mental nos estudos sociais da ciência: apontamentos sobre a produção de conhecimento. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 661-668, 2017.

GOZZI, A. P. N. F. *et al.* A saúde mental nos estudos sociais da ciência: apontamentos sobre a produção de conhecimento. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 661-668, 2017. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF0984>.

GRANJEIRO, A.L.; ALMEIDA, P. A. A espiritualidade/religiosidade como fator de proteção contra o uso de substâncias psicoativas na adolescência. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p 21-25. DOI: <https://doi.org/10.25118/2236-918X-7-4-3>. Disponível em:

<https://revistardp.org.br/revista/article/view/85>. Acesso em: 13 nov. 2023.
<https://doi.org/10.25118/2236-918X-7-4-3>.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica**. 2003. 180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HAAG, G. S. *et al.* **A enfermagem e a saúde do trabalhador**. 2. ed. Goiânia: AB, 2001.

HANDS, T. Drinking in Victorian and Edwardian Britain: Beyond the spectre of the drunkard. **Springer Nature**, 2018. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-92964-4>.

HASTINGS, G.; ANDERSON, S.; COOKE, E.; GORDON, R. Alcohol marketing and young people's drinking: A review of the research. **Journal of Public Health Policy**, [s.l.], v. 26, n. 3, p. 296–311, 2005. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jphp.3200039>.

HERNÁNDEZ, E. N. **Dose Padrão: uma ferramenta para o combate ao consumo nocivo de álcool**. São Paulo : Instituto Envolverde, 2020.

HIGGINS-BIDDLE, J. C.; BABOR, T. F. A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. **The American Journal of Drug Alcohol Abuse**, [s.l.], v. 44, n. 6, p. 578-586, 2018. DOI: 10.1080/00952990.2018.1456545.
<https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1456545>.

HILTON, S. *et al.* Implications for alcohol minimum unit pricing advocacy: what can we learn for public health from UK newsprint coverage of key claim-makers in the policy debate? **Ciências sociais e medicina**, [s.l.] v. 102, n. 100, p. 157-64, 2014. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.11.041. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613006539>. Acesso em: 13 nov. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.041>.

IBGE. **Aumento do acesso precoce a bebidas alcoólicas e drogas entre jovens do 9º ano**. Brasília, DF: IBGE, Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/institucional/o-ibge.html>. Acesso em [08 out 2022].

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764pdf>.

JUNQUEIRA, M. A. B. *et al.* Uso de álcool e comportamento de saúde entre profissionais da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 51, p. e03265-1, 2017. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016046103265>.

LACAZ, F. A. C. Construção do campo saúde do trabalhador na área de saúde coletiva. In: **Controle Social na Saúde do Trabalhador**. 1996. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_107826829.pdf. Acesso em: 20 jul. 2021.

LACEY, K. K. *et al.* The mental health of US Black women: the roles of social context and severe intimate partner violence. **BMJ Open** [s.l.], v. 5, n. 1, 2016. Disponível em:

<http://bmjopen.bmj.com/content/5/10/e008415>. DOI <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008415>

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LARANJEIRA, R. (org.). **Segundo 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, 2014. Disponível em: <http://inpad.org.br/wpcontent/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 29 mar 2022.

LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LARANJEIRA, R. *et al.* **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. 12

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

LARANJEIRA, R. *et al.* **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

MALVEZZI, Cilene D. *et al.* Adesão ao tratamento pela equipe de um serviço de saúde mental: estudo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 15, n. 2, June 2016. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5201> Acesso em 24 maio 2018. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165201>

MARANGONI, SR, Oliveira MLF. **Triggering factors for drug abuse in women**. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(3):662-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300012>. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300012>.

MARQUES, A. C. P. R. **O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência e de outras drogas e tratamento**. *Revista IMESC*, [s.l.], v.3, p. 73-86, 2001.

MARTINEZ, M. C., LATORRE, M. R. D. O; FISCHER, F. M. Fatores associados ao consumo abusivo de álcool em profissionais de enfermagem no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira De Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 47, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/01322pt2022v47edepi1>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/w6BRyt9RWzHGtXkh9QyCFxG/?lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2023. <https://doi.org/10.1590/2317-6369/01322en2022v47edepi1>

MARTINS, L. M. **Ensino-pesquisa-extensão como fundamento metodológico da construção do conhecimento na universidade**. São Paulo: Unesp, 2012. 11 p. Disponível em: https://arquivos.info.ufrn.br/arquivos/20150670934e662558023f4c50a5db395/Martins_-_Ensino_-_Pesquisa_-_Extensa771o.pdf. Acesso em: 24 jan. 2024.

MARTINS, R. A. *et al.* Utilização do Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para identificação do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. **Interam J Psychol**, [s.l.], v. 42, n. 2, p. 307-316, 2008.

MATHEWS, I. S.; PILLON, S. C. Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos y padre alcohólico, en el Peru. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, número especial, p. 359-68, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000700010>.

MATTARA, F. *et al.* Confiabilidade do teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT) em adolescentes. **SMAD Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas**. [s.l.], v. 6, n. 2, 2010. DOI <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i2p296-314>.

MCKEE, P.; JONES-WEBB, R.; HANNAN, P.; PHAM, L. Malt liquor marketing in inner cities: the role of neighborhood racial composition. **Journal of Ethnicity in Substance Abuse**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 24-38, 2011. <https://doi.org/10.1080/15332640.2011.547793>.

MELLO, M. L. M.; BARROS, J.; BREDÁ, J. **Álcool e Problemas ligados ao álcool em Portugal**. DGS, 2001.

MÉNDEZ, E. B. *et al.* **Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1999.

MENDONÇA, Gilson Martins; KOZICKI, Katya; COELHO, Sérgio Reis. O princípio da vulnerabilidade e as técnicas de neuromarketing: aprofundando o consumo como vontade irrefletida. **Scientia Iuris Londrina**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 135-152, jul. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5433/2178-8189.2014v18n1p135>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014, 407p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de saúde pública**, [s.l.], v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>.

MONTEIRO, S; VILELA, W. **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
MUNNÉ, I. M. Social consequences of alcohol consumption in Argentina. *In*: OBOT, I. S.; ROOM, R. **Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries**. Geneva: World Health Organization, 2014. p. 25-47. ISBN-10: 9241563028.

MYADZE, T. I.; RWOMIRE, A. Alcoholism in Africa during the Late Twentieth Century: A Socio-Cultural Perspective. **International Journal of Business and Social Science**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 1-9, 2014. Disponível em: <http://ijbssnet.com/journals/Vol.5.No.2.February2014/1.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2023.

OPAS. Disponível em <https://www.paho.org/pt/noticias/10-5-2022-oms-destaca-lacunas-gritantes-na-regulamentacao-do-marketing-alcool-alem-das>. Acesso em 20 jun. 24.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global status report on alcohol and health 2018**. Genebra: OMS, 2018a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. [S.l.]: Mundial da Saúde, 1997.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas 2020**. Washington, DC: Paho, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52705>

PORTAL EDUCAÇÃO. UOL Cursos Tecnologia Educacional Ltda. **A descoberta do álcool no Brasil**. São Paulo: portaleducacao.com.br. Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/a-descoberta-do-alcool-nobrasil/60296>. Acesso em: [01 jun 2022]

PORTO, A. O; RIOS, M. A; SOUZA, D. A.; A influência da mídia televisiva no consumo de bebidas alcoólicas por universitários. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. [s.l.], v.14, n.1, Ribeirão Preto, jan./mar. 2018. DOI <https://doi.org/10.11606/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000394>.

PRESTES, C.R.S; PAIVA, V. S. F. Psychosocial approach and health of black women: vulnerabilities, rights and resilience. **Saúde Soc**. [s.l.], v. 25, n. 3, p. 673 -688, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162901>. <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162901>.

PROENÇA, P. P. T. **Estudo da relação entre o trabalho e o uso do álcool e tabaco pelos servidores públicos de Minas Gerais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2021.

Pública (enap), 2006. 26 p.

ROCHA, I. C. O. **Avaliação da relação entre esquemas iniciais desadaptativos e o coping em indivíduos com transtorno por uso de substâncias**. 2019. 130 f. Dissertação (Mestrado) Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

SANTOS, W. S. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. **Jornal Brasileiro De Psiquiatria**, [s.l.], v. 61, n. 3,, 117–123, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000300001>

SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Coletânea de políticas públicas: volume SAUNDERS, J. B.; AASLAND, O. G. WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption: Report on Phase I, The Development of a Screening Instrument** Geneva, Switzerland: World Health Organization. 1987. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62031>.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.9, n. 3, p. 237-248, 1993.

SILVA, J. B.; COSTA, E. C. Autopercepção da saúde e fatores associados em usuários da Atenção Básica à Saúde, de Vitória de Santo Antão, PE. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [s.l.], v. 16, e51740, 2021. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/51740#:~:text=Resumo,em%20sa%C3%BAde%20d e%20uma%20popula%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em 08/09/2024.

<https://doi.org/10.12957/demetra.2021.51740>.

SILVA, L. E. S. *et al.* Prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 31, n. spe1, e2021379, 2022. <https://doi.org/10.1590/ss2237-9622202200003.especial>.

SOUTHIER, Diane. **O campo discursivo sobre drogas e o posicionamento de Fernando Henrique Cardoso**. 2016. 225 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Sociologia Política, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167767/339021.pdf?>

TORCATO, C.E.M; **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. USP. São Paulo, 2016, 371 p.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Relatório Mundial sobre Drogas 2019**: 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos por uso de drogas, enquanto apenas uma em cada sete pessoas recebe tratamento. Viena, jun. 2019.

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma VIEIRA, D. L. *et al.* Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo. v. 41, n. 3, p. 396-403. Jun, 2007.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000022>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report: alcohol policy**. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004. 217 p. ISBN 92 4 158035 6

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics**. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acessado em [20 out 2022]

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL, SOB ENFOQUE DO AUDIT”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Claudia de Sousa Rodrigues (discente), Prof. Dr. João Carlos de Oliveira (orientador) e Dra. Joana D’Arc Vieira Couto Astolphi (co-orientadora). Nesta pesquisa estamos buscando detectar o padrão de consumo, e com isso, conhecer não somente áreas mais vulneráveis como também, qual parcela da população apresenta uso nocivo ou provável dependência do álcool. O termo de consentimento livre e esclarecido está sendo obtido pela pesquisadora Claudia por meio de um link do Google forms que será disponibilizado aos participantes da pesquisa. O participante que clicar no link será direcionado para a página contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e só iniciará o questionário, quando der o aceite em sua participação. Caso não concorde em participar, apenas fechará a página no seu navegador. Estima-se que sejam necessários aproximadamente cinco minutos para seu preenchimento total, ficando a seu critério responder ou não a referida pesquisa, (conforme item IV da Resolução CNS nº 466/2012 ou Capítulo. III da Resolução nº 510/2016). Na sua participação, você responderá um questionário on line, estruturado, através do Google Forms, composto por 20 (vinte) perguntas em duas etapas, a primeira sobre o perfil sociodemográfico, formação e atuação profissional e a segunda etapa, sobre o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), um instrumento validado pela Organização Mundial de Saúde que consiste em avaliar o padrão de consumo de bebida alcoólica. A coleta de dados se dará de forma virtual, é importante, que você guarde em seus arquivos uma via deste documento de registro de consentimento. Informamos também que esta pesquisa e seus pesquisadores atendem às orientações da Resolução nº 510/16, Capítulo VI, Art. 28: IV, em manter os dados da pesquisa em arquivo digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Em nenhum momento você será identificado e os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim sua identidade será preservada. É compromisso do pesquisador responsável, a divulgação dos resultados da pesquisa em formato acessível à população pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV). Você não terá nenhum gasto e nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). Os riscos consistem na possível identificação dos

participantes da pesquisa, porém todos os cuidados serão tomados pela pesquisadora para que isso não ocorra e serão tomadas todas as providências necessárias para a manutenção do sigilo e privacidade das informações coletadas. Você será identificado por um código criado aleatoriamente pela pesquisadora, sem relação com seu nome ou qualquer outro meio que o identifique. Os benefícios serão demonstrados através da análise dos resultados obtidos na pesquisa, como forma de gerar medidas de promoção à saúde e prevenção do uso abusivo do álcool no contexto dos servidores da UFU de forma a contribuir para a saúde e bem-estar no trabalho. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Claudia de Sousa Rodrigues, através do email: claudia.rodrigues@ufu.br ou pelo telefone (34) 98864-5569, discente do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT/UFU), Campus Santa Mônica, Bloco 3E, sala 128, Uberlândia-MG. Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; pelo telefone (34) 3239-4131 ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br. O CEP/UFU é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do/a participante da pesquisa

APÊNDICE B – Questionário**Questionário Sociodemográfico****Gênero:**

Masculino

Feminino

Idade:

18 - 30 anos

31 - 45 anos

46 – 59 anos

Acima de 60 anos

Estado Civil :

Solteiro

Casado

União Estável

Divorciado

Viúvo

Etnia (cor da pele):

Branco

Negro

Nipônico

Indígena

Pardo

Religião:

Católica

Espírita

Evangélica

Afrobrasileiras

Não sou religioso

ESCOLARIDADE:

Fundamental

Ensino Médio

Ensino Superior

Pós-Graduação Especialização

Pós-Graduação Mestrado

Pós-Graduação Doutorado

Pós-Graduação Pós Doutorado

Cargo

Docente

Técnico Administrativo

CAMPUS EM QUE TRABALHA:

Campus Umuarama
Campus Santa Mônica
Campus Educação Física
Campus Ituiutaba
Campus Patos de Minas
Campus Monte Carmelo

TEMPO QUE TRABALHA NA UFU:

Até 03 anos
Entre 03 e 05 anos
Entre 06 e 10 anos
Entre 11 e 15 anos
Entre 16 e 20 anos
Acima de 20 anos

AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE:

Ótima
Muito boa
Boa
Regular
Ruim

APÊNDICE C – AUDIT

AUDIT

Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: () M () F

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:
“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”
 Explique o que você quer dizer com “consumo de álcool”, usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados etc.
 Marque as respostas relativas à quantidade em termos de “doses-padrão”.
 Marque a pontuação de cada resposta no quadrinho correspondente e some no final.

<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca (vá para as questões 9-10) (1) Mensalmente ou menos. (2) De 2 a 4 vezes por mês. (3) De 2 a 3 vezes por semana. (4) 4 ou mais vezes por semana.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma beber?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>3. Com que frequência você toma cinco ou mais “doses” (doses-padrão) de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês. (2) Mensalmente. (3) Semanalmente. (4) Todos ou quase todos os dias.</p> <p><small>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.</small></p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber depois de ter começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês. (2) Mensalmente. (3) Semanalmente. (4) Todos ou quase todos os dias.</p> <p><small>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.</small></p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>5. Quantas vezes, por causa do álcool, ao longo dos últimos 12 meses, você não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês. (2) Mensalmente. (3) Semanalmente. (4) Todos ou quase todos os dias.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>6. Quantas vezes, aos longo dos últimos 12 meses, depois de ter bebido muito no dia anterior, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês. (2) Mensalmente. (3) Semanalmente. (4) Todos ou quase todos os dias.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês. (2) Mensalmente. (3) Semanalmente. (4) Todos ou quase todos os dias.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>8. Quantas vezes, por causa do álcool, ao longo dos últimos 12 meses, você não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês. (2) Mensalmente. (3) Semanalmente. (4) Todos ou quase todos os dias.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não. (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses. (4) Sim, nos últimos 12 meses.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>10. Alguma vez um parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse ou parasse de beber?</p> <p>(0) Não. (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses. (4) Sim, nos últimos 12 meses.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>

Resultado:

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL, SOB O ENFOQUE DO AUDIT

Pesquisador: JOAO CARLOS DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59380722.0.0000.5152

Instituição Proponente: PPGAT- MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.562.327

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos Informações Básicas da Pesquisa nº 1954398 e Projeto Detalhado (PROJETO_DETALHADO.pdf), postados em 06/06/2022.

INTRODUÇÃO - "O uso de álcool especificamente no Brasil, tem atingido níveis alarmantes, gerando, como consequência, inúmeros problemas sociais e de saúde na população. O interesse em desenvolver uma pesquisa com essa temática surgiu da experiência vivenciada no dia a dia de trabalho no SADEQ (Setor de Atenção à Dependência Química), comumente denominado Oficina da Vida, que pertence à Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS), subordinada à Pró Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP), da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). O SADEQ/Oficina da Vida, consiste num serviço ambulatorial que oferece assistência para os servidores da instituição, funcionários das fundações, seus dependentes legais e estudantes, que fazem uso problemático de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, onde são ofertados diversos tipos de atendimento em modalidades terapêuticas, além de grupo terapêutico para codependentes, geralmente composto pelos familiares dos pacientes. A relevância desta pesquisa remete ao entendimento do padrão de uso do álcool e seus aspectos explicitamente sociais, culturais, ambientais, tendo o contexto do trabalho como um aspecto fundamental na vida do ser humano e aspectos correlacionados que afetam diretamente a saúde do servidor de uma

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.577.614

universidade federal.*

METODOLOGIA

(A) Pesquisa/Estudo – “[...] abordagem quantitativa e de caráter exploratório descritivo.”

(B) Tamanho da amostra – 370 (docentes e técnicos administrativos que estejam com vínculo ativo com a instituição).

Servidores campus Santa Mônica = 2.068
 Servidores campus Educação Física = 177
 Servidores campus Pontal Ituiutaba = 221
 Servidos campus Patos de Minas = 60
 Servidores campus Monte Carmelo = 79
 Servidores campus Umuarama = 2.326

Justificativa - “A amostra a ser pesquisada será definida a medida que os questionários forem sendo respondidos, numa definição de 5% de margem de erro, com nível de confiança de 95%.”

(C) Recrutamento e abordagem dos participantes – “O questionário será disponibilizado virtualmente, por meio do Google Forms, e encaminhado aos servidores, pelas plataformas institucionais/correio eletrônico, pela DIRCO (Diretoria de Comunicação da UFU).”

(D) Local e instrumento de coleta de dados / Experimento – “[...] questionário estruturado adaptado, com 20 (vinte) perguntas dividido em duas etapas: a) Informações sociodemográficas e profissionais [...], b) AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) trata-se de um questionário que avalia o padrão de consumo de bebida alcoólica, [...] composto por 10 (dez) questões [...]”

(E) Metodologia de análise dos dados – “Os dados coletados através do Google Forms, serão submetidos à análises estatísticas dos programas Excel e Estatístico R, por amostra aleatória simples, considerando um erro amostral de 0,5%, com nível de confiança de 95%.”

(F) Desfecho Primário - “Detectar o padrão de consumo de álcool entre os servidores da

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco “1A”, sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.577.614

Universidade Federal de Uberlândia."

(G) Desfecho Secundário – "Mapear as áreas de maior vulnerabilidade de consumo de álcool entre os servidores da Universidade Federal de Uberlândia e com isso, conhecer qual o percentual dessa população, apresenta padrão de uso nocivo de álcool ou possível dependência."

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO – "Possuir o vínculo ativo permanente com a Universidade Federal de Uberlândia; Concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)."

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO – "Servidores aposentados; Funcionários de fundações ou empresas terceirizadas que prestam serviços na UFU; Aqueles que NÃO aceitem participar da pesquisa, com a recusa em assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)."

CRONOGRAMA – coleta de dados de 11/08/2022 a 11/11/2022.

"A coleta de dados somente será realizada, após aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU)."

ORÇAMENTO – Financiamento próprio - R\$ 1.726,00.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO - "Conhecer e analisar o padrão de consumo de álcool entre os servidores docentes e técnicos administrativos da Universidade Federal de Uberlândia."

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS - "Detectar o perfil de consumo do álcool entre os servidores da UFU através da aplicação do questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test); Mapear as áreas de maior vulnerabilidade de uso de álcool entre os servidores Docentes e Técnicos Administrativos da Universidade Federal de Uberlândia; Descrever o padrão de consumo de substâncias psicoativas (álcool) dos servidores da Universidade Federal de Uberlândia."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS - "Os riscos consistem na identificação ou constrangimento dos participantes da pesquisa, porém todos os cuidados serão tomados pelos pesquisadores para que isso não ocorra e serão

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.577.614

tomadas todas as providências necessárias para a manutenção do sigilo e privacidade das informações coletadas.*

BENEFÍCIOS - "Os benefícios serão demonstrados através da análise dos resultados obtidos na pesquisa, como forma de gerar medidas de promoção à saúde e prevenção do uso nocivo do álcool no contexto dos servidores da UFU."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências listadas no Parecer Consubstanciado nº 5.562.327, de 04 de agosto de 2022, seguem abaixo, bem como a resposta da equipe de pesquisa e a análise de atendimento ou não da pendência feita pelo CEP/UFU.

Pendência 1 - Quanto ao número amostral:

Considerando que 4.931 servidores se trata da população objeto de estudo da pesquisa;

Considerando que lê-se no Projeto Detalhado a justificativa para o número amostral: "A amostra a ser pesquisada será definida a medida que os questionários forem sendo respondidos, numa definição de 5% de margem de erro, com nível de confiança de 95%."

O CEP/UFU solicita adequação no Formulário Plataforma Brasil, no Projeto Detalhado e na Folha de Rosto para a apresentação do número amostral da pesquisa (ou seja, o número mínimo de participantes para atender os objetivos) e não do número da população objeto de estudo.

RESPOSTA - "Diante de uma população de 4.931 servidores vinculados a instituição e conforme cálculo da amostra aleatória simples (AAC) realizado previamente, temos um número amostral de 370 (trezentos e setenta) participantes ou seja, considerando uma margem de erro de 5%, com intervalo de confiança de 95% para os testes estatísticos que serão aplicados, será necessária a participação de uma quantidade mínima de 370 (trezentos e setenta) servidores, para que se alcance o objetivo da pesquisa."

ANÁLISE DO CEP/UFU - Pendência atendida.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 5.577.614

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto – PPGAT - Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (assinatura do Diretor do Instituto de Geografia).
- 2) Termo de Compromisso Confidencialidade da Equipe Executora
- 3) Link Lattes da Equipe Executora
- 4) Declaração Coparticipante - Divisão de Promoção e Assistência à Saúde do Servidor (DIPASS), Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor, Pró Reitoria de Gestão de Pessoas - período de 11 a 20/08/2022.
- 5) Projeto de Pesquisa
- 6) TCLE
- 7) Instrumento de coleta de dados - questionário

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no Parecer Consubstanciado nº 5.562.327, de 04 de agosto de 2022, foram atendidas. Portanto, nessa versão o CEP/UFU não encontrou nenhum óbice ético.

De acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16 e suas complementares, o CEP/UFU manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Prazo para a entrega do Relatório Final ao CEP/UFU: ABRIL/2023*.

* Tolerância máxima de 01 mês para o atraso na entrega do relatório final.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DE PESQUISA DEVE SER INFORMADA, IMEDIATAMENTE, AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE ÉTICA.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 5.577.614

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto – PPGAT - Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (assinatura do Diretor do Instituto de Geografia).
- 2) Termo de Compromisso Confidencialidade da Equipe Executora
- 3) Link Lattes da Equipe Executora
- 4) Declaração Coparticipante - Divisão de Promoção e Assistência à Saúde do Servidor (DIPASS), Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor, Pró Reitoria de Gestão de Pessoas - período de 11 a 20/08/2022.
- 5) Projeto de Pesquisa
- 6) TCLE
- 7) Instrumento de coleta de dados - questionário

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no Parecer Consubstanciado nº 5.562.327, de 04 de agosto de 2022, foram atendidas. Portanto, nessa versão o CEP/UFU não encontrou nenhum óbice ético.

De acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16 e suas complementares, o CEP/UFU manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Prazo para a entrega do Relatório Final ao CEP/UFU: ABRIL/2023*.

* Tolerância máxima de 01 mês para o atraso na entrega do relatório final.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DE PESQUISA DEVE SER INFORMADA, IMEDIATAMENTE, AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE ÉTICA.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.577.614

imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro); e enviar a notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apresentando o seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, destacando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. No caso de projetos do Grupo I ou II, apresentados à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador também deve informá-la, enviando o parecer aprobatório do CEP, para ser anexado ao protocolo inicial (Resolução nº 251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1954398.pdf	08/08/2022 12:13:52		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_CORRIGIDA.pdf	08/08/2022 12:11:55	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO.pdf	07/08/2022 17:41:57	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	RESPOSTA_PARECER_CEP.pdf	07/08/2022 17:41:01	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CO_PARTICIPANTE.pdf	06/06/2022 15:17:09	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	06/06/2022 15:13:06	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	LATTES_EQUIPE.docx	02/06/2022 16:17:19	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/06/2022 16:16:03	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	EQUIPE_EXECUTORA.pdf	27/05/2022 14:31:57	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	26/05/2022 08:56:32	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.577.614

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

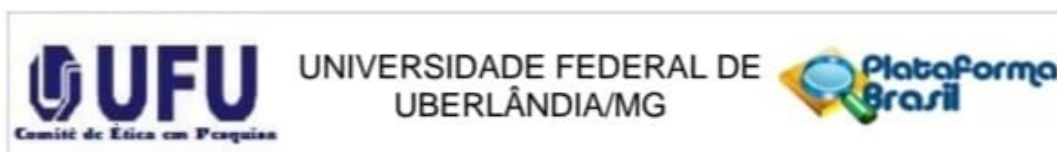
Não

UBERLÂNDIA, 11 de Agosto de 2022

Assinado por:

ALEANDRA DA SILVA FIGUEIRA SAMPAIO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.577.614

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 11 de Agosto de 2022

Assinado por:

ALEANDRA DA SILVA FIGUEIRA SAMPAIO
(Coordenador(a))


Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

ANEXO B – Declaração da Instituição Coparticipante

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa intitulado “**PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL SOB O ENFOQUE DO AUDIT**”, será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções CNS 466/12. e 510/16. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa, e de seu compromisso na segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa, nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantir a segurança e o bem-estar.

Autorizo os pesquisadores: Claudia de Sousa Rodrigues (discente); Prof. Dr. João Carlos de Oliveira (orientador) e Dra. Joana D’Arc Vieira Couto Astolphi (co-orientadora), realizarem o envio de um questionário on line para o email dos servidores ativos da Universidade Federal de Uberlândia, contendo questões sobre o perfil sociodemográfico dos participantes e questões relacionadas ao AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*); no período de 11/08/22 a 20/08/22, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição por meio de plataformas digitais.



Universidade Federal de Uberlândia
Eminéa Aparecida Vinhais Lima
Coordenadora da Divisão de Promoção e Assistência
à Saúde do Servidor - Portaria R nº 736/13

EMINÉA APARECIDA VINHAIS LIMA
Coordenadora da Divisão de Promoção e Assistência à Saúde do Servidor (DIPASS)
Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor
Pró Reitoria de Gestão de Pessoas
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Uberlândia, 06 de junho de 2022

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

R696
2024

Rodrigues, Claudia de Sousa, 1970-
Avaliação do nível de consumo de álcool dos servidores
da Universidade Federal de Uberlândia - MG [recurso
eletrônico] / Claudia de Sousa Rodrigues. - 2024.

Orientadora: Prof. Dr. João Carlos de Oliveira.
Coorientadora: Dra. Joana D'Arc Vieira Couto Astolphi.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.751>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. I. Oliveira, Prof. Dr. João
Carlos de, 1963-, (Orient.). II. Astolphi, Dra. Joana
D'Arc Vieira Couto, 1959-, (Coorient.). III.
Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em
Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. IV. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA, GEOCIÊNCIAS E SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO
TRABALHADOR

CLÁUDIA DE SOUSA RODRIGUES

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSUMO DE ÁLCOOL DOS SERVIDORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - MG

UBERLÂNDIA-MG

2024

CLÁUDIA DE SOUSA RODRIGUES

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSUMO DE ÁLCOOL DOS SERVIDORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia, Geociências e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientador: Prof. Dr. João Carlos de Oliveira.

Coorientadora: Dra. Joana D'Arc Vieira Couto Astolphi

UBERLÂNDIA-MG

2024

*Dedico este trabalho ao meu Deus, e sou grata
por ter tão pouco a pedir e tanto para agradecer!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. João Carlos de Oliveira, à minha coorientadora Dra. Joana D'Arc Vieira Couto Astolphi e a todos os professores do PPGAT que contribuíram para minha formação.

Muito obrigada a minha cunhada Paulinha e seus pais, Lady e Antônio por tudo!

Agradeço aos meus colegas de curso, pela troca de saberes compartilhada e aos servidores pesquisados, pela colaboração na realização deste estudo

Agradeço às secretárias do PPGAT, Luciana e Marta, por toda a ajuda prestada com tanta gentileza e competência e acima de tudo...paciência!

Ao meu querido Igor, ser humano lindo e generoso, pela sua paciência e os cuidados a mim dedicados todo esse tempo que estamos juntos.

Quero fazer um agradecimento especial e muito carinhoso, às minhas queridas amigas Tita, Rosana e Tassiana, por toda ajuda quando precisei e por compartilhar as alegrias e as angústias no decorrer dos estudos.

Dedico palavras especiais de gratidão e afeto a todos os integrantes da Oficina da Vida, que foram fundamentais para que tudo desse certo, por todo apoio e disposição em me auxiliar em todos os momentos, sem esse apoio não teria sido possível a realização desse trabalho.

Agradeço aos amigos da DIRQS que tanto me auxiliaram das mais diferentes formas.

Agradeço a Yara, bibliotecária do Campus Umuarama, por suas orientações tão valiosas.

Agradeço aos médicos psiquiatras Dra. Daniela e Dr. Tiago, pelo amparo necessário ao restabelecimento da minha saúde mental, durante este período de Pós-Graduação.

Muito obrigada a todos, que de alguma forma, me ajudaram nessa caminhada.

Minha gratidão eterna, ao querido amigo Prof. Dr. Júlio César de Lima Ramires, por toda ajuda que tem me dado ao longo dos últimos anos, por me ouvir, pela alegria de sua amizade e confiança tão valiosas para mim, e por tantas alegrias que tem me proporcionado.

E por fim, não menos importante, meu agradecimento especial à querida Vanessa Cardoso, que me estendeu a mão e se dispôs a me ajudar, quando eu já havia perdido as forças e as esperanças de seguir em frente e concluir este estudo. Muito obrigada Vanessa!

Que Jesus nos ampare a todos!

APRESENTAÇÃO

Sou Cláudia de Sousa Rodrigues, 54 anos, graduada em Serviço Social pela UNITRI, e Direito pela UNIUBE, sou servidora da Universidade Federal de Uberlândia/MG, há 33 anos, atualmente lotada no Setor de Atenção ao Dependente Químico (SADEQ) comumente denominado Oficina da Vida, ligado à Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia Geociências e Saúde Coletiva da UFU.

O interesse em desenvolver uma pesquisa com a temática sobre o consumo de álcool por parte dos servidores desta Universidade, surgiu diante do cenário vivenciado cotidianamente no local de trabalho, que consiste num serviço ambulatorial que oferece assistência para os servidores da instituição e seus dependentes, trabalhadores das fundações e estudantes, que fazem uso problemático de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, cujo serviço, contempla as diretrizes das políticas públicas voltadas à problemática de álcool e outras drogas.

Tendo o contexto do trabalho como um aspecto fundamental na vida do ser humano e aspectos correlacionados que afetam diretamente a saúde do servidor de uma universidade federal, espera-se com este estudo, encontrar dados relevantes que possam contribuir as pesquisas existentes sobre o tema, ampliando assim o conhecimento nesta área e que os resultados possam remeter ao entendimento do padrão de uso do álcool e seus aspectos explicitamente sociais, culturais, ambientais.

RESUMO

Considerando que o álcool é atualmente, a droga mais consumida no mundo, além de ser um grave problema de saúde pública, o presente estudo busca avaliar o nível de consumo de álcool dos servidores da Universidade Federal de Uberlândia/MG. O *interesse em desenvolver* uma pesquisa com essa temática, surgiu não somente em função desse cenário, *mas também devido à experiência vivenciada no dia a dia de trabalho no SADEQ (Setor de Atenção ao Dependente Químico), comumente denominado Oficina da Vida, que* pertence à Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS), subordinada à Pró Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP), da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Dentro desse contexto, a presente pesquisa caracteriza-se como um estudo quantitativo, descritivo, que utilizou como instrumento de coleta de dados, um questionário estruturado e adaptado, contendo 20 perguntas, dividido em duas partes, sendo a primeira composta por dados sociodemográficos e institucionais e a segunda parte constando o instrumento AUDIT- (Alcohol Use Disorders Identification Test) que consiste num questionário criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desenvolvido para rastrear o uso excessivo de álcool. Após aprovação pelo Conselho de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFU, o questionário elaborado pela ferramenta Goggle Forms, foi encaminhado para o e-mail institucional de todos os servidores que possuíam vínculo ativo permanente com a instituição, através da plataforma digital SOUGOV, do Governo Federal. Inicialmente foram enviados questionários para a população de 4.931 servidores, cuja amostra necessária (N) para validação da pesquisa, seria a quantidade de 370 servidores, e ao término da coleta de dados, obtivemos um total de 515 participantes dentre docentes e técnicos-administrativos. Foi realizada uma análise descritiva entre as variáveis e como resultado principal, a pesquisa apontou que, com base no Escore do AUDIT, 89,1% das pessoas apresentaram consumo de baixo risco ou abstêmios, na sequência 8,3% dos pesquisados estão associados ao consumo de risco, 2,1% demonstram o uso nocivo ou consumo de alto risco e por último 0,4% se enquadram em provável dependência. Portanto o presente estudo apresenta-se como contribuição para futuras discussões acerca do perfil de consumo de álcool dos servidores da UFU.

Palavras-chave: álcool; servidores públicos; trabalho; políticas públicas.

ABSTRACT

Alcohol is currently the most consumed drug worldwide and represents a serious public health issue. This study aims to evaluate the level of alcohol consumption among employees of the Federal University of Uberlândia (UFU), Minas Gerais, Brazil. The interest in this research arose not only from this global scenario but also from the daily experiences at the SADEQ (Chemical Dependency Care Sector), known as *Oficina da Vida*, under the Directorate of Quality of Life and Employee Health (DIRQS), part of the Office of Human Resources Management (PROGEP) at UFU. This is a quantitative, descriptive study that utilized a structured and adapted questionnaire comprising 20 questions. The instrument was divided into two parts: sociodemographic and institutional data, and the AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), developed by the World Health Organization (WHO) to screen for excessive alcohol consumption. After approval by the UFU Research Ethics Committee, the questionnaire, created using Google Forms, was sent via institutional email to all permanent staff members through the Federal Government's SOUGOV platform. Of the 4.931 staff members contacted, a sample size of 370 participants was deemed necessary for validation. At the end of the data collection, 515 responses were obtained, including faculty and administrative staff. Descriptive analysis of the variables revealed that, based on AUDIT scores, 89.1% of participants reported low-risk consumption or abstinence, 8.3% exhibited risky consumption, 2.1% showed harmful or high-risk use, and 0.4% were classified as probable dependence. This study contributes to future discussions regarding alcohol consumption patterns among UFU employees.

Keywords: Alcohol; Public Employees; Work; Public Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Problemas Relacionados ao Consumo de Substâncias Psicotrópicas	19
FIGURA 2	Tipos de Bebidas com 10g de Álcool.....	22
FIGURA 3	Localização dos Campus da Universidade Federal de Uberlândia	45
QUADRO 1	Critérios de Abuso e Uso Nocivo da DSM-IV e CID-10.....	23
QUADRO 2	Maiores Produtores de Bebidas Alcoólicas no Brasil	31
QUADRO 3	Cronologia das Leis sobre Drogas no Brasil.....	37
QUADRO 4	Quantidade de Servidores Ativos Permanentes da UFU em 2022.....	46
GRÁFICO 1	Distribuição dos participantes quanto ao Gênero.....	49
GRÁFICO 2	Distribuição dos participantes quanto a faixa etária	50
GRÁFICO 3	Distribuição dos participantes quanto ao Estado Civil.....	51
GRÁFICO 4	Distribuição dos participantes quanto a Cor da pele autorreferida	52
GRÁFICO 5	Distribuição dos participantes quanto a religião	54
GRÁFICO 6	Distribuição dos participantes quanto ao Cargo.....	55
GRÁFICO 7	Distribuição dos participantes quanto a Escolaridade.....	55
GRÁFICO 8	Distribuição dos participantes por local de trabalho	57
GRÁFICO 9	Distribuição dos participantes quanto ao Tempo de Serviço na UFU	59

GRÁFICO 10	Distribuição dos participantes quanto a Autopercepção da Própria Saúde ..	60
TABELA 1	Local de trabalho	58
TABELA 2	Resultado Quantitativo da Aplicação do AUDIT.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAC – Amostra Aleatória Simples

AEC – Antes da Era Comum

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

BPE – Beber Pesado Episódico

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAD – Comissão sobre Álcool e outras Drogas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEREST – Centros de Referências de Saúde do Trabalhador

CID – Classificação Internacional de Doenças

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONAD – Conselho Nacional de Políticas de Drogas

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CONSUN – Conselho Universitário da UFU

CREAD – Centro de Referência Estadual de Álcool e Outras Drogas

DIEDI – Divisão de Estruturação de Dados e Informações

DIRQS – Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

E/R – Espiritualidade/religiosidade

EF – Educação Física

ESEBA – Escola de Educação Básica

ESF – Equipe de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MEC – Ministério da Educação

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

NIAAA – National Institute on Alcohol and Alcoholism

OMS – Organização Mundial da Saúde

OV – Oficina da Vida

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PESMAD – Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

PLANAD – Plano Nacional de Políticas sobre Drogas

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PND – Política Nacional de Drogas

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PPGAT – Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

PROAE – Pró-reitora de Assuntos Estudantis

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas

SM – Santa Mônica

SOUGOV – Aplicativo e Plataforma do Governo Federal

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

ST – Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAI – Unidades de Atendimento Integrado

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

UMU – Umuarama

UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Histórico do Consumo de Drogas.....	16
2.2 História do Consumo de Álcool	19
2.2.1 Classificação e Padrões de Consumo do Álcool	21
2.2.2 Os Agravos à Saúde Causados pelo Consumo do Álcool	26
2.2.3 Os Efeitos do Consumo de Álcool nas Relações Sociais e Familiares	28
2.2.4 Indústria do Álcool	29
2.3 O Sentido do Trabalho.....	32
2.3.1 A Saúde do Trabalhador no SUS.....	33
2.4 Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil	35
3 OBJETIVOS DA PESQUISA	42
3.1 Objetivo Geral	42
3.2 Objetivos Específicos	42
4 METODOLOGIA	43
4.1 Tipo de Estudo.....	43
4.2 Método da Pesquisa	43
4.3 Instrumento para a Coleta de Dados.....	44
4.4 Local e População do Estudo	45
4.5 Cálculo Amostral.....	46
4.6 Critérios de Inclusão e Exclusão	46
4.7 Ferramentas de Aplicação	46
4.8 Aspectos Éticos e Legais	47
4.9 Recursos Operacionais	47
5 RESULTADOS	49
5.1 Descrição das Variáveis Sociodemográficas.....	49
5.2 Descrição das Variáveis dos Dados Funcionais e de Saúde	57
5.3 Questões do AUDIT	61
6 CONCLUSÃO	64
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75

APÊNDICE B – Questionário	77
APÊNDICE C – AUDIT	79
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	80
ANEXO B – Declaração da Instituição Coparticipante.....	89

1 INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas está presente em toda a história, tendo sofrido modificações ao longo do tempo e tem crescido constantemente no cenário mundial, sendo considerado como uma grande preocupação de saúde pública, se disseminando por todas as faixas etárias, classes sociais e culturais. Mais especificamente no Brasil, o uso de álcool e outras drogas têm atingido níveis alarmantes, gerando, como consequência, inúmeros problemas sociais e de saúde na população (WHO, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma importante agência especializada que debate desde o seu princípio, os efeitos, classificações e definições da droga dentro do campo da saúde e em sua última definição, a OMS classifica como droga “qualquer substância natural ou sintética, capaz de produzir em doses variáveis os fenômenos de dependência psicológica ou dependência orgânica, sendo considerado um problema de saúde e as drogas se dividem em lícitas ou ilícitas”. (Organização Mundial de Saúde, 2018).

As drogas ilícitas são substâncias psicoativas ou psicotrópicas cuja produção e comercialização constituem crime, como a maconha, inalantes/solventes, cocaína, crack, dentre outras. As drogas lícitas são substâncias psicoativas ou psicotrópicas cuja produção, comercialização e consumo não constituem crime, destacando-se o álcool e o tabaco, desde que respeitem o controle sanitário da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014).

Do uso social ao problemático, o álcool é, atualmente, a droga mais consumida no mundo. Como consequência, o uso indevido dessa substância é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Particularmente, quando esses índices são analisados em relação à América Latina, o uso do álcool assume uma importância ainda maior, sendo o índice de anos de vida útil perdidos neste continente, quatro vezes maior do que a média mundial (Laranjeira, *et al.* 2007).

O uso nocivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo. As consequências do uso de álcool oneram a sociedade, de forma direta e indireta, potencializando os custos em hospitais e outros dispositivos de saúde, sistema judiciário, previdenciário, perda de produtividade do trabalho, absenteísmo, desemprego, entre outros (Relatório..., 2018).

A OMS classifica o consumo abusivo de álcool, como um padrão que pode causar danos

à saúde física ou mental e este padrão de uso abusivo do álcool e outras drogas, configura-se um problema de saúde pública na sociedade atual, afetando a vida de diversos indivíduos. Isso pode ser observado por meio da análise de dados e informações sobre o tema, evidenciando que o uso e/ou abuso de drogas aumentou de forma significativa nos últimos anos e gerou consequências negativas em diversos âmbitos da vida das pessoas, como saúde, relações interpessoais, trabalho, escola e família, bem como os altos custos para o sistema de saúde e para a sociedade (UNODC, 2019).

O Relatório Global (*Global Status Report on Alcohol and Health*) divulgado pela OMS em 21/09/2018, ressalta sobre o aumento do consumo e a carga de doenças atribuídas ao álcool em todo o mundo e relata ainda que mais de 3 milhões de pessoas morreram por uso nocivo de álcool em 2016 e no geral, o uso nocivo do álcool causa mais de 5% da carga global de doenças.

Sobre o uso do álcool, Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS diz:

Muitas pessoas, suas famílias e comunidades sofrem as consequências do uso nocivo do álcool por meio de violência, lesões, problemas de saúde mental e doenças como câncer e acidente vascular cerebral, é hora de intensificar as ações para evitar essa séria ameaça ao desenvolvimento de sociedades saudáveis (Organização Mundial da Saúde, 2018).

Carmo *et al.* (2020), ressalta que em relação ao uso do álcool e/ou outras drogas, em seus diferentes padrões de consumo, além das questões de saúde, é a consequência social que essas drogas ocasionam, principalmente no âmbito das relações trabalhistas. Independente do consumo ter ocorrido ou não no próprio local de trabalho, este pode trazer repercussões na produtividade geral e na força de trabalho, desencadeando o baixo desempenho na execução de tarefas, acidentes ou lesões, atendimento deficiente, alta rotatividade de funcionários e aumento nos custos de saúde.

O interesse em desenvolver uma pesquisa com essa temática surgiu não somente em função desse cenário, mas também devido à experiência vivenciada no dia a dia de trabalho no SADEQ (Setor de Atenção à Dependência Química), comumente denominado Oficina da Vida, que pertence à Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS), subordinada à Pró Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP), da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

O SADEQ/Oficina da Vida consiste num serviço ambulatorial que oferece assistência para os servidores da instituição, funcionários das fundações, seus dependentes legais e estudantes, que fazem uso problemático de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, cujo serviço, contempla as diretrizes das políticas públicas voltadas à problemática de álcool e outras drogas.

Dessa forma, o presente estudo, tem por finalidade, conhecer o perfil de consumo do álcool entre os servidores da Universidade Federal de Uberlândia, num olhar fundamentado pelo instrumento *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), e considerando os prejuízos causados pelo uso nocivo do álcool e as dificuldades de reconhecer o processo de adoecimento, esse estudo, que se enquadra na linha de pesquisa “Saúde do Trabalhador”, tem em seu bojo a seguinte questão norteadora: Qual o percentual da amostra analisada, apresenta padrão de uso nocivo de álcool ou possível dependência?

Para tanto, nos capítulos a seguir, será abordado especificamente o uso do álcool, tema central da pesquisa. E nos próximos capítulos, pretende-se desenvolver um breve relato sobre a história das drogas bem como, o contexto atual de consumo de álcool, apresentar o perfil de consumo do álcool da população pesquisada através dos resultados apresentados, dando maior relevância ao padrão de uso nocivo ou provável dependência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico do Consumo de Drogas

O uso da droga é tão antigo quanto o ser humano. Porém as transformações nesse uso e em seus significados é que vem acompanhando as transformações da humanidade. Vestígios do uso de drogas psicoativas estão presentes nas primeiras civilizações, foram encontradas estátuas egípcias mostrando homens fabricando cerveja nas datas de 2.500AEC, e consumo de outras substâncias hoje proibidas, folha de coca 8.000AEC, maconha 10.000AEC, entre outros. Nesta época as drogas tinham suas aplicações medicinais e religiosas, da mesma forma, eram usadas socialmente (Torcato, 2016).

A etimologia do termo demonstra a maneira como o contexto e significado da palavra pode se modificar no decorrer da história. Droga, tem provável procedência holandesa que se origina da palavra “droog” que teria como significado “produtos secos” e servia para designar no século XVI ao XVII, diversas substâncias da natureza consumidas através da alimentação ou para uso medicinal (Carneiro, 2008).

De origem colonial, a palavra droga no seu princípio não possuía uma distinção clara de alimentos ou remédios, um pouco parecido na maneira que é tratada drogas como café e vinho. Com o passar dos anos, a palavra foi criando maior distinção por parte do senso comum e sendo de maneira geral associada a substâncias químicas que causa efeito psicoativo no corpo, sobretudo em relação às drogas classificadas como lícitas e ilícitas (Peixoto, 2019).

A partir do século XI, a igreja Católica preocupava-se com a multiplicação dos pensadores humanistas, homens que acreditavam na autonomia do homem e o colocavam no centro do mundo, ao invés de Deus. Para ampliar o controle, a igreja utilizava-se de bruxas para conseguir promover o temor, tais mulheres já existiam desde os primeiros séculos, e usavam seus conhecimentos, no plantio para produção de bebidas e porções, com finalidades medicinais, afrodisíacas e cosmética o que ampliava o preconceito já existente naquela época (Torcato, 2016).

Em 1487 foi publicado, pelo clérigo católico Heinrich Kramer, o documento *Malleus Maleficarum* “traduzido como ‘Martelo das Bruxas’ ou ‘Martelo das Feiticeiras’ um manual inquisitorial, ou seja, um manual utilizado pelo tribunal da Santa Inquisição no final do século XV justamente para identificar essas mulheres que passaram a ser vistas como uma ameaça à igreja medieval e aos saberes de então’. Esse livro descrevia em detalhes como identificar, julgar e punir uma bruxa. Reforçou a misoginia em torno da sexualidade feminina devido aos

exames sexuais aos quais as supostas bruxas eram submetidas, a obra corroborou com incontáveis mortes de mulheres na forca e na fogueira (além dos castigos físicos), tendo o seu fim com a ascensão do Iluminismo. (Coelho, 2023).

A ideia de bruxa, bruxaria e feitiçaria se confunde com a história das mulheres na Idade Média. “É quando surge essa imagem da mulher bruxa, tanto na história quanto na imaginação popular do século XVI. (Coelho, 2023).

As bruxas, na verdade, eram possuidoras do saber medicamentoso que muito ajudaram na descoberta de fármacos eficazes para a cura de diversas doenças, o que passa a preocupar também os médicos pois começa ocorrer um aumento das “casas de bruxas” e seus medicamentos passam a ser comercializados em grande escala. (Escohotado, 2003, p. 61).

Na verdade, essas mulheres eram as parteiras, curandeiras, carpideiras, mulheres que tinham todo um conhecimento relacionado às tradições pagãs, tradições imemoriais de conhecimento da natureza, de conhecimento do corpo, mas que no século XVI, eram mulheres consideradas perigosas, justamente porque estavam à margem do que se preconizava na época.

Para tanto, esse conhecimento se tornou uma ameaça à ordem simbólica que a instituição masculina, “Estado e Igreja”, instituíram à época, dando assim início ao período de ‘Caça às bruxas!’ que durou aproximadamente três séculos. A Igreja, também intervém, com a perseguição dos inquisidores a farmacêuticos e bruxos, pois qualquer pessoa sem altos apoios poderiam ser processada, torturada e queimada (Escohotado, 2003, p. 61).

Diante disso, a opção aqui feita é a de utilizar a palavra “droga” sem intenção de fazer referências pejorativas a qualquer substância em questão, e de englobar tanto as lícitas quanto as ilícitas. Outra posição importante é a de considerarmos as drogas, como em culturas antigas, substâncias neutras que, em sua existência, não têm significado. As consequências dos usos dependem dos sistemas discursivos no qual eles se inserem (Southier, 2016).

Em sua última definição, a OMS classifica como 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” (Laranjeira, 2012).

De acordo com (Laranjeira 2012), as drogas podem ser classificadas de acordo com a ação acentuada ou branda, sobre o sistema nervoso central, provocando alterações no comportamento de quem as consome. Assim, podemos descrevê-las da seguinte forma: I - PERTURBADORAS - Aquelas com efeito alucinógeno, acelerando o cérebro além do normal, causando perturbações na mente do usuário, como o LSD (sintetizadas a partir do ácido lisérgico), maconha e haxixe (produto e subproduto extraídos da Cannabis Sativa) e os solventes

orgânicos (cola de sapateiro); II - DEPRESSORAS - diminuem a atividade cerebral, deixando os estímulos nervosos mais lentos, como exemplo podemos citar os tranquilizantes produzidos por indústrias farmacêuticas, o álcool, antidepressivos, soníferos, ansiolíticos, o ópio, a morfina e a heroína. III - ESTIMULANTES - substâncias que aumentam a atividade cerebral. Estimulam em especial áreas sensoriais e motoras como a cocaína e seus derivados, o crack, extraídos da folha da planta da coca (*Erytroxylum Coca*) e IV – MISTAS - combinações de dois ou mais efeitos, a mais comum e conhecida desse grupo é o Ecstasy.

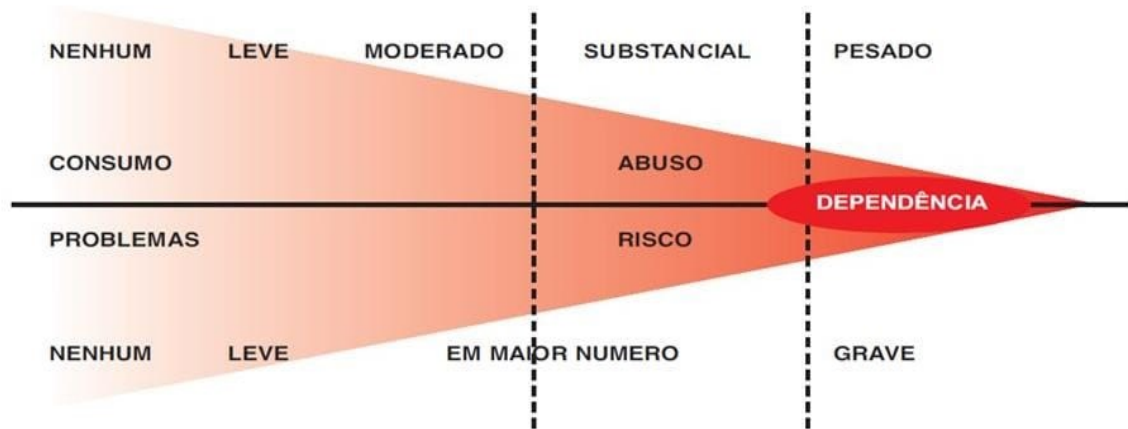
Assim, o uso de drogas está relacionado a qualquer tipo de consumo, podendo ser frequente ou não. É o caso, por exemplo, de indivíduos que experimentam a substância pela primeira vez, mas não são afetados pelo uso, podendo simplesmente abandonar o consumo. O abuso é o uso nocivo de uma substância, conseqüente de algum tipo de problema. Nesse caso, o uso das substâncias é mais recorrente, podendo desencadear a dependência (Mathews; Pillon, 2004).

Estudiosos acrescentam que a dependência ocorre quando não existe mais controle sobre o uso, causando problemas reais à saúde. O consumo se torna uma compulsão, pois o indivíduo passa a direcionar toda a sua vida ao consumo das drogas. As substâncias se tornam indispensáveis ao funcionamento psicológico do indivíduo. Portanto, a dependência provém não do desejo de consumir substâncias, mas da incapacidade de não as consumir (Silva, 2022).

A OMS define dependência química, como uma doença crônica, progressiva, representada por um transtorno mental característico de sinais e sintomas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Entre os sinais e sintomas mais comuns, destacam-se: compulsão pelo uso da droga, sintomas de abstinência, necessidade de doses crescentes para se obter o mesmo efeito, falta de controle sobre a quantidade do uso, abandono de outras atividades para manutenção do uso, mesmo que resulte em prejuízos evidentes causados pelo uso da substância. Para fins de diagnóstico terapêutico, a presença de três desses sintomas já é suficiente para se evidenciar casos de dependência química (Abreu; Malvasi, 2011).

A Dependência Química, é essencialmente uma relação alterada entre o usuário e o seu modo de consumo, conforme figura 1.

Figura 1 - Problemas relacionados ao consumo de substâncias psicotrópicas.



Fonte: Laranjeira *et al.*, 2003.

De acordo com pesquisas da OMS, o álcool é considerado um dos principais contribuintes para a ocorrência de doenças e de mortes prematuras em todos os mundos, sendo que o seu uso/abuso é um fator causal em mais de 200 doenças e condições de lesão. Estima-se que, por ano, ocorrem 3,3 milhões de mortes no mundo atribuíveis ao uso nocivo de álcool, representando 5,9% da totalidade desse evento.

O Consumo de álcool está integrado à vida em sociedade há milênios e encontra-se largamente disseminado, tendo adquirido dimensão universal pelos mais diferentes motivos, como o uso religioso, rural, medicinal, recreativo e festivo (Diehl, 2011). Uma das drogas cujo consumo ficou em evidência com a revolução industrial foi o álcool, pois sua maior oferta contribuiu para um grande aumento no consumo, assim como para o aumento do número de pessoas que passaram a apresentar problemas decorrentes de seu uso excessivo (Brasil, 2013).

Entre 2000 e 2018, foram registradas 306.141 mortes atribuíveis ao uso/abuso de álcool em todo o Brasil, sendo 39.585 no Estado de Minas Gerais. Outro dado bastante relevante é que aproximadamente 2,3 milhões de brasileiros apresentam critérios para dependência de álcool, segundo dados do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população brasileira (Bastos *et al.*, 2017).

2.2 História do Consumo de Álcool

Na literatura médica, por volta do século 385AEC, Hipócrates descreveu o uso do álcool como um fator predisponente a várias doenças e relatou a respeito do “delirium tremens” em

seu livro sobre as epidemias. No século XIV, já se referia ao álcool como uma substância que leva o indivíduo à perda do controle sobre seus atos. Já no Brasil, os registros históricos remontam que muito antes de seu descobrimento, a prática do consumo de bebidas era integrada a cultura indígena em seus rituais espirituais e festivos, invocando divindades a partir de bebidas por eles confeccionadas, em um claro rito de pertencimento e aculturação tribal de cada um de seus partícipes (Frank, 2022).

Assim relatam os textos do Portal da Educação, em seu artigo “A descoberta do álcool no Brasil”, referendando a prática, bem como suas especificidades com outras bebidas conhecidas dos europeus colonizadores da recém-descoberta terra (Portal da Educação, 2022):

[...] Quando os portugueses chegaram ao Brasil, em 1.500, perceberam que os índios que aqui habitavam tinham o costume de produzir e beber uma bebida forte e peculiar, processada a partir da mandioca. Esta bebida era utilizada em rituais e em confraternizações dos povos indígenas. Os colonizadores portugueses já conheciam as bebidas alcoólicas, como o vinho e a cerveja e, posteriormente, produziram a cachaça. Ela foi descoberta após a observação do processo de extração do caldo da cana de açúcar, que era colocado em recipientes para fabricação do “mosto” (caldo da cana de açúcar em processo de fermentação) que se transformava em um caldo grosso e servia para alimentar os escravos e os animais bovinos, caprinos e suínos [...].

O uso de álcool faz parte de muitas práticas culturais, religiosas e sociais e proporciona prazer percebido a muitos usuários, trata-se de um costume antigo em muitas comunidades e nunca foi um ato ilegal e em muitas sociedades, as bebidas alcoólicas são uma parte rotineira da paisagem social para muitos da população, vistas como socialmente úteis e necessárias (Myadze; Rwomire, 2014).

A história da cana-de-açúcar e a sua ligação com o trabalho escravo nos remetem a meados do século XIV, mais especificamente na ilha do Chipre (localizada no Mar Mediterrâneo ao sul da Turquia), em Creta (Grécia) e no norte da África. Nessas localidades, a economia era baseada na produção açucareira.

A entrada do açúcar no sul da Península Ibérica estimulou o ressurgimento da escravidão, sendo que, na década de 1440, começou a produzir seu impacto na economia de Portugal. Isso ocorreu devido à expansão portuguesa pela costa ocidental da África à procura de ouro e especiarias, originando o tráfico de escravos africanos.

Dessa forma, o açúcar se manteve como uma importante atividade econômica no Brasil Colônia, que foi uma sociedade escravista não simplesmente pelo trabalho forçado, mas também pelas suas distinções jurídicas entre escravos e livres, baseada nos princípios hierárquicos e na raça. A produção de açúcar necessita de técnicas e cuidados durante todas

suas etapas: desde a plantação, o cultivo, a colheita, até o refinamento. Nesse sentido, é importante ressaltar que a principal mão-de-obra dos engenhos era escrava, mas havia trabalhadores especializados e remunerados que supervisionavam todas as etapas desse processo (Silva, 2010)

Atualmente se observa condições precárias no trabalho empregado na produção da cana-de-açúcar no Brasil, tais como: ausência de equipamentos de proteção no campo, moradias sem higiene, pagamento de salários inferiores ao mínimo, além de transporte para o trabalho sem as mínimas condições de segurança e eventuais mortes por excesso de esforço (Goulart e Misoczky, 2010). Assim, é importante ressaltar que esse tipo de trabalho se diferencia do utilizado no passado quando a escravidão era legal perante a lei.

As propriedades euforizantes e intoxicantes do álcool, são conhecidas desde os tempos pré-históricos e praticamente, todas as culturas têm ou tiveram alguma experiência com a sua utilização. Para tanto, considera-se uma droga psicoativa com efeitos depressores no sistema nervoso central e classificado como uma droga lícita, é um produto resultante da fermentação de açúcares presentes em vegetais (frutos, mel, caules e cereais), tais como a cevada, a uva, a cana-de-açúcar, sob a influência de microrganismos, nomeadamente leveduras (Junqueira, 2017).

2.2.1 Classificação e Padrões de Consumo do Álcool

Quanto à sua origem, as bebidas alcoólicas se classificam em Fermentadas e Destiladas: I) Fermentadas, que se obtêm por fermentação alcoólica dos sumos açucarados, pela ação das leveduras; II) Destiladas, que resultam da destilação do álcool produzido no decurso da fermentação. Através de um processo de evaporação (seguida de condensação pelo frio) das bebidas fermentadas, podem obter-se bebidas mais graduadas (Marques, 2011).

Os efeitos imediatos do álcool no cérebro podem ser de caráter depressor ou estimulante, de acordo com a quantidade absorvida e após sua ingestão, o álcool é inteiramente absorvido pelo tubo digestivo sem sofrer prévia digestão, entra diretamente no sistema circulatório, atingindo valores máximos até cerca de uma hora e meia, difundindo-se a todo o organismo (IBGE, 2019).

Apesar de ter um efeito estimulante inicial, induzindo um estado de euforia e desinibição, perdendo muitas vezes a noção do perigo, na fase seguinte, os efeitos depressores começam a tornar-se mais notórios, surgindo a falta de coordenação motora (ex. andar a cambalejar), sonolência e lentificação do pensamento (ex. dificuldade em falar), diminuição da

capacidade de reação, de atenção e de compreensão (Formigoni, 2014). Se as doses ingeridas forem muito elevadas, caso de intoxicação alcóolica aguda, pode surgir depressão respiratória, coma etílico e eventualmente morte.

No Brasil, o padrão de consumo de álcool é adotado de acordo com as definições da OMS, que estabelece o beber moderado como o consumo de quantidades moderadas e que não causam problemas. E recomenda-se que para evitar problemas com o álcool, o consumo aceitável é de até 15 doses/semana para os homens e 10 doses/semana para as mulheres, sendo que uma dose contém de 8 a 13 gramas de etanol. Os homens não devem ultrapassar o consumo de três doses diárias de álcool e as mulheres duas doses diárias, sendo que tanto homens quanto as mulheres não devem beber por pelo menos dois dias na semana (Organização Mundial de Saúde, 2019).

Figura 2 - Tipos de Bebidas com 10g de Álcool



Fonte: H, E.N. Dose Padrão, 2020.

Já Babor, Caetano e Casswell (2003), definem que uma dose de bebida alcóolica tem 10 a 12 gramas de etanol, que equivale a uma unidade de álcool puro. A quantidade de unidades de álcool é determinada pela sua concentração em um volume de bebida. Com base nestes valores de referência alguns autores estabeleceram padrões de quantidade de unidades de álcool que um indivíduo sadio poderá consumir semanalmente sem que haja danos a sua saúde.

Assim, o padrão de consumo de álcool, para Laranjeira e Pinsky (1997), em relação aos possíveis riscos à saúde, são classificados da seguinte forma:

I - Baixo risco: corresponde a menos de 14 unidades para mulheres e menos de 21 para homens, ambos por semana.

II - Risco moderado: 15-35 unidades para mulheres e para homens 22-50 unidades por semana).

III - Alto risco: mais de 36 unidades semanais para mulheres e mais de 51 unidades para homens por semana.

Esses padrões de consumo se referem às unidades de álcool consumidas ao longo de uma semana, portanto, o consumo da quantidade semanal de unidades de álcool em apenas um dia implicaria mais danos à saúde do que quantidades um pouco maiores, mas distribuídas durante a semana, segundo esses autores.

Laranjeira (2011), acrescenta que os efeitos do álcool sobre cada indivíduo são diferentes, mesmo quando consumido em quantidades iguais, dependem de uma série de fatores, dentre eles: as diferenças biológicas do metabolismo, a quantidade de água no organismo e a estrutura física de cada pessoa. Existindo ainda, uma linha tênue entre o consumo moderado e a dependência.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), a Dependência de Álcool é classificada na CID-11, como um distúrbio de regulação decorrente do uso repetido ou contínuo e o traço característico é um forte impulso interno, que se manifesta pela capacidade prejudicada de controlar o consumo, aumentando a prioridade dada ao álcool sobre outras atividades e a persistência do uso apesar de danos ou consequências negativas, e mantém a Dependência de Álcool como o diagnóstico mestre e a distinção entre Dependência de Álcool e Uso Nocivo de Álcool, agora denominado Padrão Nocivo de Uso de Álcool (Transtornos, 2022).

Na (CID), o termo “uso nocivo” é aquele que resulta em dano físico ou mental, enquanto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) “abuso” engloba também consequências sociais. O Quadro 2, apresenta uma comparação entre os critérios de dependência referidos no DSM (APA, 2014) e na CID. Esses dois sistemas de classificação facilitam a identificação da dependência de substância psicoativa (Duarte; Morihisa, 2012).

Apresentamos a seguir, o quadro 1, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, onde são feitas as comparações entre critérios de uso.

Quadro 1 - Comparação entre Critérios de Abuso e Uso Nocivo da DSM-IV e CID-10.

ABUSO	USO NOCIVO
Padrão mal adaptativo de uso, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:	Três ou mais das seguintes manifestações ocorrendo conjuntamente por pelo menos um mês ou, se persistirem por períodos menores que um mês, devem ter ocorrido juntas de forma repetida em um período de 12 meses:

<p>Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ uma necessidade de quantidades progressivamente maiores para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; ♣ acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade; <p>Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ síndrome de abstinência característica para a substância; ♣ a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência; ♣ a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido; ♣ existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso; ♣ muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos; ♣ importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso; ♣ o uso continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado. 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ forte desejo ou compulsão para consumir a substância; ♣ comprometimento da capacidade de controlar o início, término ou níveis de uso, evidenciado pelo consumo frequente em quantidades ou períodos maiores que o planejado ou por desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso; ♣ estado fisiológico de abstinência quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso desta ou similar para aliviar ou evitar tais sintomas; ♣ evidência de tolerância aos efeitos, necessitando de quantidades maiores para obter o efeito desejado ou estado de intoxicação ou redução acentuada desses efeitos com o uso continuado da mesma quantidade; ♣ preocupação com o uso, manifestada pela redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo por causa do uso ou do tempo gasto em obtenção, consumo e recuperação dos efeitos; ♣ uso persistente, a despeito de evidências claras de consequências nocivas, evidenciadas pelo uso continuado quando o sujeito está efetivamente consciente (ou espera-se que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.
--	--

Fonte: Associação Americana de Psiquiatria, 2014

Os diagnósticos da CID, são frequentemente comparados com o DSM, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), que aborda exclusivamente transtornos mentais e comportamentais. O capítulo de saúde mental da décima revisão da CID (CID-10), foi desenvolvido em estreita colaboração com o DSM-IV, publicado em 1994, com atenção para que as entidades diagnósticas fossem comparáveis entre si (Proença, 2021).

Na décima primeira revisão da CID (CID-11), publicada em maio de 2019, os transtornos por uso de álcool formam uma parte fundamental da seção de “Transtornos Devidos ao Uso de Substâncias e Comportamentos Aditivos”. Definir os transtornos relacionados ao consumo de álcool e identificar o consumo de risco é fundamental para o diagnóstico clínico preciso, o monitoramento da doença e, mais amplamente, para a comunicação eficaz entre os profissionais dos sistemas de saúde e bem-estar (Franco, 2016).

A Dependência de Álcool é definida na CID-11 como um distúrbio de regulação decorrente do uso repetido ou contínuo e o traço característico é um forte impulso interno, que se manifesta pela capacidade prejudicada de controlar o consumo, aumentando a prioridade dada ao álcool sobre outras atividades e a persistência do uso apesar de danos ou consequências negativas, e mantém a Dependência de Álcool como o diagnóstico mestre e a distinção entre Dependência de Álcool e Uso Nocivo de Álcool, agora denominado Padrão Nocivo de Uso de Álcool (WHO, 2019).

Em comparação com a CID-10, as principais mudanças de acordo com a APA (2014), na CID-11 são as seguintes:

- Atualização e ampliação de classes de substâncias;
- Simplificação das diretrizes diagnósticas para dependência de substâncias;
- Maior especificação dos padrões nocivos de uso de substâncias, que podem ser contínuos ou episódios e recorrentes;
- Introdução de nova categoria para denotar episódios únicos de uso nocivo;
- Introdução do uso de substâncias perigosas como fator de risco para a saúde (fora do capítulo de transtornos de substâncias);
- Mudanças na gama de transtornos mentais induzidos pelo álcool;
- Transferência dos transtornos neuro-cognitivos relacionados ao álcool para a seção de “Demências relacionadas ao uso de substâncias psicoativas.

Algumas observações entre o uso nocivo/abusivo do álcool e o Beber Pesado Episódico (BPE), de acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, são ainda pontuados para melhor compreensão.

I - Uso nocivo/abusivo:

- Quando o indivíduo bebe eventualmente, mas é incapaz de *controlar* seu consumo.
- A OMS considera abusivo o consumo de 60 gramas (4.2 latinhas) ou mais de álcool, pelo menos uma vez por semana.
- O consumo em altas doses e a embriaguez é culturalmente estimulado na população, open bar, Chopp em dobro, redução de valores em horários de happy hour etc.

II - Beber Pesado Episódico – BPE ou “binge drinking”:

- Caracteriza pelo consumo de grandes quantidades de álcool em curto espaço de tempo (aproximadamente 2 horas), atingindo altos níveis de concentração alcoólica no sangue.
- 5 ou mais doses para homens 4 ou mais para mulheres, de acordo com o National Institute on Alcohol and Alcoholism (NIAAA).
- Na população que bebe, a maioria, 58%, bebe em binge drinking. Considerando apenas os homens, este índice é de 66%.
- O fígado só consegue metabolizar uma dose de álcool a cada uma hora e meia.

2.2.2 Os Agravos à Saúde Causados pelo Consumo do Álcool

O consumo nocivo do álcool, não só afeta as capacidades cognitivas e perceptivas, como pode resultar em altos índices de morbimortalidades, devido a gravidade de seus efeitos (WHO, 2019).

Dentre os efeitos, temos a distinção entre efeitos imediatos e a longo prazo:

I – Efeitos imediatos:

As manifestações de uma intoxicação alcoólica, dependem da quantidade e qualidade da bebida consumida e das manifestações de tolerância do indivíduo, que estejam relacionadas com a ação direta do álcool sobre o sistema nervoso central. A intoxicação alcoólica aguda configura-se numa condição transitória após administração de álcool, resultando em perturbação cognitiva, da consciência, da percepção, do comportamento ou de outras funções psicofisiológicas (CID10).

O excessivo consumo de álcool produz acidez no estômago, vômitos, diarreia, baixa da temperatura corporal, sede, dor de cabeça, desidratação, falta de coordenação, lentidão dos reflexos, vertigens e mesmo visão dupla e perda do equilíbrio. Além disso, a embriaguez pode ser caracterizada por 3 fases. São elas: A primeira fase da embriaguez caracteriza-se por um breve estado de excitação psíquica, com euforia, diminuição da tensão e ansiedade e anulação de inibições. Já a segunda fase é já caracterizada por alterações muito marcadas – a nível do pensamento, da atenção, da esfera sensorial, da sensibilidade, da coordenação motora e do equilíbrio, podendo surgir sintomas vegetativos do tipo náuseas e vômitos, midríase e taquicardia. E segue-se uma terceira fase, caracterizada por confusão, sono profundo, podendo retroceder, ao fim de algumas horas, para o despertar, ou, de acordo com a quantidade ingerida,

progredir para o coma ou mesmo morte, passando por uma hipoglicemia secundária e alterações neurovegetativas como depressão respiratória, cardiocirculatória, hipotermia (Brasil, 2013).

II – Efeitos a longo prazo:

O consumo crônico conduz a alterações em vários órgãos e sistemas do indivíduo:

- Cérebro – atrofia cerebral e deterioração;
- Sangue – anemia, diminuição das defesas imunitárias;
- Coração – frequente hipertrofias e dilatação com insuficiência cardíaca, miocardiopatia, perturbações arteriais, fragilidade das paredes vasculares e hemorragias, hipertensão arterial;
- Aparelho digestivo – glossites, esofagites, gastrites, da síndrome de mal absorção intestinal, de hepatopatia (hepatite, esteatose, cirrose), de lesões pancreáticas agudas ou crônicas (inflamação, deterioração);
- Aparelho locomotor: perturbações musculoesqueléticas;
- Manifestações psíquicas: Irritabilidade, insônia, delírios por ciúmes, ideias de perseguição e, ainda mais graves, as encefalopatias com deterioração psicorgânica (demência alcóolica).
- Gravidez – o consumo habitual na mulher grávida pode originar síndrome alcoólica fetal, que surge com a ingestão de álcool nos primeiros meses de gravidez, caracterizada por atraso de crescimento global e anomalias morfológicas (Brasil, 2013).

O álcool induz a tolerância nos consumidores crônicos (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para se produzir o mesmo efeito desejado ou intoxicação) e dependência física ou psicológica. (Diehl, 2011).

A síndrome de abstinência ocorre com a redução ou com a interrupção súbita do consumo da substância no paciente consumidor dependente, surgindo entre as doze e as dezesseis horas seguintes à privação da bebida, inquietação, nervosismo e ansiedade. Várias horas depois, podem aparecer câibras musculares, tremores, náuseas, vômitos e grande irritabilidade. A partir do segundo dia de abstinência, nos casos mais graves surge o denominado “delírio tremem”, caracterizado por confusão mental, desorientação no tempo e no espaço, em relação a si e aos outros, uma clara desintegração dos conceitos, aparecimento de delírios, alucinações e fortes tremores (Mello, 2001).

2.2.3 Os Efeitos do Consumo de Álcool nas Relações Sociais e Familiares

Para Monteiro e Vilela (2013), a estigmatização sofrida pelos usuários de álcool e por aqueles que fogem dos padrões morais esperados é uma construção sócio-histórica e cultural que exerce influência sobre as atitudes, crenças e afetos que perpassam a relação entre profissional de saúde e usuário. É como se alguns sujeitos ficassem excluídos das ações em saúde em função da forma como decidiram levar suas vidas.

O estigma social, que acompanha o abuso de substâncias, também é mencionado por Martinez, Latorre e Fischer (2022), reforçando a necessidade de intervenções adequadas para mitigar esses efeitos.

O costume de compartilhar espaços para estabelecer encontros que podem levar ao consumo de bebidas alcoólicas, tem origem nos séculos passados e vem acompanhando a vida social e cultural. O consumo de álcool em casa (doravante, 'beber em casa') há muito faz parte da vida nos países ocidentais, beber em casa contribui consideravelmente para os danos relacionados ao álcool (Hands, 2018).

Em um artigo publicado por alunos da Universidade Estadual de Montes Claros-MG (UNIMONTES), que versa sobre o consumo de álcool e os conflitos familiares, evidenciou-se um resultado onde 50% de estudantes que consumiam bebidas alcólicas, apresentaram associação significativa com o vínculo familiar e social conflituoso, cujo consumo, favorecia os desentendimentos e distanciamento do convívio familiar. O referido estudo verificou que o uso de drogas e bebidas alcoólicas por parte dos pais e comportamento antissocial, são fatores de risco para o consumo de álcool e outras drogas nessa população e ainda, corroboram para esse consumo: as condições socioeconômicas e a vivência de violência doméstica. Os jovens são marcados por diversas falhas na estruturação pessoal, e por perturbações familiares ou pessoais, dessa forma, caminham precocemente em direção à marginalização, apresentando maior chance de serem usuários de álcool e outras drogas (Bucher, 2018).

A família e a escola são instituições as quais, o adolescente costuma ter os seus primeiros contatos com as drogas, ambientes onde há um vínculo afetivo associado. Entende-se que embora beber em casa possa ser considerado em algumas circunstâncias como uma prática social por si só, em outras ocasiões talvez seja melhor visto, como uma ação menor dentro de práticas sociais domésticas mais substanciais (IBGE, 2022; Munné, 2014).

O uso de substâncias psicoativas também pode ser analisado sob a perspectiva da codependência, um termo associado aos familiares e amigos da pessoa com dependência

química. Cyrino *et al.* (2016), afirmam que a família que tem experiência direta com o dependente químico pode envolver-se emocionalmente e desenvolver a codependência.

Os familiares podem ficar desolados pelo comportamento do dependente químico ao ponto de se sentirem paralisados, com pesar, culpa e incapazes de ajudar. Eles também podem se sentir envergonhados ao ponto de esconderem o problema e recusarem-se a discuti-lo com profissionais da área, ou até mesmo muito familiarizados com o sofrimento do dependente químico quando ele tenta parar, apresentando resistência nesse processo de abstinência.

Gozzi *et al.* (2017), destacam que os problemas mentais, muitas vezes decorrentes da dependência química, exercem um considerável impacto sobre os indivíduos, suas famílias e as comunidades onde vivem, comprometendo suas vidas cotidianas, expectativa de vida e participação social em atividades cotidianas.

As práticas cotidianas de consumo de adultos em suas casas têm sido amplamente negligenciadas, tanto pelos pesquisadores quanto pelas políticas (Callinan; Maclean, 2020; Hilton *et al.*, 2014).

Outros estudos também associam o uso indevido do álcool e demais drogas a outros problemas relevantes como violência doméstica, lesões corporais, prejuízos aos relacionamentos interpessoais e ressaltam os problemas de ordem ocupacional (Rocha, 2019).

Dentro desse contexto, tem sido revelado por estudiosos da saúde, movimentos de causas ambientais e direitos humanos, que para além dessas discussões, pesquisadores têm apontado que a persuasão do marketing irrestrito, potencializa a vulnerabilidade do consumidor e influencia a psique coletiva, conforme discutido por Mendonça, Kozicki e Coelho (2014). Ou seja, tão relevante quanto a produção ostensiva é o marketing que a sustenta e, atravessa a capacidade de decisão consciente das pessoas em uma sociedade cada vez mais pautada pelo consumo.

2.2.4 Indústria do Álcool

O marketing de álcool, comumente usados por empresas de bebidas alcoólicas vem direcionando suas ações com intuito de condicionar indivíduos com crenças positivas sobre beber e criando e expandindo ambientes onde o uso de álcool é socialmente aceitável e encorajado (Hastings *et al.*, 2005; Mckee *et al.*, 2011).

Em muitos países, a produção e venda de bebidas alcoólicas são uma atividade econômica importante e que gera lucros para produtores, anunciantes e investidores. Ela oferece

oportunidades de emprego para atacadistas e varejistas, atrai a moeda estrangeira nas bebidas exportadas e gera receitas fiscais para o governo.

A indústria do álcool é definida como um complexo empresarial multinacional que inclui os produtores de cerveja, vinhos e destilados, e uma grade rede de distribuidores, atacadistas e setores relacionados, como hotéis, restaurantes, bares e anunciantes. Além dos produtores de álcool, os interesses da indústria também têm sido tradicionalmente promovidos por grupos que lidam com questões comerciais como impostos, marketing e regulamentação. Centenas de associações comerciais com foco principal no álcool foram estabelecidas em todo o mundo, representando os interesses de cervejeiros, destiladores, enólogos, bartenders, importadores, atacadistas e da indústria hoteleira. (Carneiro, 2008)

O relatório da OMS em 2022, destaca o uso crescente de técnicas sofisticadas de marketing digital para promoção do álcool e a necessidade de uma regulamentação mais eficaz. O documento revela que jovens e bebedores pesados são cada vez mais visados pela publicidade do álcool, muitas vezes em detrimento da própria saúde (OPAS, 2022).

O álcool é uma importante fonte de vendas e lucros para os setores de viagens e hospitalidade, incluindo hotéis e restaurantes. Por essas razões, existem muitos interesses investidos que apoiam a continuação e o crescimento da produção e das vendas de álcool (Centro de informação sobre saúde e álcool, 2018).

As bebidas alcóolicas, principalmente o vinho e a cerveja, são consideradas produtos agrícolas em muitos países desenvolvidos. O vinho desempenha um papel especialmente importante nas economias de países como a França, Itália e Argentina. Embora a cerveja e as bebidas destiladas também tenham conexões claras com a agricultura, em muitos países essas atividades estão sob a jurisdição do ministério da indústria. Em contraste com a produção de vinho, nos países desenvolvidos, a cerveja e especialmente as bebidas destiladas são produzidas principalmente em grandes fábricas por empresas industriais. (Carneiro, 2008).

Os gastos do consumidor com bebidas alcóolicas normalmente geram receitas fiscais, o que torna esses produtos uma fonte popular de renda para os governos locais, estaduais e nacionais, porém o álcool também impõe custos econômicos à sociedade, incluindo assistência médica, policiamento (além de tribunais e prisões), prevenção do crime, danos à propriedade, danos causados por acidentes de trânsito, improdutividade no local de trabalho, desemprego e mortalidade prematura e esses custos superam muito quaisquer vantagens econômicas potenciais dos impostos sobre o álcool (Centro de informação sobre saúde e álcool, 2018).

O Econodata, consiste numa plataforma digital, que em parceria com grandes empresas do país, realiza a compilação de dados e organiza imensas quantidades de informações que dão suporte ao empreendedorismo, marketing e inovação no aporte financeiro de vendas de organizações do país. Dados do Econodata (2023), indicam que existem 5.890 fabricantes de bebidas alcoólicas no Brasil. As três maiores produtoras de bebidas alcoólicas no país produzem cervejas e chopes.

A Ambev hoje é a maior fabricante de cervejas do mundo, e nasceu em 1999, da união entre as centenárias Cervejaria Brahma e Companhia Antarctica. É uma empresa de capital aberto, sediada em São Paulo, com operações industriais ou comerciais em todo o Brasil e em diversos países das Américas. No total operamos em 16 países das Américas (Antígua, Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Cuba, Dominica, Guatemala, Nicarágua, Panamá, República Dominicana, Saint Vicent e Uruguai).

Por outro lado, apesar de possuírem um mercado menor, a produção de outras bebidas destiladas, como a aguardente de cana-de-açúcar, é relevante. O vinho, as aguardentes sem ser de cana de açúcar e as bebidas destiladas ocupam um lugar de menor destaque do que o das cervejas e chopes no mercado brasileiro de produção de bebidas alcoólicas, conforme demonstra o Quadro 2.

Quadro 2- Maiores Produtores de Bebidas Alcoólicas no Brasil.

NOME	FÁBRICA	FATURAMENTO (R\$)
Ambev	Cerveja e Chopes	68,2 bi
Cervejaria Petrópolis S.A.	Cerveja e Chopes	16,7 bi
HNK BR (Heineken) Indústria de Bebidas Ltda	Cerveja e Chopes	4,9 bi
Cia Müller de Bebidas	Aguardente de cana de açúcar	2,8 bi
Trapua Indústria de Bebidas	Aguardente de cana de açúcar	2,6 bi
Cervejarias Kaiser Brasil		2,1 bi
Cíber		1,6 bi
Cervejaria ZX S.A.	Cerveja e Chopes	1,3 bi
GFP Bebidas Ltda	Cerveja e Chopes	1,3 bi
Contini	Outras aguardentes e bebidas destiladas	1,1bi

Fonte: ECONODATA, 2023.

Em termos gerais, o uso abusivo de álcool pode ocasionar não somente prejuízos pessoais e familiares, mas também prejuízos no ambiente profissional, como diminuição na produtividade, aumento de absenteísmo (falta ao trabalho), maior probabilidade de acidentes de trabalho, entre outros. (Centro de informação sobre saúde e álcool, 2018).

Nesse contexto, Carmo *et al.* (2020), afirma que o uso abusivo de bebidas alcóolicas gera impacto tanto do ponto de vista da saúde quanto das relações sociais. Esse padrão de uso reflete expressivamente nas relações de trabalho, o que compromete a segurança do trabalho e diminui a produtividade, além de aumentar o índice de absenteísmo, independente do consumo ter ocorrido ou não no próprio local de trabalho, acarreta repercussões na produtividade geral e na força de trabalho (desencadeando o baixo desempenho na execução de tarefas, acidentes ou lesões, atendimento deficiente, alta rotatividade de funcionários e aumento nos custos de saúde.

2.3 O Sentido do Trabalho

Considerando que a grande importância do trabalho, pode ser explicada pelas diversas funções e sentidos que o trabalho exerce na vida das pessoas, como a possibilidade de relacionamento com outras pessoas o sentimento de vinculação proporcionado pelo trabalho, a sensação de utilidade na vida, uma maneira de se evitar o tédio e a possibilidade de desenvolver objetivos de vida, Goulart e outros (2013), consideram que condições de saúde mental como a depressão, o estresse e a ansiedade podem, de fato, estar relacionadas ao abuso de drogas (álcool, tabaco, calmantes e outros) e que essas condições são manifestações comuns nos processos de adoecimento associados ao trabalho.

Segundo a psicodinâmica do trabalho, o trabalhador, ao buscar no trabalho a fonte de prazer e realização e encontrar nele uma fonte de sofrimento e desgaste, entrará em conflito com a organização, pois no contexto de trabalho, a organização é a vontade do outro que se impõe sobre si. Na medida em que as pessoas internalizam suas expectativas confrontando-as com uma realidade discrepante, surge o conflito que incide negativamente no seu equilíbrio emocional. (Dejours, 1994).

Martinez, Latorre e Fischer (2022), corroboram com Carmo, quando alegam que o abuso de álcool pode resultar em aumento do uso dos serviços de saúde e dos custos associados, além de ser um dos principais fatores para absenteísmo, acidentes de trabalho, desemprego e afastamento precoce das atividades laborais.

Seligmann-Silva (2011), 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 pode vir a fortalecer a saúde mental ou até vulnerabilizá-la, ou mesmo, promover distúrbios que vão refletir no coletivo e no plano individual, e nesse sentido, uma das estratégias de defesa que podem ser utilizadas pelos trabalhadores para lidar com o sofrimento decorrente do trabalho ou como válvula de escape para suas dificuldades e problemas diários é o uso e ou abuso de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas, como evidenciado.

Isso também foi demonstrado por Brites e Abreu (2014, p. 94), em um estudo sobre o consumo de bebida alcoólica entre os trabalhadores de um serviço público:

Esse consumo, muitas vezes, é feito para se tentar fugir do sofrimento mental e da sobrecarga emocional, ligadas ou decorrentes das condições de trabalho e pela organização do trabalho imposta pela empresa, tornando o consumo uma saída, o que induz a quadros graves de dependência alcóolica.

Por fim, acredita-se que na importância da relação saúde x trabalho, é necessário que as organizações e os trabalhadores, busquem modificação das condições e ambientes de trabalho, na tentativa de torná-los mais saudáveis.

2.3.1 A Saúde do Trabalhador no SUS

A Saúde do Trabalhador (ST) configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos, humanos -, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos. Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância (Brasil, 2001).

A complexidade do processo saúde-doença, em especial nas adições, representa um desafio para as ações em saúde. Apesar das mudanças na formação acadêmica dos profissionais de saúde, com vistas a ações mais singulares, humanizadas e adequadas às necessidades dos sujeitos, algumas práticas continuam centradas no modelo biomédico e em procedimentos estruturados voltados para a dimensão biológica, para o controle dos riscos e para a cura das doenças.

A Medicina do Trabalho surgiu na Inglaterra junto da Revolução Industrial, durante o século XIX. Com a exploração da mão de obra feita por processos desumanos, os trabalhadores

das indústrias foram afetados por diversos tipos de doenças, o que exigiu intervenção médica dentro das empresas. A Revolução Industrial foi o principal acontecimento histórico que contribuiu para o aumento dos problemas de saúde relacionados com as atividades laborais ou atividades de trabalho (Gomez, 2018).

Pode-se inferir que no Brasil, a saúde do trabalhador começou a ser impulsionada na década de 1940, quando os problemas de saúde causados pelo trabalho começaram a ser estudados no país. Datando dessa mesma época, houve a criação da Associação de Prevenção de Acidentes do Trabalho. Em 1943, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) entrou em vigor, constituindo um importante marco no campo da proteção legal dos trabalhadores.

Ao longo das décadas de 50, 60 e 70, iniciaram-se algumas contribuições como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), posteriormente a existência do Serviço de Saúde Ocupacional. As políticas de saúde eram pensadas mais em termos de recuperação do que em prevenção de doenças. Para os trabalhadores formais, existia o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) — saúde e previdência andavam juntos. Para o restante da população, nenhuma garantia (Haag *et al.*, 2001).

O avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, durante os anos 1960/70, ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho. Essa nova forma de apreender a relação trabalho-saúde e de intervir no mundo do trabalho introduz, na Saúde Pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores, no bojo das propostas da Reforma Sanitária Brasileira. Configura-se um novo paradigma que, com a incorporação de alguns referenciais das Ciências Sociais - particularmente do pensamento marxista - amplia a visão da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, o novo pensamento sobre a ST obteve maior repercussão com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (Fundação Oswaldo Cruz, 2022).

Com a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foram divulgadas as experiências de implantação da Rede de Serviços de ST, então em andamento. Essa rede, anterior à promulgação do SUS, já incorporava princípios e diretrizes que depois seriam consagrados pela Constituição de 1988, tais como a universalidade, a integralidade e o controle social (Fundação Oswaldo Cruz, 2022).

E a partir da análise da Lei nº 8.080/90 fica evidente que, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), que é considerado um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, a saúde do trabalhador adquiriu visibilidade, ampliando as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde, superando a lógica até então predominante de que as

atividades e as ações de saúde nessa área eram práticas exclusivas de especialistas (Almeida *et al.*, 2013).

Articuladas às demais redes do SUS, em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com o objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador. Já com a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005 (Brasil, 2005), a RENAST passou a ser a principal estratégia da organização da Saúde do Trabalhador. Com isso, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e os Centros de Referências de Saúde do Trabalhador, os CEREST's (Municipais, Regionais e Estaduais), integram a RENAST, além dos demais serviços de saúde do SUS (Fundação Oswaldo Cruz, 2022).

No Brasil, as políticas públicas de saúde direcionadas para a temática do álcool e outras drogas estão articuladas ao campo da saúde mental. No que se refere, especificamente a essa demanda, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, com a proposta de realizar um cuidado integral e articulado na perspectiva da redução de danos (Oliveira; Jorge; Mariotti, 2017).

2.4 Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil

Referindo-se a políticas públicas, Saraiva (2006), apresenta que a forma que um governo aplica suas políticas públicas é parte integrada aos acontecimentos internacionais, as transformações sociais, e ao modelo econômico vigente do sistema capitalista. O século XX representa muito bem este aspecto, já que o sistema econômico capitalista em determinados momentos exige uma maior ação e planejamento pragmático do Estado para o desenvolvimento econômico e social, e por outros momentos se tornou mais flexível e agente estratégico para beneficiar outras esferas econômicas privadas para esta função.

O debate e a tomada de decisão em relação à política, no Brasil, partiram predominantemente de modelos estrangeiros. Nas últimas décadas, o país permaneceu e aprofundou uma política que tem como grande impulsionador os Estados Unidos, que através de métodos punitivos e de demonização do contexto de algumas drogas, tem como grande objetivo a abstinência do uso e o combate a oferta de determinadas substâncias psicoativas pelo mundo (Saraiva, 2006).

Em um recorte de política pública social e mais especificamente quanto a Política Pública de Drogas no Brasil, esta é um conjunto de ações governamentais que tem como base

no controle da circulação, venda e consumo de substâncias psicoativas, como também a administração da saúde e dos direitos do usuário de drogas.

O tema do uso de álcool e outras drogas, no Brasil, esteve por muito tempo associado à criminalidade e à violência e sob a responsabilidade da justiça e da segurança pública. As ofertas de tratamento eram comumente vinculadas às práticas de exclusão social, em instituições psiquiátricas ou religiosas (comunidades terapêuticas) com foco na abstinência total (Brasil, 2012).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciado na década de 1970, se opôs às formas de tratamento hospitalar que desrespeitavam os direitos humanos dos internos. Conjugado ao movimento pela Reforma Sanitária, na mesma época, trouxe avanços e desafios para a atenção aos portadores de sofrimento mental.

No Brasil, o modelo sanitário caracterizava-se primeiramente, em relação ao consumidor de drogas, pela utilização de técnicas higienistas com a atuação de autoridades policiais, sanitárias e judiciais, onde o dependente era tratado como doente através de métodos similares aos utilizados nos casos de febre amarela e varíola, época na qual este indivíduo não era criminalizado, mas estava sujeito a internação compulsória mediante decisão judicial acompanhada de parecer médico (Peixoto, 2019).

Em 2001, a partir da lei federal n. 10.216, a Reforma Psiquiátrica ganhou status de política oficial do SUS. A alternativa ao modelo hospitalocêntrico e excludente foi a constituição gradativa de uma rede de atenção psicossocial, de base comunitária e territorial, composta por serviços de características variáveis, que trabalha em conjunto com a Atenção Primária à Saúde (APS). Iniciou com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e vem se consolidando com os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), os Centros de Convivência (Cecos), as enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, os Consultórios de Rua e as Casas Transitórias ou de Passagem (Brasil, 2011).

Contrária às práticas de exclusão e à ideia da abstinência total como solução, a Política para Álcool e Drogas do Ministério da Saúde, reitera a responsabilidade pelo cuidado integral aos usuários de álcool e outras drogas apostando na redução de danos, na capacitação dos profissionais, na diminuição do estigma e na construção de uma relação terapêutica singular (Brasil, 2019).

No entanto, a chegada dos usuários com sofrimento mental e dos usuários de álcool e drogas aos serviços da atenção primária, tem provocado nos profissionais respostas estigmatizantes e pouco acolhedoras, e trazido à tona evidências de conhecimentos

insuficientes, o que reitera o despreparo e a desinformação sobre a complexidade do tema (Brasil, 2003; Vargas, Bittencourt e Barroso, 2014).

As políticas públicas de drogas no Brasil, para o controle de álcool e outras drogas, são divididas em duas categorias: Política de alocação são as que promovem um recurso a um grupo ou organização específicos, de forma a obter determinados objetivos de interesse comum e as Política regulatórias: procuram influenciar comportamentos e decisões dos indivíduos por meio de ações mais diretas (Brasil, 2013).

De forma objetiva, trazemos a cronologia das leis de drogas no Brasil. (Quadro 3):

Quadro 3 – Cronologia das Leis sobre Drogas no Brasil

Data	Tipo
1915	O decreto 11.481 de 10 de fevereiro de 1915 foi resultado das Convenções Internacionais do Ópio, droga bastante difundida entre os séculos XIX e XX. Esta foi a primeira legislação específica de proibição do uso de drogas tornadas ilícitas no Brasil.
1921	O decreto 4.294 de 1921, que era formado por 13 artigos, aumentou a repressão às drogas tornadas ilícitas, acrescentando mais drogas ao rol de substâncias que passaram a serem proibidas.
1938	Durante o Estado Novo, em 1938, foi outorgado o Decreto-Lei nº 891, que inaugurou um período de recrudescimento e combate ao tráfico de drogas, com ações de fiscalização
1940	O Código Penal, outorgado entre 1940 e 1941, previu de forma específica o crime de tráfico e de posse de substâncias com efeito entorpecente, aplicando a sanção de prisão de 1 a 5 anos para os infratores deste dispositivo
1976	Em 1976, foi aprovado a lei 6.368 que determinava as chamadas “medidas de prevenção e de repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica”.
1980	Decreto 85.110/80 institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e normatiza o CONFEN (Conselho Federal de Entorpecentes).
1988	Com a redemocratização do Brasil em 1988, e uma nova Constituição Federal, surge o Sistema Único de Saúde (SUS) como direito de todos e dever do estado. O tráfico de drogas recebeu, constitucionalmente, status equiparado ao de crime inafiançável e insuscetível de graça ou anistia (art. 5º, XLIII).
1990	Lei de crimes hediondos (Lei 8.072/90) traz o recrudescimento ao crime de tráfico de drogas.
1993	Lei 8.764/93, é criada a Secretaria Nacional de Entorpecentes
1998	Início das reais políticas nacionais sobre drogas. Aqui o Brasil inicia uma política específica para redução da demanda e da oferta de drogas. CONFEN (Conselho Federal de Entorpecentes e CONAD (Conselho Nacional Anti Drogas).
2002	Decreto Presidencial 4.345/02, institui a Política Nacional Anti Drogas. (Estabelece objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas.

2003	Surge a publicação da Política do Ministério da Saúde, para a Atenção integral aos Usuários de álcool e outras drogas, tendo a REDUÇÃO DE DANOS, como estratégia de saúde pública.
2006	Publicada em 23/08/06, a Lei 11.343/06, que revoga a Lei 6.368 de 1976.
2010	Portaria 693/10, habilita os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Portaria GM/MS nº 4.066/10, estabelece recursos a serem destinados aos Serviços Hospitalares de Referências para Atenção Integral aos Usuários de Crack e outras Drogas.
2012	Portaria 130/12- Redefine o Centro de Atenção Psicossocial e Álcool e outras drogas (CAPS AD, I, II, III, CAPS Infantil) com atendimentos diversificados para adultos, jovens e crianças, população com transtornos mentais severos e persistentes; população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas.
2019	Decreto nº 9.761/19 aprova a PNAD – Plano Nacional de Políticas sobre drogas
2019	Lei 13.840/19 sancionada em 5 de junho de 2019, trouxe várias inovações na Lei sobre Drogas. Dentre as inovações implementadas por esta Lei, existe a previsão expressa de elaboração do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad), em parceria com Estados, Distrito Federal e Municípios. Esse plano deverá ter a vigência de cinco anos, e contempla a área de redução da demanda, a área de redução da oferta e a gestão da política, contemplando tanto drogas ilícitas, quanto drogas lícitas.
2022	O Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (Planad) estabeleceu ações para combater o tráfico de drogas e cuidar dos usuários com foco na reinserção social e no tratamento humanizado. O Planad determina que as forças de segurança ampliem o trabalho de repressão ao tráfico de ilícitos, e os demais órgãos incluam o tratamento de dependentes em programas que geram oportunidades de trabalho, a exemplo dos centros de recuperação que acolhem os dependentes químicos.

Fonte: a própria autora

Vale ressaltar que a Política Nacional de Drogas - PND é realizada por intermédio do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, foi instituído pela Lei nº 11.343/06, cuja instância máxima é o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD. Esse sistema busca dividir as competências entre os entes federativos, ao mesmo tempo em que objetiva conferir sinergia às ações da política de drogas por meio do planejamento e da coordenação inter federativa e intersetorial, tendo como propósito, a criação de medidas para a prevenção do uso de drogas e reinserção do usuário e dependentes, bem como, estabelecimento de normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.

Os documentos do SISNAD e a Política Nacional de Drogas são as principais diretrizes nacionais que norteiam as Políticas Públicas de Drogas no Brasil, sendo deliberada e gerida por três grandes segmentos dentro do Estado, e ela fica dividida entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério da Justiça. Estes não possuem poderes iguais perante a

política, e atendem de formas distintas no que se trata de métodos, áreas de atuação e poderes de deliberação (Peixoto; Silva; 2019).

A lei 11.343/06 encontrou um ambiente propício para surgir dentro de um molde mais preventivo, muito embora tenha mantido e em certos aspectos inclusive aumentado a repressão proibicionista. Cumpre destacarmos que a nova lei não descriminalizou o uso de drogas. Ela, em verdade, despenalizou o uso de drogas no sentido de que o usuário de drogas não pode mais ter aplicada contra si a pena de prisão, e sim sanções de advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade ou medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo.

Já as alterações promovidas pela Lei nº 13.840/2019, que modificou a Lei nº 11.343/2006, bem como pelos Decretos nº 9761/2019 e nº 9926/2019 estabeleceram a necessidade de implementação de um Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD). Ao contrário da Política Nacional de Drogas (PNAD), que possui diretrizes, pressupostos e objetivos gerais, o plano é um instrumento de articulação intersetorial e inter-federativa para o estabelecimento de objetivos estratégicos, metas e compromissos com prazos definidos para sua implementação. No PLANAD, desta forma, existe uma ênfase em se conferir concretude à PNAD.

Quanto às Políticas Públicas do Estado de Minas Gerais, elas são voltadas para quatro principais diretrizes:

- I - Atenção ao dependente químico;
- II - Assistência social especializada;
- III - Mobilização da comunidade;
- IV- E debate sobre Drogas com a população a partir de informações baseadas cientificamente.

O Centro de Referência Estadual de Álcool e Outras Drogas (CREAD) localizado no centro da Capital Belo Horizonte, é outra estratégia utilizado pelo Estado de Minas Gerais (Peixoto; Silva, 2019). No Estado de Minas Gerais, também existem diversas políticas, projetos e marcos legais sobre drogas, implementados pela própria subsecretaria de Políticas sobre Drogas e pelas secretarias de Saúde, de Educação e de Segurança Pública. Um exemplo disso é a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD), de 2016, que possui como diretriz a lógica da redução de danos para reduzir as vulnerabilidades de risco social, individual, comunitário decorrentes do uso/abuso de drogas.

No município de Uberlândia, a Secretaria Municipal de Saúde atua em paralelo com a Secretaria Municipal de Prevenção às Drogas nas Políticas Públicas de Drogas no município de Uberlândia. A Secretaria Municipal de Saúde atende os princípios estabelecidos pelo SUS, Política Nacional de Saúde Mental e Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, e da Coordenação Estadual de Saúde Mental. Ou seja, a Secretaria está em consonância para atender a população usuária pelos métodos aplicados pelo SUS e da Reforma Psiquiátrica, na qual utiliza de diversos serviços em Saúde para usuários e familiares fornecidos pelas Unidades de Atendimento Integrado (UAI), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD), Unidades Básicas de Saúde (UBS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF), como também em unidades especializadas no assunto da própria Secretaria de Municipal de Saúde (Peixoto; 2019).

Com relação à Política sobre drogas, dentro da Universidade Federal de Uberlândia, não há algo implementado efetivamente. Em 13/01/2024, foi realizada uma reunião da Comissão sobre Álcool e outras Drogas (CAD), criada para formular uma proposta de política sobre o assunto na instituição. Sob a presidência do Prof. Leonardo Barbosa e Silva, diretor da Diretoria de Assuntos Estudantis, foi deliberado pela necessidade de se pensar em uma política unificada sobre álcool e outras drogas, cuja meta do grupo, seria apresentar uma proposta, a partir de um determinado diagnóstico, ao Conselho Universitário para deliberação.

A comissão, criada no dia 20 de dezembro de 2013, é formada por cerca de 20 integrantes das comunidades interna e externa com envolvimento direto com a temática, como profissionais da área da saúde, representantes dos seguimentos da universidade (estudantes, técnicos e docentes), da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e militantes – entre eles um indicado pelo movimento “Marcha da maconha”. “É uma comissão eclética. São pessoas que têm abordagens muito diferentes sobre o tema, mas que podem ajudar a formular uma política sobre álcool e outras drogas e segurança no campus, que podem ajudar a repensar a nossa resolução sobre as festas, a melhorar a relação com a polícia, com o Ministério Público”, enumera Barbosa e Silva, professor do Instituto de Ciências Sociais da UFU e ex-aluno da instituição.

Recentemente, foi aprovada a Resolução CONSUN Nº 89, de 02/09/2024, onde o Conselho Universitário da UFU, instituiu a Comissão de Estudos para Redução de Danos sobre o uso de Álcool e outras Drogas na Universidade Federal de Uberlândia.

Por fim, tivemos recentemente no Plenário do Senado aprovado em 2 turnos, a votação, da PEC sobre drogas, a PEC 45/2023 insere no art. 5º da Constituição a determinação de que é

crime a posse ou porte de qualquer quantidade de droga ou entorpecente “sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar”.

A proposta de emenda à Constituição prevê a criminalização do porte e posse de substância ilícita entorpecente (que são aquelas ditas pela administração pública como tais) e faz a ressalva da impossibilidade da privação da liberdade do porte para uso; ou seja, o usuário não será, jamais, penalizado com o encarceramento, não há essa hipótese. O usuário não pode ser criminalizado por ser dependente químico; a criminalização está no porte de uma substância, tida como ilícita, que é absolutamente nociva por sua própria existência (Brasil, 2024).

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

3.1 Objetivo Geral

Conhecer o nível de consumo do álcool entre os servidores da Universidade Federal de Uberlândia que participaram da pesquisa.

3.2 Objetivos Específicos

- 1) Aplicar o instrumento AUDIT, como forma de rastreamento ao consumo de álcool, entre os servidores da Universidade Federal de Uberlândia, cujo resultados poderão contribuir com o desenvolvimento de políticas institucionais voltados para a prevenção e promoção à saúde.

- 2) Avaliar o nível de consumo de álcool apresentado pela população pesquisada, dando maior relevância ao uso nocivo e provável dependência.

4 METODOLOGIA

O objetivo deste capítulo é descrever a metodologia aplicada na pesquisa, com o intuito de apresentar os instrumentos utilizados para maior compreensão dos resultados.

4.1 Tipo de Estudo

No estudo proposto optou-se pela pesquisa de campo com abordagem quantitativa, de caráter exploratório descritivo.

Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, analisando diferentes posições doutrinárias acerca da dependência química, com ênfase no uso do álcool.

A abordagem quantitativa, por sua vez, ressalta o coletivo, buscando explicações científicas, é aquela que não se interessa pelo singular ou individual, mas pelas características predominantes de um grupo. Por esta perspectiva, a informação científica significa quantificar, mesmo sabendo-se que “ordem e regularidade só podem ser estabelecidas, de forma aproximada, em termos médios e sobre um grande número de indivíduos”. (Minayo; Sanches, 1993, p. 241).

4.2 Método da Pesquisa

O método de pesquisa utilizado, foi a aplicação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), exposto no Apêndice C, que consiste num instrumento criado pela Organização Mundial de Saúde com o objetivo de avaliar o consumo de álcool. A primeira publicação do AUDIT deu-se em 1989, desde então os resultados positivos de sua aplicação permitiram sua consolidação e expansão em dezenas de países. O AUDIT possui 10 questões que abordam três domínios: Padrão de consumo de álcool (perguntas acerca da frequência de uso; quantidade em um dia típico; frequência de beber pesado); Sinais e sintomas de dependência (perguntas acerca da dificuldade de controlar o uso; aumento da importância da bebida; beber pela manhã); Problemas decorrentes do uso do álcool (perguntas que abordam o sentimento de culpa após o uso de álcool; esquecimentos após o uso; lesões causadas pelo uso do álcool; preocupações despertadas em terceiros devido ao uso de álcool). (Babor *et al.*, 2003).

Cada questão deste instrumento possui valores de zero a quatro pontos, com pontuação total em dez questões de até 40 pontos. De acordo com a pontuação atingida classifica-se o uso da substância em quatro Zonas: Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos; Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos. A classificação em Zonas permite a adoção intervenções específicas para cada indivíduo: na Zona I sugere-se Educação para o uso de álcool; na Zona II Aconselhamento; na Zona III Aconselhamento, psicoterapia e monitoramento contínuo; na Zona IV Encaminhamento para o especialista para avaliação diagnóstica e tratamento (Babor *et al.*, 2003).

O AUDIT, portanto, é um instrumento que permite uma melhor compreensão dos padrões de consumo de álcool, por sua compatibilidade cultural e aplicabilidade internacional, a fim de identificar os padrões de uso de álcool, podendo ser utilizado como um precursor de intervenções terapêuticas por profissionais de saúde. (Brasil, 2004)

4.3 Instrumento para a Coleta de Dados

A seleção do instrumento metodológico é uma das fases mais importantes de um estudo e está diretamente relacionada com o problema a ser estudado, e sua escolha dependerá de vários fatores e elementos relacionados com a investigação, sendo um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas (Lakatos; Marconi, 2010).

O instrumento de coleta de dados utilizados nesta pesquisa, foi um questionário estruturado e adaptado, com 20 (vinte) perguntas, dividido em duas etapas:

a) Informações sociodemográficas e profissionais, cujas variáveis se distribuíram da seguinte forma: sexo, idade, estado civil, etnia, cargo na instituição, escolaridade, religião, campus de origem, tempo que trabalha na instituição, autopercepção de sua saúde (ver Apêndice B);

b) AUDIT, cujo questionário auxilia na identificação de quatro diferentes padrões de consumo: uso de baixo risco, uso de risco, uso nocivo e provável dependência (Apêndice C).

4.4 Local e População do Estudo

O campo de estudo da atual pesquisa, foi a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), uma fundação pública, integrante da Administração Federal indireta, vinculada ao Ministério da Educação (MEC) cuja sede fica na cidade de Uberlândia-MG, região Sudeste do Brasil, é uma fundação pública, integrante da Administração Federal Indireta, que atualmente, conta com mais seis *campi* nas cidades de Ituiutaba-MG, Monte Carmelo-MG e Patos de Minas-MG. (Figura 3).

Figura 3- Localização dos Campi da Universidade Federal de Uberlândia



Fonte: Universidade Federal de Uberlândia, 2023.

A UFU é a principal referência em ciência e tecnologia de uma ampla região do Brasil Central, que engloba o Triângulo Mineiro, o Alto Paranaíba, o noroeste e partes do norte de Minas, o sul e o sudoeste de Goiás, o norte de São Paulo e o leste de Mato Grosso do Sul e do Mato Grosso.

Para o início da pesquisa, solicitamos oficialmente à Divisão de Estruturação de Dados e Informações (DIEDI), da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da UFU os dados quantitativos referentes ao total de servidores com vínculo ativo permanente com a instituição. (Quadro 4)

Quadro 4 – Quantidade de Servidores Ativos Permanentes da UFU em 2022.

Município	Campi	Quantitativo/servidores
Uberlândia	Umuarama	2.326
Uberlândia	Santa Mônica	2.068
Uberlândia	Educação Física/ESEBA	177
Ituiutaba	-----	221
Monte Carmelo	-----	79
Patos de Minas	-----	60
Total		4.931

Fonte: Própria autora, 2024.

4.5 Cálculo Amostral

Para a realização do cálculo amostral, utilizamos o recurso da amostra aleatória simples (AAC) através da ferramenta Programa R do Windows 10, que considerando uma margem de erro de 5%, com intervalo de confiança de 95% para os testes estatísticos que serão aplicados, nos revelou a necessidade de participação mínima de 370 (trezentos e setenta) servidores, para que se alcance o objetivo da pesquisa. (N=370).

A amostra total foi constituída de 515 servidores, sendo 316 (61,3%) mulheres e 199 (38,6%) homens.

4.6 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão estabelecidos foram possuir o vínculo ativo permanente com a instituição e a concordância em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto aos critérios de exclusão estabelecidos foram: servidores aposentados; funcionários de fundações ou empresas terceirizadas que prestam serviços na UFU, e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa, com a recusa através do TCLE.

4.7 Ferramentas de Aplicação

O instrumento de coleta de dados, foi um questionário adaptado, elaborado pela ferramenta GOOGLE FORMS, sendo está uma plataforma de serviço e gerenciamento de pesquisas online gratuitas, onde os usuários podem produzir pesquisas de múltipla escolha,

avaliações em escala numérica, questionários e formulários de registro.

A forma de envio do referido questionário aos pesquisados, foi através da interface digital SOUGOV do Governo Federal, que permite o encaminhamento de documentos e informações, ao e-mail institucional de cada Servidor Público Federal.

4.8 Aspectos Éticos e Legais

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi encaminhado a cada participante, informando sobre a legitimidade do estudo, e esclarecendo que era opcional a participação do servidor e ainda todas as garantias foram dadas a cada participante, sobre o anonimato na preservação dos dados e divulgação dos resultados, conforme Apêndice A. Uma cópia do documento foi oferecida aos respondentes informando o contato do pesquisador responsável e do Comitê de Ética e Pesquisa da UFU para o esclarecimento de dúvidas,.

Concernente aos riscos, embora a pesquisa não utilize métodos danosos à dimensão física, psíquica, intelectual, moral, social, cultural ou espiritual do participante, existia o risco mínimo da identidade do mesmo ser revelada. Contudo, os pesquisadores assumiram o compromisso de preservar rigorosamente anonimato, garantindo que nenhum dado, que pudesse identificar qualquer participante, seria divulgado sob qualquer circunstância.

Dessa forma, os pesquisadores foram os únicos a terem acesso aos dados e todas as providências foram tomadas para a manutenção total do sigilo. A identidade do participante não foi revelada em nenhum momento, sendo o mesmo identificado através de um código criado aleatoriamente pelo pesquisador sem relação com o seu nome ou quaisquer outros dados.

4.9 Recursos Operacionais

Foi realizada uma busca dos órgãos competentes da UFU para o encaminhamento dos questionários aos servidores. Após consulta feita ao Centro de Tecnologia da Informação, Divisão de Pessoal e Diretoria de Comunicação, obtivemos a devolutiva de que a Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor, seria o órgão responsável por fazer tal encaminhamento, através da plataforma SOUGOV.

Para a concretização das visitas a Campi, foram utilizados recursos financeiros próprios pela pesquisadora e, pode se contar com a colaboração da Pró Reitoria de Assuntos Estudantis

(PROAE), Divisão de Transportes e setor de Obras da UFU, no sentido de obter a concessão de carona solidária, pelos meios de transporte da UFU.

Após o envio dos questionários, uma das limitações observadas na coleta de dados desse trabalho foi a dificuldade de devolução do instrumento de pesquisa respondido, a partir de então, foram iniciadas visitas a campo, meio pelo qual, pode-se realizar melhor divulgação do estudo e com isso, a obtenção de um maior número de participação dos servidores, para o alcance dos objetivos.

Em cada Campus visitado, pode-se contar com o acolhimento e colaboração por parte dos servidores, que prontamente se dispuseram a auxiliar na divulgação da pesquisa, nos grupos de WhatsApp e redes sociais privadas, para obtenção de um maior número de respostas.

Em seguida, foram realizadas visitas nos campi de Uberlândia, iniciadas pelo Hospital de Clínicas, cujos setores foram: Cirúrgicas I, II, III, Ginecologia e Obstetrícia, Maternidade, Pediatria, Setor de Moléstias Infecciosas, Radiologia, Cardiologia (subsolo – setor de exames), UTI, Hospital do Câncer e Ambulatório Amélio Marques.

No Campus Santa Mônica, foram visitados os Institutos de Geografia, Economia, Ciências Sociais, TV Universitária, Diretoria de Comunicação, Setor Gráfico, e as secretarias de institutos, que serviram de apoio no sentido de divulgação da pesquisa.

Com relação às fazendas, foram visitadas o Campus Glória e Água Limpa.

Essas visitas produziram o efeito mobilizador à participação dos servidores o que acabou por resultar em um número expressivo de respostas à pesquisa, e assim nos possibilitou prosseguir para o alcance dos objetivos propostos, obtendo no total 515 respondentes validados.

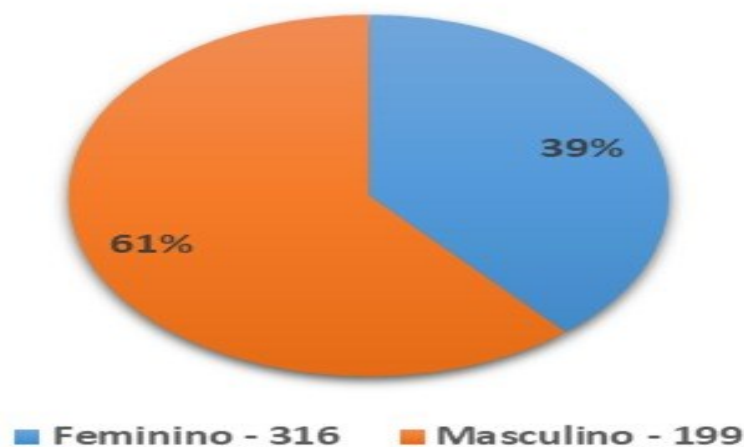
5 RESULTADOS

A pesquisa foi desenvolvida mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) seguindo os preceitos da resolução 466 de 2012 e 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, cuja aprovação se deu em 11/08/2022, conforme parecer consubstanciado n. 5.577.614 - CAAE n°. 59380722.0.0000.5152, que se encontra no Anexo A.

As análises descritivas feitas a seguir, estão divididas em 3 etapas, que contemplam as variáveis sociodemográficas, variáveis dos dados funcionais e em seguida, as questões do AUDIT, cujas questões, faremos análise do somatório total, trazendo os escores e os percentuais de consumo de álcool, apresentados pela pesquisa.

5.1. Descrição das Variáveis Sociodemográficas

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes quanto ao Gênero. UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Observa-se que os resultados indicam a predominância de mulheres, com 316 participantes do sexo feminino e 199 do sexo masculino. Esse achado está alinhado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013 e 2019, que aponta uma tendência de aumento no consumo de álcool entre mulheres. Conforme essa diferença de consumo entre os gêneros aumenta, as complicações associadas ao consumo de álcool em mulheres, como

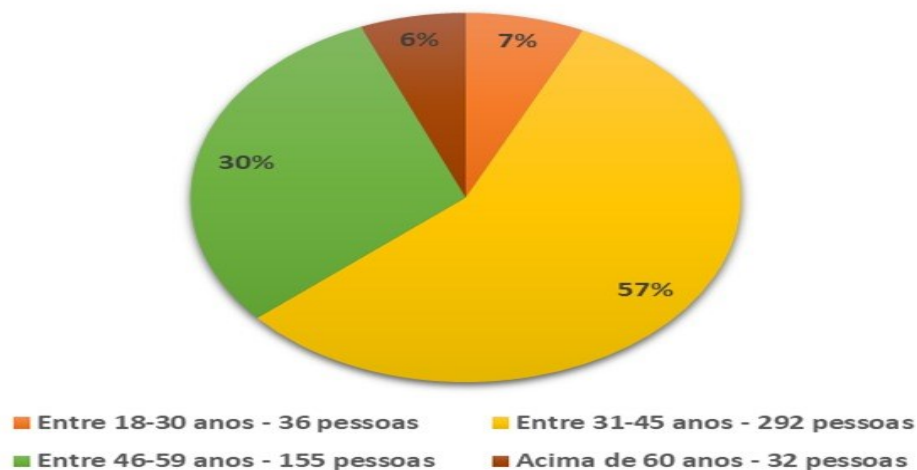
Silva *et al.* (2022), ao citarem o estudo qualitativo de Rodríguez, Moreno e Gómez (2019), destacam que a incorporação do consumo de bebidas alcoólicas na rotina feminina nas

últimas décadas está relacionada à maior inserção das mulheres em espaços de lazer e práticas anteriormente vistas como tipicamente masculinas. O estudo da Pan American Health Organization (2020) também ressalta o aumento da exposição das mulheres ao marketing de bebidas alcoólicas, especialmente de produtos voltados para o público feminino, como bebidas doces e efervescentes.

Por fim, observa-se uma mudança cultural, maior presença e importância das mulheres no mercado de trabalho e sua emancipação financeira e social, e com isso sua ocupação nos mesmos espaços que os homens, desde o ambiente corporativo até ao bar do *happy hour*, juntamente com uma maior aceitação do beber entre mulheres.

Esse resultado também está de acordo com o perfil da população mineira visto que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria (51,24%) era do sexo feminino em 2022, o que corrobora com o montante de servidores da UFU, que em outubro/2023 era representado por 2.515 mulheres e 2.237 homens, segundo dados fornecidos pela Divisão de Estruturação de Dados e Informações da UFU.

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes quanto à faixa etária. UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

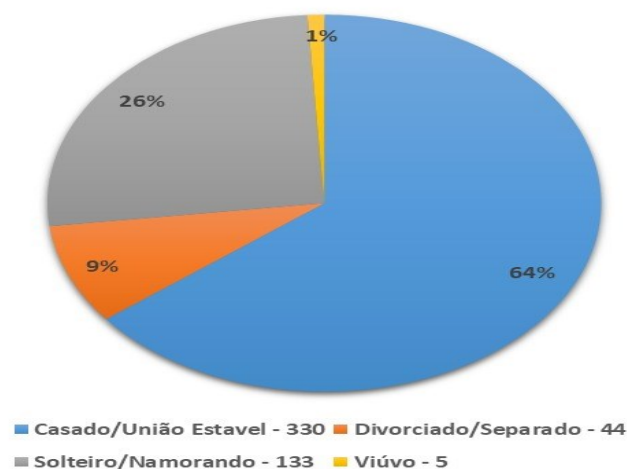
A análise da faixa etária dos 515 participantes revela uma predominância significativa de adultos entre 31 e 45 anos (292 pessoas, 56,70% da amostra), seguida pelo grupo de 46 a 59 anos (155 pessoas, 30,10%), enquanto as faixas etárias de 18 a 30 anos (36 pessoas, 7,01%) e acima de 60 anos (32 pessoas, 6,21%) são menos representativas, respectivamente. Esse padrão reflete o perfil típico de trabalhadores no Brasil, em que a força de trabalho é composta majoritariamente por adultos em idade produtiva.

Conforme destacado por Martinez, Latorre e Fischer (2022), a faixa etária predominante no estudo (31-45 anos) demanda maior atenção, uma vez que coincide com o grupo etário mais vulnerável ao desenvolvimento da síndrome de dependência alcoólica. Nessa fase da vida, o consumo abusivo de álcool pode resultar em graves consequências para a saúde física e mental, incluindo o aumento do risco de doenças crônicas, como cânceres, doenças hepáticas e respiratórias. Além disso, os transtornos mentais, como depressão, ansiedade e transtornos de humor, são frequentemente associados ao abuso de álcool, afetando o desempenho acadêmico e laboral dos indivíduos.

A literatura também aponta que o consumo excessivo de álcool nesta faixa etária contribui para o aumento do absenteísmo, a queda da produtividade no trabalho e o risco de acidentes de trabalho, além de elevar o custo dos serviços de saúde devido ao uso frequente e prolongado desses recursos. Outro ponto de destaque é o afastamento precoce do trabalho, o que agrava a situação de desemprego e reforça o estigma social associado ao abuso de substâncias.

Essa distribuição etária ressalta a necessidade de políticas públicas e estratégias de saúde voltadas à prevenção e tratamento do uso nocivo de álcool entre trabalhadores, especialmente aqueles na faixa etária de 31 a 45 anos, que representam uma parte significativa da força de trabalho ativa no Brasil e, portanto, estão diretamente envolvidos nas consequências socioeconômicas do consumo abusivo de álcool.

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes quanto ao Estado Civil. UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

A amostra é composta majoritariamente por pessoas casadas ou em união estável (330), seguidas por solteiros ou namorando (133), divorciados ou separados (44), e viúvos (5). Esses dados estão em consonância com o estudo de Andrade (2020), que define casados ou em união estável como pertencentes a um “grupo protetivo”, uma vez que o estado civil é identificado como uma variável associada ao consumo abusivo de álcool.

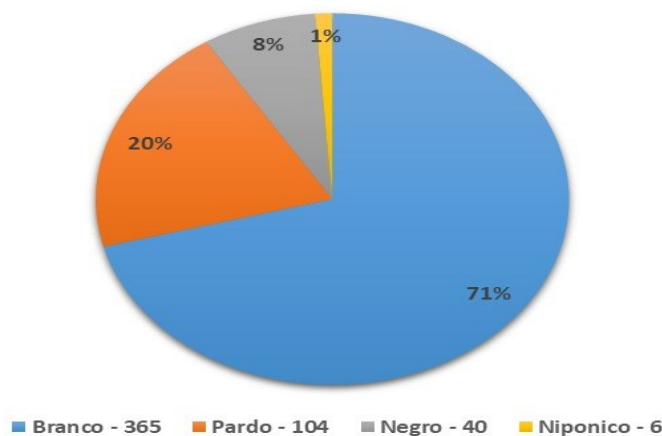
Segundo Andrade (2020), os solteiros têm 1,6 vezes mais chances de praticar o consumo abusivo de álcool do que os casados ou em união estável. Esses achados estão alinhados à literatura que sugere que o casamento e os relacionamentos estáveis podem exercer um efeito protetor contra o uso nocivo de álcool, devido ao suporte emocional e ao compromisso mútuo que essas relações proporcionam.

Ainda que a proporção de divorciados (44) e viúvos (5) na amostra seja menor, esses grupos também demandam atenção. Estudos sugerem que indivíduos que passaram por separações ou perdas, como o divórcio ou a viuvez, podem enfrentar maior vulnerabilidade emocional, o que pode levar a um aumento no consumo de álcool, conforme indicado por Silva *et al.* (2020).

Portanto, a predominância de casados ou em união estável na amostra pode indicar um fator protetivo em relação ao consumo abusivo de álcool. No entanto, é importante que políticas de prevenção e intervenção considerem especialmente os solteiros e os divorciados, grupos que podem estar mais expostos ao consumo excessivo, como sugerido por Andrade (2020) e Silva *et al.* (2020).

Gráfico 4 - Distribuição dos participantes quanto a cor da pele autorreferida.

UFU/PPGSAT/2024



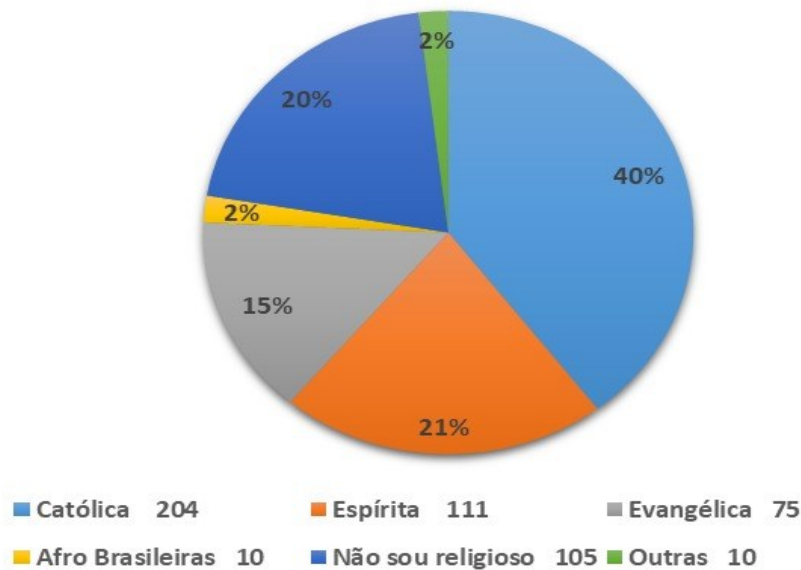
Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

A análise da cor da pele autorreferida indica uma predominância de participantes que se identificam como brancos (365, 70,87%), seguidos pelos pardos (104, 28,49%), negros (40, 7,77%) e nipônicos (6, 1,16%). A prevalência de pessoas que se identificam como brancas, 70,87%, pode ser um reflexo da composição demográfica da amostra. Destaca-se pesquisas de Silva (2022), que estudos anteriores mostraram que as maiores prevalências de consumo abusivo de álcool estão frequentemente associadas a indivíduos que se identificam como negros, em comparação àqueles que se identificam como brancos. Portanto, na presente amostra, composta majoritariamente por pessoas que se autodeclaram brancas, é possível que o padrão de uso de álcool seja influenciado por esse perfil demográfico.

Além disso, a diferença nas prevalências de consumo de álcool entre os grupos pode estar relacionada às desigualdades socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde. Segundo Silva *et al.* (2022), vulnerabilidades relacionadas ao uso de substâncias podem ser exacerbadas por fatores como preconceito racial, discriminação e violência, que afetam de maneira desproporcional indivíduos de cor preta e parda. Dessa forma, os grupos raciais minoritários, especialmente os pretos e pardos, podem enfrentar desafios adicionais em relação ao uso nocivo de álcool, o que reflete a complexidade da relação entre raça/cor da pele e consumo de substâncias.

Portanto, a predominância de pessoas que se identificam como brancas na amostra pode influenciar os resultados, mas não reflete plenamente a diversidade racial da instituição, o que sugere a necessidade de uma maior representatividade em estudos futuros para uma compreensão mais ampla das características sociodemográficas e do consumo de álcool. A correlação entre cor da pele e padrões de consumo de álcool, como indicado por Silva *et al.* (2022), reforça a importância de considerar fatores raciais ao formular políticas de prevenção e intervenção.

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes quanto à religião. UFU/PPGSAT/2024

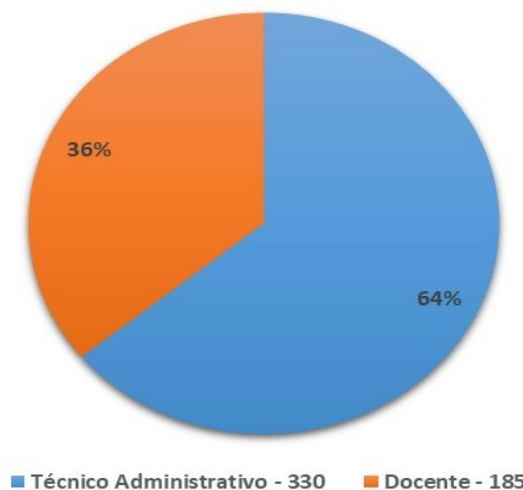


Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

A análise do gráfico indica uma prevalência significativa de pessoas que se identificam com alguma religião. Atualmente, estudos que exploram a interface entre saúde e espiritualidade/religiosidade (E/R) apontam que esses fatores podem atuar como protetores no manejo de diversas condições clínicas, independentemente da patologia. De acordo com Granjeiro e Almeida (2017), entre adolescentes, a E/R influencia não só o início do uso de substâncias psicoativas, mas também a redução do consumo e até a abstinência.

Embora nossa amostra não inclua adolescentes, a predominância de participantes que se identificam como religiosos pode desempenhar um papel semelhante como fator protetivo contra o consumo de álcool. Contudo, vale ressaltar a escassez de estudos que relacionam o consumo de álcool e a E/R na população adulta, uma lacuna apontada por Granjeiro e Almeida (2017), o que reforça a necessidade de mais investigações nesse campo.

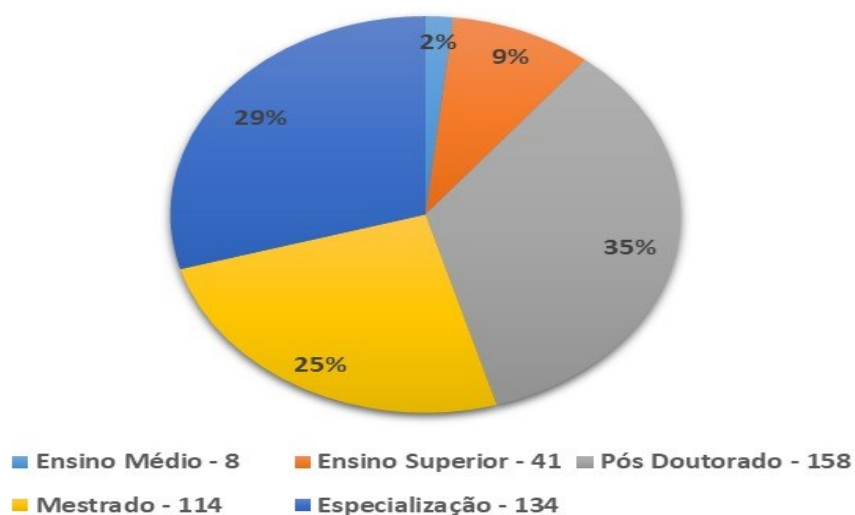
Gráfico 6 – Distribuição dos participantes quanto ao Cargo que ocupa. UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Apresentado puramente o dado, expressa-se baseado na quantidade total de servidores em que há mais técnicos administrativos, totalizando 330 participantes (64,1%), do que docentes na amostra analisada, corroborando com os dados fornecidos pela Divisão de Estruturação de Dados e Informações da UFU, que em outubro/2023, o quadro era composto por: 123 docentes de 1º e 2º graus; 1.791 docentes de 3º grau e 2.838 técnicos administrativos.

Gráfico 7 – Distribuição dos participantes quanto a Escolaridade. UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Os dados referentes à escolaridade dos participantes indicam uma predominância de indivíduos com pós-graduação Lato Sensu e Stricto Sensu, com 158 pessoas possuindo doutorado, 134 com especialização, 114 com mestrado, e apenas uma pequena fração com ensino superior (41) ou médio (8). Esse perfil educacional elevado reflete uma amostra composta por pessoas com altos níveis de escolaridade.

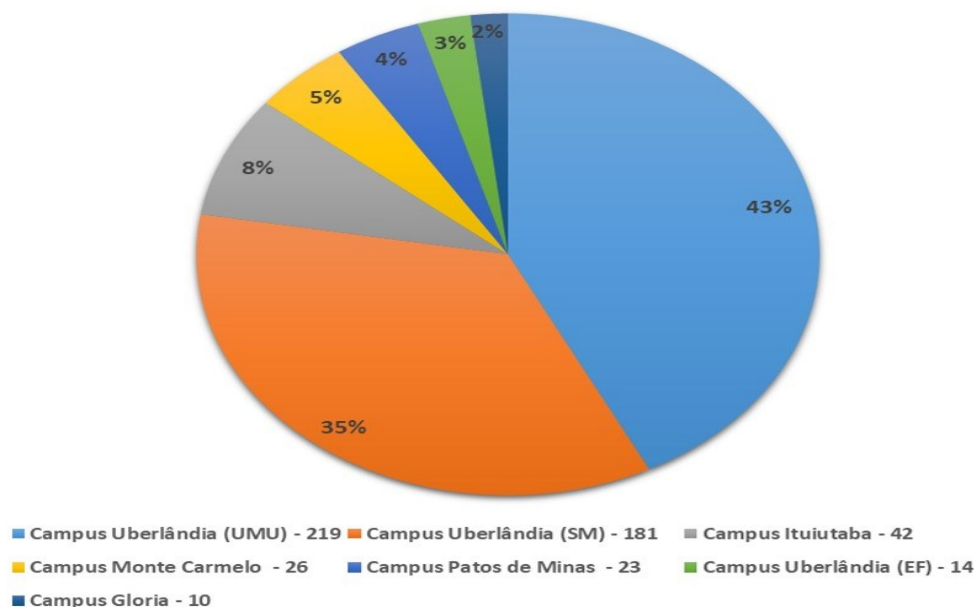
A prevalência de consumo de bebidas alcoólicas com frequência de uma ou mais vezes por semana é diretamente proporcional ao nível de escolaridade, ou seja, quanto maior a escolaridade, maior o consumo de álcool. Essa relação pode ser explicada pela maior exposição a ambientes sociais, eventos e pressões culturais associados a profissões de nível mais elevado.

Entretanto, apesar de uma amostra com elevada escolaridade, observa-se, no presente estudo, um padrão de consumo de álcool de baixo risco entre os participantes com pós-graduação, tanto Lato Sensu quanto Stricto Sensu. Esse fato pode estar relacionado à maior conscientização sobre os riscos do consumo abusivo, uma característica que tende a estar mais presente entre indivíduos com maior acesso à educação.

Ainda assim, conforme apontado por Silva *et al.* (2022), a determinação do consumo abusivo ou dependência de álcool baseada apenas nas autodeclarações dos participantes pode gerar imprecisões, uma vez que não há aferição exata da quantidade de álcool consumida ou do teor alcoólico das bebidas relatadas. Isso é uma limitação que deve ser considerada ao interpretar os resultados, assim como a pequena representatividade de indivíduos com níveis de escolaridade mais básicos na amostra, o que impede uma análise mais ampla da influência da escolaridade no consumo de álcool.

5.2 Descrição das Variáveis dos Dados Funcionais e de Saúde

Gráfico 8 – Distribuição dos participantes por local de trabalho. UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Referente aos dados apresentados nos gráficos 6 e 8, observa-se uma predominância significativa de técnicos administrativos, totalizando 330 participantes (64,1%). Esse dado é relevante, pois reflete a composição funcional da universidade e sugere que a maior parte da amostra está ligada a atividades administrativas. Além disso, há uma quantidade expressiva de participantes que trabalham nos campi Santa Mônica e Umuarama, o que evidencia uma concentração de servidores nestas unidades específicas.

De acordo com estudos na área de saúde do trabalhador, como Silva *et al.* (2022), o perfil de trabalhadores técnicos administrativos em instituições de ensino superior apresenta características de carga laboral significativa, com demandas cognitivas e operacionais que podem influenciar no consumo de álcool como uma forma de enfrentamento do estresse laboral. O trabalho administrativo, muitas vezes associado a prazos rigorosos e alto volume de tarefas, pode aumentar o risco de consumo de substâncias como estratégia de alívio de tensão e cansaço mental, um comportamento que deve ser monitorado.

Tabela 1 – Local de trabalho - UFU/PPGSAT/2024

CAMPUS	QTD	%
Campus Uberlândia (UMU)	219	42,52
Campus Uberlândia (SM)	181	35,15
Campus Ituiutaba	42	8,16
Campus Monte Carmelo	26	5,05
Campus Patos de Minas	23	4,47
Campus Uberlândia (EF)	14	2,72
Campus Glória	10	1,94
TOTAL	515	100%

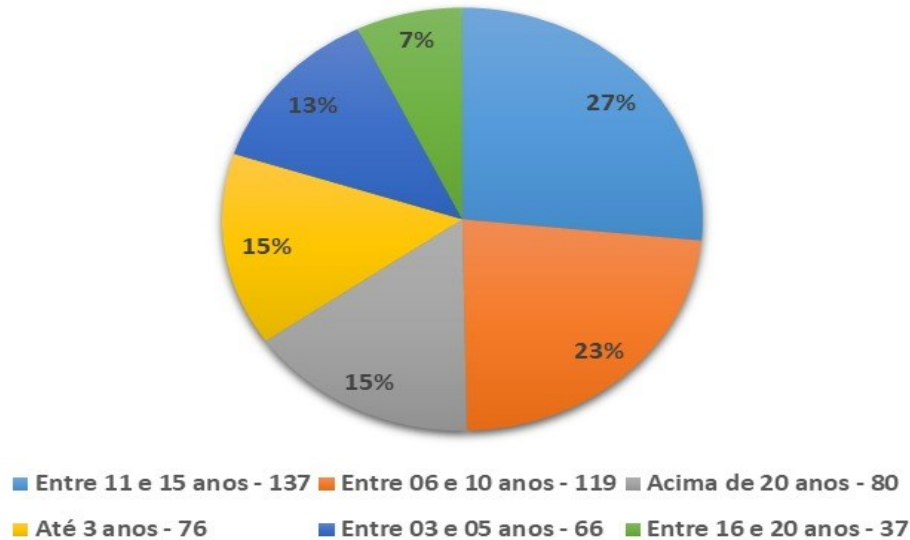
Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Além disso, o fato de a maioria dos participantes (400) estar concentrada nos campi Santa Mônica/Umuarama por se tratar de Campus Sede, ao passo que os campi de fora, estão ainda em fase de ascensão em função de serem campus implementados e construídos recentemente

Essa localização central pode influenciar tanto no ambiente de trabalho quanto nas práticas de saúde, com maior ou menor acesso a programas de saúde do trabalhador e iniciativas de promoção do bem-estar.

Esses resultados reforçam a necessidade de se aprofundar a investigação sobre os fatores que afetam o consumo de álcool entre servidores de diferentes atividades funcionais e locais de trabalho, considerando as especificidades de cada grupo. A predominância de técnicos administrativos pode indicar uma população-alvo importante para programas de prevenção ao consumo abusivo de álcool, especialmente devido às pressões inerentes a essa função.

Gráfico 9 – Distribuição dos participantes quanto ao Tempo de Serviço na UFU.
UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Os dados referentes ao tempo de vínculo institucional mostram uma variação significativa entre os participantes. A maioria possui vínculo com a instituição há entre 11 e 15 anos, representando 137 pessoas (26,6%), seguido por aqueles com 6 a 10 anos de vínculo, somando 119 pessoas (23,1%). Também há uma quantidade expressiva de indivíduos com mais de 20 anos de vínculo, totalizando 80 pessoas (15,5%).

Aqueles com menos de 5 anos de vínculo somam 142 pessoas (27,6%), sendo 76 pessoas (14,8%) com até 3 anos de vínculo e 66 pessoas (12,8%) com 3 a 5 anos. Por fim, 37 pessoas (7,2%) possuem entre 16 e 20 anos de vínculo.

De acordo com Silva *et al.* (2022), o tempo de vínculo com a instituição pode influenciar tanto a rotina de trabalho quanto o comportamento em relação ao uso de substâncias, como o consumo de álcool. Indivíduos com vínculos mais longos tendem a estar mais expostos a pressões crônicas, como a sobrecarga de trabalho e o esgotamento, fatores associados ao aumento do risco de uso de substâncias para lidar com o estresse.

Trabalhadores com mais tempo de vínculo frequentemente ocupam cargos de maior responsabilidade ou gestão, o que também pode aumentar a carga emocional e o uso de álcool como estratégia de enfrentamento. Em contraste, aqueles com menos tempo de vínculo, apesar de enfrentarem o desafio da adaptação ao ambiente institucional, podem ainda não ter

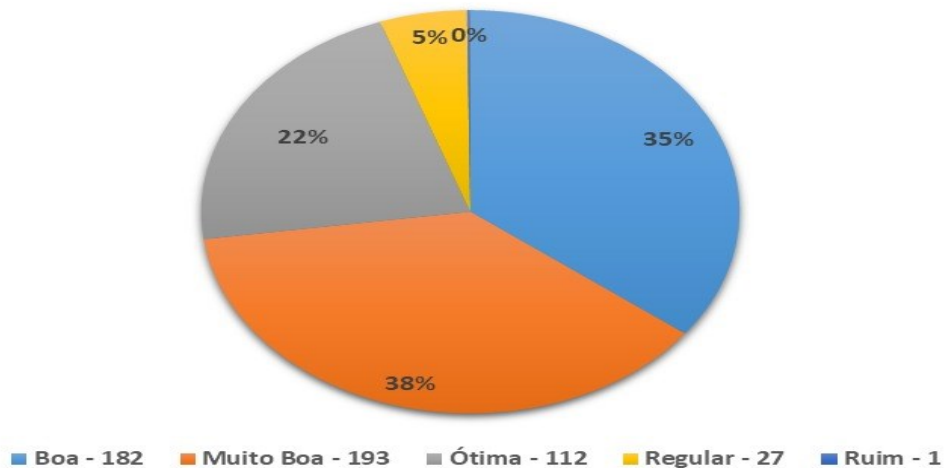
desenvolvido padrões de comportamento relacionados ao uso de substâncias como forma de lidar com o estresse.

A predominância de participantes com vínculos intermediários (entre 6 e 15 anos) reflete uma população que está estabelecida na instituição, mas ainda em fases de crescimento profissional e acúmulo de responsabilidades. Isso pode ser um fator importante a ser considerado em programas de promoção de saúde e prevenção ao uso abusivo de álcool, que devem levar em conta as especificidades de cada grupo de trabalhadores com base no tempo de vínculo.

Portanto, os dados indicam que tanto os servidores com vínculos curtos quanto aqueles com vínculos mais longos enfrentam desafios relacionados à saúde mental e ao consumo de substâncias, exigindo intervenções que considerem o impacto do tempo de trabalho na instituição.

Gráfico 10 – Distribuição dos participantes quanto a autopercepção da própria saúde.

UFU/PPGSAT/2024



Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Com o intuito de entender se os aspectos da saúde dos respondentes possuem alguma relação com fatores de trabalho, os respondentes em sua grande maioria, alegaram possuir boas condições de saúde, apenas 5% deste público se considera com saúde vulnerável.

A autopercepção da saúde baseia-se em critérios subjetivos e objetivos, sendo influenciada por fatores como: idade, sexo, classe social, presença de doenças crônicas, escolaridade e renda (Silva, *et al.*, 2021).

Com relação à saúde ruim, podemos inferir que houve um resultado inexpressivo.

Os resultados se mostram interessante, pois, de acordo com o referencial teórico desse trabalho, Brites e Abreu (2014), falam do consumo de bebida alcóolica como fuga do sofrimento mental, da sobrecarga emocional ligadas ou decorrentes das condições de trabalho. Já na pesquisa em questão, houve uma elevada prevalência de autopercepção positiva da saúde pelos pesquisados.

5.3 Questões do AUDIT

Considerando o AUDIT como um método simples de rastreamento, que serve para identificar pessoas com consumo de risco, uso nocivo e dependência do álcool (Babor *et al.*, 2003), desde sua elaboração, o AUDIT tem sido expressivamente empregado nos estudos acerca do consumo de álcool com amostras clínicas, da população geral, de estudantes dos ensinos médio e superior, sendo, inclusive, recomendado pelo Ministério da Saúde para levantamentos na atenção básica (Santos *et al.*, 2012).

O AUDIT contempla os seguintes itens: frequência de consumo; quantidade por dia do consumo; número de vezes; número de vezes que teve autocontrole do consumo; número de vezes que deixou de fazer alguma atividade por ter bebido; número de vezes que precisou beber pela manhã para se sentir bem, depois de ter bebido pesadamente no dia/noite anterior; número de vezes que se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido; número de vezes que não foi capaz de lembrar o que aconteceu depois de ter bebido na noite anterior; já ter ferido ou magoado alguém ou de se ferir ou se magoar por causa da bebida; parente, amigo, médico ou outro profissional já ficou preocupado com a forma que bebeu ou sugeriu que diminuísse (Babor *et al.*, 2003).

Segue abaixo, na Tabela 3, os resultados apresentados na coleta de dados da pesquisa e o escore do AUDIT para melhor compreensão.

Tabela 3 – Resultado Quantitativo da Aplicação do AUDIT

Pontos	Escore	Participantes	Percentual (%)
0 a 7	Consumo de baixo risco ou abstinências	459	89,1
8 a 15	Consumo de risco	43	8,3
16 a 19	Uso nocivo ou consumo de alto risco	11	2,1
20 a 40	Provável dependência	02	0,4
	Total da amostra	515	100

Fonte: Dados retirados da pesquisa. Própria autora, 2024.

Os resultados apresentados na Tabela 3, revelam que 89,1% dos participantes apresentaram consumo de baixo risco ou abstinências. Esses dados indicam uma prevalência majoritária de comportamentos considerados saudáveis ou sem risco associado ao consumo de álcool, o que pode estar relacionado ao perfil educacional e funcional dos servidores, conforme discutido anteriormente.

Somente 8,3% dos pesquisados se enquadram no consumo de risco. Para Silva *et al.* (2022), o consumo de risco é caracterizado pelo uso frequente e elevado de álcool, sem que ainda haja dependência, mas com a possibilidade de evoluir para problemas de saúde física, mental e social, caso o padrão não seja modificado. Esse grupo merece atenção especial em termos de prevenção, pois o consumo de risco pode ser um sinal de comportamentos que, se mantidos, aumentam a chance de desenvolver uso nocivo ou dependência.

Somente 2,1% dos participantes demonstraram uso nocivo ou consumo de alto risco. Neste caso, como Silva *et al.* (2022) apontam, o uso nocivo é associado a danos diretos à saúde física e mental, além de impactos no desempenho profissional e na vida pessoal. Esse grupo exige intervenções mais direcionadas, como aconselhamento e programas de apoio psicológico. Qualquer padrão de consumo pode trazer problemas para o indivíduo.

Por fim, 0,4% dos participantes se enquadram em provável dependência, uma situação que demanda atenção imediata e tratamentos mais especializados. O consumo de álcool nessa fase está geralmente associado a sérios prejuízos à saúde e à funcionalidade no trabalho, podendo acarretar afastamentos, acidentes laborais e até mesmo problemas legais, conforme estudos de Martinez, Latorre e Fischer (2022).

No contexto institucional, a predominância de consumo de baixo risco é um dado positivo. No entanto, conforme apontado por Granjeiro e Almeida (2017), é fundamental que

as estratégias de saúde do trabalhador incluam ações contínuas de prevenção e conscientização sobre o uso de álcool, a fim de evitar que indivíduos classificados como "consumo de risco" evoluam para padrões mais graves de uso.

6 CONCLUSÃO

O desenvolvimento desta pesquisa, com sua fundamentação teórica, resultados, análise e discussão, evidenciaram e corresponderam aos objetivos propostos referentes à temática estudada, bem como o aprendizado por ele proporcionado foi muito além da ideia inicial que nos instigou nesta investigação e nos remete a outras possibilidades para ampliação do conhecimento científico.

Em relação à aplicação do AUDIT, ressaltamos que ele apresentou confiabilidade satisfatória quando aplicado na população pesquisada de servidores públicos federais, no que diz respeito à sua característica de autopreenchimento, fácil compreensão e aplicação.

Contudo, apesar das contribuições desta pesquisa, apontamos a possibilidade de um viés amostral, identificado a respeito do instrumento, pois, segundo (Costa & Hauck, 2017), ele permite que o participante falseie a resposta, em função da desejabilidade social, já que algumas das situações apresentadas nos itens podem ser identificadas como menos socialmente aceitas, enquanto outras são observadas como tabus, o que pode afetar na forma como o item será endossado pelo sujeito.

Viés de pesquisa pode existir em pesquisas em saúde, tanto na pesquisa quantitativa quanto na pesquisa qualitativa, e pode ser definido como a influência de algum fator que provém distorções nos resultados do estudo ou a tendência de um participante do estudo em apresentar a si mesmo ou o seu contexto social de uma forma que seja socialmente aceitável, mas não totalmente correspondente à realidade. (Mattara *et al.*, 2010).

Cada pessoa possui seus próprios sentimentos, emoções das quais têm dificuldade de lidar, e muitas vezes utiliza de mecanismos de defesas, que no caso são respostas inconscientes utilizadas para se protegerem contra sentimentos ou ameaças das quais não sabem lidar de forma agradável, por isso o adicto nega que possui comportamentos problemáticos e os problemas que acontecem com ele em relação as substâncias psicoativas.

A negação na dependência química é um dos principais obstáculos no processo de aceitação, pois o indivíduo fecha os olhos para suas próprias dores, deixando de reconhecer a realidade, a aceitação da doença e das perdas causadas pelos problemas advindos do uso do álcool e ainda, pelo fato de não se conseguir reagir a este processo com serenidade.

Conclui-se que o consumo de álcool pode estar associado à percepção de saúde no grupo estudado. Foi estatisticamente significativo o número de pessoas que não consomem bebidas alcoólicas e que percebem a saúde como “boa, muito boa e ótima”, o que corrobora com os resultados apresentados nesse trabalho onde majoritariamente aparecem servidores que são abstêmios do uso de álcool ou fazem consumo de baixo risco.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos que mesmo apesar do AUDIT, ser indicado como instrumento de rastreamento ao consumo do álcool, não se mostrou efetivo nesse sentido e sequer no sentido de captação de pacientes, quando nos referimos especificamente ao trabalho desenvolvido pela Oficina da Vida. Dessa forma, ressaltamos que é fundamental que os gestores entendam que a detecção dos padrões de uso de álcool ajuda no delineamento de estratégias que minimizem os agravos provocados pelo seu uso nas áreas administrativas sob sua competência.

Conclui-se que a presente pesquisa ainda é insuficiente e, demanda mais estudos que busquem investigar esse tema, para que possam fundamentar a relação do estigma com o tratamento e acolhimento dispensados a servidores usuários de álcool nas instituições.

Recomenda-se que sejam realizadas outras pesquisas, com aplicação de outros instrumentos, junto aos servidores da Universidade Federal de Uberlândia, com o intuito de estudar políticas de gestão de pessoas que possam ser aplicadas de maneira eficiente e humanizada aos servidores públicos que sinalizem tendências de problemas relacionados ao consumo do álcool.

REFERÊNCIA

- ABREU, C. C.; MALVASI, P. A. Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. *In*: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (ed.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: ArtMed, 2011. p. 67–80.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). A Anvisa e o controle de produtos derivados do tabaco. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <file:///D:/Docs/Downloads/A%20Anvisa%20e%20o%20Controle%20dos%20Produtos%20Derivados%20do%20Tabaco.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2024.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **A Anvisa e o controle de produtos derivados do tabaco**. Brasília, DF: Anvisa, 2014. Disponível em: <file:///D:/Docs/Downloads/A%20Anvisa%20e%20o%20Controle%20dos%20Produtos%20Derivados%20do%20Tabaco.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2024.
- ALMEIDA, L. M. W. S. *et al.* **Atuação do enfermeiro na saúde do trabalhador: Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto (PROENF)**. Porto Alegre: Artmed, 2013. Ciclo 7, v. 4.
- ANDRADE, A. G. (org.) **Álcool e a Saúde dos Brasileiros: panorama 2020**. 1. ed. São Paulo: Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 2020.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014
- BABOR, T. F. *et al.* *The alcohol use disorders identification test*. Geneva: World Health Organization, 2001.
- BABOR, T. F. *et al.* **AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária**. Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade, 2003.
- BABOR, T. F.; ROBAINA, K. Public Health, Academic Medicine, and the Alcohol Industry's Corporate Social Responsibility Activities. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 103, n. 2, p. 206-214, fev. 2013. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300847>.
- BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 10 ago. 2022.
- BISPO JUNIOR, J. P. Viés de desejabilidade social na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004164>.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Primária: rastreamento**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde; 2010. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd29.pdf. Acesso em: 1 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 03 ago. 2019.

BRASIL. Congresso Nacional Senado Federal. **Senado aprova PEC sobre drogas, que segue para a Câmara**. Brasília, DF, 2024. Portal Senado Notícias. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/04/16/senado-aprova-pec-sobre-drogas-que-segue-para-a-camara#:~:text=O%20Plen%C3%A1rio%20do%20Senado%20aprovou,com%20determina%C3%A7%C3%A3o%20legal%20ou%20regulamentar%E2%80%9D..> Acesso em 08/10/2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 251, 30 dez. 2011, Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. Leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental. Brasília, DF, 2013. Disponível em <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/12/Livreto-Informativo-sobre-Drogas-Psicotr%C3%B3picas.pdf>.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília, DF: SENAD, 2009. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/arquivos/DrogasResumoExecutivo.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2022.

BUCHER R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

CAETANO, Gustavo Vieira. **Dependências químicas**. [S.l.] Disponível em: <http://www.vieiracaetano.org/DEPENDENCIAS%20QUIMICAS.htm>. Acesso em: 02/01/2023.

CALLINAN, S.; MACLEAN, S. COVID-19 makes a stronger research focus on home drinking more important than ever. **Drug And Alcohol Review**, [s.l.], v. 39, n. 8, p. 613-615, 2020. DOI: 10.1111/dar.13125. DOI: <https://doi.org/10.1111/dar.13125>.

CARMO, D. R. P. *et al.* Relationships between substance use, anxiety, depression and stress by public university workers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 73, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0839>.

CARNEIRO, Henrique *et al.* **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008, 444 p.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. **Álcool e trabalho**. [S.l.], 2024. Disponível em <https://cisa.org.br/pesquisa/artigos-cientificos/artigo/item/86-alcool-e-trabalho>. Acesso em 07/08/24.

COELHO, J. **Malleus Maleficarum: ainda somos punidas por 'bruxarias'?**. Uberlândia: UFU, 2023. Portal Comunica UFU. Disponível em <https://comunica.ufu.br/noticias/2021/03>. Acesso em 20 nov. 24.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Brasil). **Resolução CONAD nº 3 de 27 de outubro de 2005**. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília, DF, 2005.

COSTA, A. R. L.; HAUCK, N. F.. Menos desejabilidade social é mais desejável: Neutralização de instrumentos avaliativos de personalidade. **Interação em Psicologia**, [s.l.], v. 21, n. 3, p. 239-249, 2017. DOI:10.5380/psiv21i3.53054. DOI <https://doi.org/10.5380/psi.v21i3.53054>.

CYRINO, L. A. R. *et al.* A codependência familiar de indivíduos que fazem o uso abusivo de álcool. **Revista Cesumar–Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 457-470, 2016.

DEJOURS, C. **A Psicodinâmica do Trabalho**. São Paulo: Cortez. 1994.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (ed.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel C; LARANJEIRA, R. **Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. **SENAD. Prevenção do uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho–Conhecer para ajudar**, v. 3, 2012.

ELMELAND, K. Dansk Alkoholkultur. Rus, ritual og regulering. Danish alcohol culture. Intoxication, ritual and regulation. **Holte: SocPol.**, 1996.

ESCOHOTADO, Antônio. **História elemental de las drogas**. 2. ed. Barcelona: Anagrama, 2003.

FONSECA, V. A. S.; LEMOS, T. Farmacologia na Dependência Química. *In*: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (ed.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: ArtMed, 2011. p. 25–34.

FORMIGONI, M. L. O. S. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1**. 6. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. p. 148.

FORTES, M. E. *et al.* Cana de Açúcar no Brasil sob um Olhar Químico e Histórico. **Química Nova na Escola**, [s.l.], v. 35, n. 1, p. 3-10, Fev. 2013. Disponível em: http://qnesc.sbq.org.br/online/qnesc35_1/02-PIBID-38-12.pdf. Acesso em 20 jun. 24.

FRANCO, L.C. **Padrão de consumo de álcool e tabaco entre professores universitários**. 2016. Tese (Doutorado) – UnB. Brasília, DF, 2016. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15860>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Fisioterapia: uma história das plantas medicinais no SUS**. [S.l.], 2024. Portal Radis. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br>. 2022. Acesso em 13/08/2024.

Genealogia das drogas. *In*: **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador, GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMEZ, M.; VASCONCELOS, L.C.F; MACHADO, J. M. H. **Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DCSW6mPX5gXnV3TRjfZM7ks/?for#ModalTutors> DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>

GOULART JUNIOR, E. *et al.* Exigências familiares e do trabalho: um equilíbrio necessário para a saúde de trabalhadores e organizações. **Pensando fam**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, jul. 2013.

GOZZI, A. P. N. F. *et al.* A saúde mental nos estudos sociais da ciência: apontamentos sobre a produção de conhecimento. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 661-668, 2017.

GOZZI, A. P. N. F. *et al.* A saúde mental nos estudos sociais da ciência: apontamentos sobre a produção de conhecimento. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 661-668, 2017. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF0984>.

GRANJEIRO, A.L.; ALMEIDA, P. A. A espiritualidade/religiosidade como fator de proteção contra o uso de substâncias psicoativas na adolescência. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p 21-25. DOI: <https://doi.org/10.25118/2236-918X-7-4-3>. Disponível em:

<https://revistardp.org.br/revista/article/view/85>. Acesso em: 13 nov. 2023.
<https://doi.org/10.25118/2236-918X-7-4-3>.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica**. 2003. 180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HAAG, G. S. *et al.* **A enfermagem e a saúde do trabalhador**. 2. ed. Goiânia: AB, 2001.

HANDS, T. Drinking in Victorian and Edwardian Britain: Beyond the spectre of the drunkard. **Springer Nature**, 2018. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-92964-4>.

HASTINGS, G.; ANDERSON, S.; COOKE, E.; GORDON, R. Alcohol marketing and young people's drinking: A review of the research. **Journal of Public Health Policy**, [s.l.], v. 26, n. 3, p. 296–311, 2005. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jphp.3200039>.

HERNÁNDEZ, E. N. **Dose Padrão: uma ferramenta para o combate ao consumo nocivo de álcool**. São Paulo : Instituto Envolverde, 2020.

HIGGINS-BIDDLE, J. C.; BABOR, T. F. A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. **The American Journal of Drug Alcohol Abuse**, [s.l.], v. 44, n. 6, p. 578-586, 2018. DOI: 10.1080/00952990.2018.1456545.
<https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1456545>.

HILTON, S. *et al.* Implications for alcohol minimum unit pricing advocacy: what can we learn for public health from UK newsprint coverage of key claim-makers in the policy debate? **Ciências sociais e medicina**, [s.l.] v. 102, n. 100, p. 157-64, 2014. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.11.041. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613006539>. Acesso em: 13 nov. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.041>.

IBGE. **Aumento do acesso precoce a bebidas alcoólicas e drogas entre jovens do 9º ano**. Brasília, DF: IBGE, Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/institucional/o-ibge.html>. Acesso em [08 out 2022].

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764pdf>.

JUNQUEIRA, M. A. B. *et al.* Uso de álcool e comportamento de saúde entre profissionais da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 51, p. e03265-1, 2017. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016046103265>.

LACAZ, F. A. C. Construção do campo saúde do trabalhador na área de saúde coletiva. In: **Controle Social na Saúde do Trabalhador**. 1996. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_107826829.pdf. Acesso em: 20 jul. 2021.

LACEY, K. K. *et al.* The mental health of US Black women: the roles of social context and severe intimate partner violence. **BMJ Open** [s.l.], v. 5, n. 1, 2016. Disponível em:

<http://bmjopen.bmj.com/content/5/10/e008415>. DOI <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008415>

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LARANJEIRA, R. (org.). **Segundo 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, 2014. Disponível em: <http://inpad.org.br/wpcontent/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 29 mar 2022.

LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LARANJEIRA, R. *et al.* **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. 12

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

LARANJEIRA, R. *et al.* **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

MALVEZZI, Cilene D. *et al.* Adesão ao tratamento pela equipe de um serviço de saúde mental: estudo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 15, n. 2, June 2016. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5201> Acesso em 24 maio 2018. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165201>

MARANGONI, SR, Oliveira MLF. **Triggering factors for drug abuse in women**. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(3):662-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300012>. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300012>.

MARQUES, A. C. P. R. **O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência e de outras drogas e tratamento**. *Revista IMESC*, [s.l.], v.3, p. 73-86, 2001.

MARTINEZ, M. C., LATORRE, M. R. D. O; FISCHER, F. M. Fatores associados ao consumo abusivo de álcool em profissionais de enfermagem no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira De Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 47, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/01322pt2022v47edepi1>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/w6BRyt9RWzHGtXkh9QyCFxG/?lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2023. <https://doi.org/10.1590/2317-6369/01322en2022v47edepi1>

MARTINS, L. M. **Ensino-pesquisa-extensão como fundamento metodológico da construção do conhecimento na universidade**. São Paulo: Unesp, 2012. 11 p. Disponível em: https://arquivos.info.ufrn.br/arquivos/20150670934e662558023f4c50a5db395/Martins_-_Ensino_-_Pesquisa_-_Extensa771o.pdf. Acesso em: 24 jan. 2024.

MARTINS, R. A. *et al.* Utilização do Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para identificação do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. **Interam J Psychol**, [s.l.], v. 42, n. 2, p. 307-316, 2008.

MATHEWS, I. S.; PILLON, S. C. Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos y padre alcohólico, en el Peru. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, número especial, p. 359-68, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000700010>.

MATTARA, F. *et al.* Confiabilidade do teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT) em adolescentes. **SMAD Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas**. [s.l.], v. 6, n. 2, 2010. DOI <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i2p296-314>.

MCKEE, P.; JONES-WEBB, R.; HANNAN, P.; PHAM, L. Malt liquor marketing in inner cities: the role of neighborhood racial composition. **Journal of Ethnicity in Substance Abuse**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 24-38, 2011. <https://doi.org/10.1080/15332640.2011.547793>.

MELLO, M. L. M.; BARROS, J.; BREDÁ, J. **Álcool e Problemas ligados ao álcool em Portugal**. DGS, 2001.

MÉNDEZ, E. B. *et al.* **Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1999.

MENDONÇA, Gilson Martins; KOZICKI, Katya; COELHO, Sérgio Reis. O princípio da vulnerabilidade e as técnicas de neuromarketing: aprofundando o consumo como vontade irrefletida. **Scientia Iuris Londrina**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 135-152, jul. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5433/2178-8189.2014v18n1p135>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014, 407p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de saúde pública**, [s.l.], v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>.

MONTEIRO, S; VILELA, W. **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
MUNNÉ, I. M. Social consequences of alcohol consumption in Argentina. *In*: OBOT, I. S.; ROOM, R. **Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries**. Geneva: World Health Organization, 2014. p. 25-47. ISBN-10: 9241563028.

MYADZE, T. I.; RWOMIRE, A. Alcoholism in Africa during the Late Twentieth Century: A Socio-Cultural Perspective. **International Journal of Business and Social Science**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 1-9, 2014. Disponível em: <http://ijbssnet.com/journals/Vol.5.No.2.February2014/1.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2023.

OPAS. Disponível em <https://www.paho.org/pt/noticias/10-5-2022-oms-destaca-lacunas-gritantes-na-regulamentacao-do-marketing-alcool-alem-das>. Acesso em 20 jun. 24.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global status report on alcohol and health 2018**. Genebra: OMS, 2018a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. [S.l.]: Mundial da Saúde, 1997.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas 2020**. Washington, DC: Paho, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52705>

PORTAL EDUCAÇÃO. UOL Cursos Tecnologia Educacional Ltda. **A descoberta do álcool no Brasil**. São Paulo: portaleducacao.com.br. Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/a-descoberta-do-alcool-nobrasil/60296>. Acesso em: [01 jun 2022]

PORTO, A. O; RIOS, M. A; SOUZA, D. A.; A influência da mídia televisiva no consumo de bebidas alcoólicas por universitários. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. [s.l.], v.14, n.1, Ribeirão Preto, jan./mar. 2018. DOI <https://doi.org/10.11606/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000394>.

PRESTES, C.R.S; PAIVA, V. S. F. Psychosocial approach and health of black women: vulnerabilities, rights and resilience. **Saúde Soc**. [s.l.], v. 25, n. 3, p. 673 -688, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162901>. <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162901>.

PROENÇA, P. P. T. **Estudo da relação entre o trabalho e o uso do álcool e tabaco pelos servidores públicos de Minas Gerais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2021.

Pública (enap), 2006. 26 p.

ROCHA, I. C. O. **Avaliação da relação entre esquemas iniciais desadaptativos e o coping em indivíduos com transtorno por uso de substâncias**. 2019. 130 f. Dissertação (Mestrado) Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

SANTOS, W. S. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. **Jornal Brasileiro De Psiquiatria**, [s.l.], v. 61, n. 3,, 117–123, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000300001>

SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Coletânea de políticas públicas: volume SAUNDERS, J. B.; AASLAND, O. G. WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption: Report on Phase I, The Development of a Screening Instrument** Geneva, Switzerland: World Health Organization. 1987. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62031>.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.9, n. 3, p. 237-248, 1993.

SILVA, J. B.; COSTA, E. C. Autopercepção da saúde e fatores associados em usuários da Atenção Básica à Saúde, de Vitória de Santo Antão, PE. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [s.l.], v. 16, e51740, 2021. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/51740#:~:text=Resumo,em%20sa%C3%BAde%20d e%20uma%20popula%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em 08/09/2024.

<https://doi.org/10.12957/demetra.2021.51740>.

SILVA, L. E. S. *et al.* Prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 31, n. spe1, e2021379, 2022. <https://doi.org/10.1590/ss2237-9622202200003.especial>.

SOUTHIER, Diane. **O campo discursivo sobre drogas e o posicionamento de Fernando Henrique Cardoso**. 2016. 225 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Sociologia Política, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167767/339021.pdf?>

TORCATO, C.E.M; **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. USP. São Paulo, 2016, 371 p.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Relatório Mundial sobre Drogas 2019**: 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos por uso de drogas, enquanto apenas uma em cada sete pessoas recebe tratamento. Viena, jun. 2019.

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma VIEIRA, D. L. *et al.* Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo. v. 41, n. 3, p. 396-403. Jun, 2007.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000022>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report: alcohol policy**. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004. 217 p. ISBN 92 4 158035 6

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics**. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acessado em [20 out 2022]

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL, SOB ENFOQUE DO AUDIT”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Claudia de Sousa Rodrigues (discente), Prof. Dr. João Carlos de Oliveira (orientador) e Dra. Joana D’Arc Vieira Couto Astolphi (co-orientadora). Nesta pesquisa estamos buscando detectar o padrão de consumo, e com isso, conhecer não somente áreas mais vulneráveis como também, qual parcela da população apresenta uso nocivo ou provável dependência do álcool. O termo de consentimento livre e esclarecido está sendo obtido pela pesquisadora Claudia por meio de um link do Google forms que será disponibilizado aos participantes da pesquisa. O participante que clicar no link será direcionado para a página contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e só iniciará o questionário, quando der o aceite em sua participação. Caso não concorde em participar, apenas fechará a página no seu navegador. Estima-se que sejam necessários aproximadamente cinco minutos para seu preenchimento total, ficando a seu critério responder ou não a referida pesquisa, (conforme item IV da Resolução CNS nº 466/2012 ou Capítulo. III da Resolução nº 510/2016). Na sua participação, você responderá um questionário on line, estruturado, através do Google Forms, composto por 20 (vinte) perguntas em duas etapas, a primeira sobre o perfil sociodemográfico, formação e atuação profissional e a segunda etapa, sobre o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), um instrumento validado pela Organização Mundial de Saúde que consiste em avaliar o padrão de consumo de bebida alcoólica. A coleta de dados se dará de forma virtual, é importante, que você guarde em seus arquivos uma via deste documento de registro de consentimento. Informamos também que esta pesquisa e seus pesquisadores atendem às orientações da Resolução nº 510/16, Capítulo VI, Art. 28: IV, em manter os dados da pesquisa em arquivo digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Em nenhum momento você será identificado e os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim sua identidade será preservada. É compromisso do pesquisador responsável, a divulgação dos resultados da pesquisa em formato acessível à população pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV). Você não terá nenhum gasto e nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). Os riscos consistem na possível identificação dos

participantes da pesquisa, porém todos os cuidados serão tomados pela pesquisadora para que isso não ocorra e serão tomadas todas as providências necessárias para a manutenção do sigilo e privacidade das informações coletadas. Você será identificado por um código criado aleatoriamente pela pesquisadora, sem relação com seu nome ou qualquer outro meio que o identifique. Os benefícios serão demonstrados através da análise dos resultados obtidos na pesquisa, como forma de gerar medidas de promoção à saúde e prevenção do uso abusivo do álcool no contexto dos servidores da UFU de forma a contribuir para a saúde e bem-estar no trabalho. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Claudia de Sousa Rodrigues, através do email: claudia.rodrigues@ufu.br ou pelo telefone (34) 98864-5569, discente do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT/UFU), Campus Santa Mônica, Bloco 3E, sala 128, Uberlândia-MG. Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; pelo telefone (34) 3239-4131 ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br. O CEP/UFU é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do/a participante da pesquisa

APÊNDICE B – Questionário**Questionário Sociodemográfico****Gênero:**

Masculino

Feminino

Idade:

18 - 30 anos

31 - 45 anos

46 – 59 anos

Acima de 60 anos

Estado Civil :

Solteiro

Casado

União Estável

Divorciado

Viúvo

Etnia (cor da pele):

Branco

Negro

Nipônico

Indígena

Pardo

Religião:

Católica

Espírita

Evangélica

Afrobrasileiras

Não sou religioso

ESCOLARIDADE:

Fundamental

Ensino Médio

Ensino Superior

Pós-Graduação Especialização

Pós-Graduação Mestrado

Pós-Graduação Doutorado

Pós-Graduação Pós Doutorado

Cargo

Docente

Técnico Administrativo

CAMPUS EM QUE TRABALHA:

Campus Umuarama
Campus Santa Mônica
Campus Educação Física
Campus Ituiutaba
Campus Patos de Minas
Campus Monte Carmelo

TEMPO QUE TRABALHA NA UFU:

Até 03 anos
Entre 03 e 05 anos
Entre 06 e 10 anos
Entre 11 e 15 anos
Entre 16 e 20 anos
Acima de 20 anos

AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE:

Ótima
Muito boa
Boa
Regular
Ruim

APÊNDICE C – AUDIT

AUDIT

Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: () M () F

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:
“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”
 Explique o que você quer dizer com “consumo de álcool”, usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados etc.
 Marque as respostas relativas à quantidade em termos de “doses-padrão”.
 Marque a pontuação de cada resposta no quadrinho correspondente e some no final.

<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca (vá para as questões 9-10) (1) Mensalmente ou menos. (2) De 2 a 4 vezes por mês. (3) De 2 a 3 vezes por semana. (4) 4 ou mais vezes por semana.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma beber?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>3. Com que frequência você toma cinco ou mais “doses” (doses-padrão) de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês. (2) Mensalmente. (3) Semanalmente. (4) Todos ou quase todos os dias.</p> <p><small>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.</small></p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber depois de ter começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês. (2) Mensalmente. (3) Semanalmente. (4) Todos ou quase todos os dias.</p> <p><small>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.</small></p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>5. Quantas vezes, por causa do álcool, ao longo dos últimos 12 meses, você não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês. (2) Mensalmente. (3) Semanalmente. (4) Todos ou quase todos os dias.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>6. Quantas vezes, aos longo dos últimos 12 meses, depois de ter bebido muito no dia anterior, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês. (2) Mensalmente. (3) Semanalmente. (4) Todos ou quase todos os dias.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês. (2) Mensalmente. (3) Semanalmente. (4) Todos ou quase todos os dias.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>8. Quantas vezes, por causa do álcool, ao longo dos últimos 12 meses, você não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês. (2) Mensalmente. (3) Semanalmente. (4) Todos ou quase todos os dias.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não. (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses. (4) Sim, nos últimos 12 meses.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>10. Alguma vez um parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse ou parasse de beber?</p> <p>(0) Não. (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses. (4) Sim, nos últimos 12 meses.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></div>

Resultado:

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL, SOB O ENFOQUE DO AUDIT

Pesquisador: JOAO CARLOS DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59380722.0.0000.5152

Instituição Proponente: PPGAT- MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.562.327

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos Informações Básicas da Pesquisa nº 1954398 e Projeto Detalhado (PROJETO_DETALHADO.pdf), postados em 06/06/2022.

INTRODUÇÃO - "O uso de álcool especificamente no Brasil, tem atingido níveis alarmantes, gerando, como consequência, inúmeros problemas sociais e de saúde na população. O interesse em desenvolver uma pesquisa com essa temática surgiu da experiência vivenciada no dia a dia de trabalho no SADEQ (Setor de Atenção à Dependência Química), comumente denominado Oficina da Vida, que pertence à Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS), subordinada à Pró Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP), da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). O SADEQ/Oficina da Vida, consiste num serviço ambulatorial que oferece assistência para os servidores da instituição, funcionários das fundações, seus dependentes legais e estudantes, que fazem uso problemático de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, onde são ofertados diversos tipos de atendimento em modalidades terapêuticas, além de grupo terapêutico para codependentes, geralmente composto pelos familiares dos pacientes. A relevância desta pesquisa remete ao entendimento do padrão de uso do álcool e seus aspectos explicitamente sociais, culturais, ambientais, tendo o contexto do trabalho como um aspecto fundamental na vida do ser humano e aspectos correlacionados que afetam diretamente a saúde do servidor de uma

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.577.614

universidade federal.*

METODOLOGIA

(A) Pesquisa/Estudo – “[...] abordagem quantitativa e de caráter exploratório descritivo.”

(B) Tamanho da amostra – 370 (docentes e técnicos administrativos que estejam com vínculo ativo com a instituição).

Servidores campus Santa Mônica = 2.068
 Servidores campus Educação Física = 177
 Servidores campus Pontal Ituiutaba = 221
 Servidos campus Patos de Minas = 60
 Servidores campus Monte Carmelo = 79
 Servidores campus Umuarama = 2.326

Justificativa - “A amostra a ser pesquisada será definida a medida que os questionários forem sendo respondidos, numa definição de 5% de margem de erro, com nível de confiança de 95%.”

(C) Recrutamento e abordagem dos participantes – “O questionário será disponibilizado virtualmente, por meio do Google Forms, e encaminhado aos servidores, pelas plataformas institucionais/correio eletrônico, pela DIRCO (Diretoria de Comunicação da UFU).”

(D) Local e instrumento de coleta de dados / Experimento – “[...] questionário estruturado adaptado, com 20 (vinte) perguntas dividido em duas etapas: a) Informações sociodemográficas e profissionais [...], b) AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) trata-se de um questionário que avalia o padrão de consumo de bebida alcoólica, [...] composto por 10 (dez) questões [...]”

(E) Metodologia de análise dos dados – “Os dados coletados através do Google Forms, serão submetidos à análises estatísticas dos programas Excel e Estatístico R, por amostra aleatória simples, considerando um erro amostral de 0,5%, com nível de confiança de 95%.”

(F) Desfecho Primário - “Detectar o padrão de consumo de álcool entre os servidores da

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco “1A”, sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.577.614

Universidade Federal de Uberlândia."

(G) Desfecho Secundário – "Mapear as áreas de maior vulnerabilidade de consumo de álcool entre os servidores da Universidade Federal de Uberlândia e com isso, conhecer qual o percentual dessa população, apresenta padrão de uso nocivo de álcool ou possível dependência."

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO – "Possuir o vínculo ativo permanente com a Universidade Federal de Uberlândia; Concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)."

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO – "Servidores aposentados; Funcionários de fundações ou empresas terceirizadas que prestam serviços na UFU; Aqueles que NÃO aceitem participar da pesquisa, com a recusa em assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)."

CRONOGRAMA – coleta de dados de 11/08/2022 a 11/11/2022.

"A coleta de dados somente será realizada, após aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU)."

ORÇAMENTO – Financiamento próprio - R\$ 1.726,00.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO - "Conhecer e analisar o padrão de consumo de álcool entre os servidores docentes e técnicos administrativos da Universidade Federal de Uberlândia."

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS - "Detectar o perfil de consumo do álcool entre os servidores da UFU através da aplicação do questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test); Mapear as áreas de maior vulnerabilidade de uso de álcool entre os servidores Docentes e Técnicos Administrativos da Universidade Federal de Uberlândia; Descrever o padrão de consumo de substâncias psicoativas (álcool) dos servidores da Universidade Federal de Uberlândia."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS - "Os riscos consistem na identificação ou constrangimento dos participantes da pesquisa, porém todos os cuidados serão tomados pelos pesquisadores para que isso não ocorra e serão

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.577.614

tomadas todas as providências necessárias para a manutenção do sigilo e privacidade das informações coletadas.*

BENEFÍCIOS - "Os benefícios serão demonstrados através da análise dos resultados obtidos na pesquisa, como forma de gerar medidas de promoção à saúde e prevenção do uso nocivo do álcool no contexto dos servidores da UFU.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências listadas no Parecer Consubstanciado nº 5.562.327, de 04 de agosto de 2022, seguem abaixo, bem como a resposta da equipe de pesquisa e a análise de atendimento ou não da pendência feita pelo CEP/UFU.

Pendência 1 - Quanto ao número amostral:

Considerando que 4.931 servidores se trata da população objeto de estudo da pesquisa;

Considerando que lê-se no Projeto Detalhado a justificativa para o número amostral: "A amostra a ser pesquisada será definida a medida que os questionários forem sendo respondidos, numa definição de 5% de margem de erro, com nível de confiança de 95%.*

O CEP/UFU solicita adequação no Formulário Plataforma Brasil, no Projeto Detalhado e na Folha de Rosto para a apresentação do número amostral da pesquisa (ou seja, o número mínimo de participantes para atender os objetivos) e não do número da população objeto de estudo.

RESPOSTA - "Diante de uma população de 4.931 servidores vinculados a instituição e conforme cálculo da amostra aleatória simples (AAC) realizado previamente, temos um número amostral de 370 (trezentos e setenta) participantes ou seja, considerando uma margem de erro de 5%, com intervalo de confiança de 95% para os testes estatísticos que serão aplicados, será necessária a participação de uma quantidade mínima de 370 (trezentos e setenta) servidores, para que se alcance o objetivo da pesquisa.*

ANÁLISE DO CEP/UFU - Pendência atendida.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 5.577.614

=====

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto – PPGAT - Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (assinatura do Diretor do Instituto de Geografia).
- 2) Termo de Compromisso Confidencialidade da Equipe Executora
- 3) Link Lattes da Equipe Executora
- 4) Declaração Coparticipante - Divisão de Promoção e Assistência à Saúde do Servidor (DIPASS), Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor, Pró Reitoria de Gestão de Pessoas - período de 11 a 20/08/2022.
- 5) Projeto de Pesquisa
- 6) TCLE
- 7) Instrumento de coleta de dados - questionário

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no Parecer Consubstanciado nº 5.562.327, de 04 de agosto de 2022, foram atendidas. Portanto, nessa versão o CEP/UFU não encontrou nenhum óbice ético.

De acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16 e suas complementares, o CEP/UFU manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Prazo para a entrega do Relatório Final ao CEP/UFU: ABRIL/2023*.

* Tolerância máxima de 01 mês para o atraso na entrega do relatório final.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DE PESQUISA DEVE SER INFORMADA, IMEDIATAMENTE, AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE ÉTICA.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 5.577.614

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto – PPGAT - Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (assinatura do Diretor do Instituto de Geografia).
- 2) Termo de Compromisso Confidencialidade da Equipe Executora
- 3) Link Lattes da Equipe Executora
- 4) Declaração Coparticipante - Divisão de Promoção e Assistência à Saúde do Servidor (DIPASS), Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor, Pró Reitoria de Gestão de Pessoas - período de 11 a 20/08/2022.
- 5) Projeto de Pesquisa
- 6) TCLE
- 7) Instrumento de coleta de dados - questionário

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no Parecer Consubstanciado nº 5.562.327, de 04 de agosto de 2022, foram atendidas. Portanto, nessa versão o CEP/UFU não encontrou nenhum óbice ético.

De acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16 e suas complementares, o CEP/UFU manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Prazo para a entrega do Relatório Final ao CEP/UFU: ABRIL/2023*.

* Tolerância máxima de 01 mês para o atraso na entrega do relatório final.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DE PESQUISA DEVE SER INFORMADA, IMEDIATAMENTE, AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE ÉTICA.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.577.614

imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro); e enviar a notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apresentando o seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, destacando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. No caso de projetos do Grupo I ou II, apresentados à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador também deve informá-la, enviando o parecer aprobatório do CEP, para ser anexado ao protocolo inicial (Resolução nº 251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1954398.pdf	08/08/2022 12:13:52		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_CORRIGIDA.pdf	08/08/2022 12:11:55	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO.pdf	07/08/2022 17:41:57	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	RESPOSTA_PARECER_CEP.pdf	07/08/2022 17:41:01	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CO_PARTICIPANTE.pdf	06/06/2022 15:17:09	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	06/06/2022 15:13:06	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	LATTES_EQUIPE.docx	02/06/2022 16:17:19	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/06/2022 16:16:03	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	EQUIPE_EXECUTORA.pdf	27/05/2022 14:31:57	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	26/05/2022 08:56:32	JOAO CARLOS DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.577.614

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 11 de Agosto de 2022

Assinado por:

ALEANDRA DA SILVA FIGUEIRA SAMPAIO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.577.614

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 11 de Agosto de 2022

Assinado por:

ALEANDRA DA SILVA FIGUEIRA SAMPAIO
(Coordenador(a))


Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

ANEXO B – Declaração da Instituição Coparticipante

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa intitulado “**PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL SOB O ENFOQUE DO AUDIT**”, será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções CNS 466/12. e 510/16. Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa, e de seu compromisso na segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa, nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantir a segurança e o bem-estar.

Autorizo os pesquisadores: Claudia de Sousa Rodrigues (discente); Prof. Dr. João Carlos de Oliveira (orientador) e Dra. Joana D’Arc Vieira Couto Astolphi (co-orientadora), realizarem o envio de um questionário on line para o email dos servidores ativos da Universidade Federal de Uberlândia, contendo questões sobre o perfil sociodemográfico dos participantes e questões relacionadas ao AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*); no período de 11/08/22 a 20/08/22, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição por meio de plataformas digitais.



Universidade Federal de Uberlândia
Eminéa Aparecida Vinhais Lima
Coordenadora da Divisão de Promoção e Assistência
à Saúde do Servidor - Portaria R nº 736/13

EMINÉA APARECIDA VINHAIS LIMA
Coordenadora da Divisão de Promoção e Assistência à Saúde do Servidor (DIPASS)
Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor
Pró Reitoria de Gestão de Pessoas
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Uberlândia, 06 de junho de 2022