

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

LETÍCIA CUNHA FRANCO

**PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO ENTRE PROFESSORES
UNIVERSITÁRIOS**

BRASÍLIA

2016

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

LETÍCIA CUNHA FRANCO

PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO ENTRE PROFESSORES
UNIVERSITÁRIOS

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília
Área de concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem.
Linha de pesquisa: Epidemiologia e meio ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

BRASÍLIA

2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

FL648p Franco, Leticia Cunha Franco
Padrão de consumo de álcool e tabaco entre
professores universitários / Leticia Cunha Franco
Franco; orientador Pedro Sadi Monteiro Monteiro. --
Brasília, 2016.
113 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2016.

1. Álcool . 2. Tabaco. 3. Professores. I.
Monteiro, Pedro Sadi Monteiro, orient. II. Título.

LETÍCIA CUNHA FRANCO

**PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO ENTRE PROFESSORES
UNIVERSITÁRIOS**

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do Título de Doutor em Enfermagem
pelo Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro - Presidente

Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Cristine Alves Costa de Jesus – Membro efetivo

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo – Membro efetivo

Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Débora Luíza de Oliveira Rangel – Membro efetivo

Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Ivone Kamada – Membro suplente

Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Regina Maria Dias Buani dos Santos – Membro externo à Universidade de Brasília

Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal

Dedico essa obra àqueles que são inquietos na busca do conhecimento e que tem a investigação científica como ferramenta para a transformação da realidade e evolução do ser.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe Helena, pela presença no amor e na dor; aos meus irmãos Washington e Lígia pelo amor e lealdade; a minha afilhada Priscyla pelo carinho e paciência; aos meus avós Joaquim e Jacinta, por me terem sempre com muito cuidado e amor; aos meus amigos, que mesmo distantes, em outras cidades, se fazem juntos – Eva, Sheyla, Nunila, Gabriela e Diego. Ao colega de trabalho e amigo Hanstter.

Ao Professor Pedro Sadi Monteiro, que orientou e acolheu.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília pela oportunidade da concretude de sonhos.

RESUMO

FRANCO, Letícia Cunha. *Padrão de consumo de álcool e tabaco entre professores universitários*. 2016. 113p. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2016.

As substâncias psicoativas lícitas mais utilizadas são o álcool e o tabaco. Ambas legais, de fácil acesso e prejudiciais à saúde, por isso há crescente preocupação com esse consumo. Objetivo: estimar o padrão de consumo de álcool e tabaco entre professores universitários. Métodos: estudo transversal descritivo e analítico. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2014 e março de 2015, envolvendo 386 professores elegíveis da área de ciências da saúde do ensino superior público e privado da região Centro-Oeste do Brasil. Foram elegíveis todos os indivíduos que ministravam disciplinas para os cursos de Educação Física, Fisioterapia, Biomedicina, Biologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia e Medicina. Utilizou-se o Teste para Identificação do uso Prejudicial de Álcool e o questionário da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos. Os dados foram analisados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences, versão 17.0. Para a análise descritiva, foram utilizadas medidas de tendência central e percentual de frequência. As prevalências para o consumo de álcool e tabaco foram calculadas com intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher foram utilizados para testar a significância das diferenças entre as proporções. Valores com $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. Resultados: foi evidenciado na população investigada que a bebida alcoólica era consumida por 64,0% dos professores do ensino superior privado e por 79,1% dos professores do ensino superior público. Quanto ao consumo de tabaco, os que nunca fumaram no setor privado totalizaram 85,3%; no setor público, 81,3%. Conclusão: tanto na instituição pública como nas privadas houve significativa prevalência de consumo de álcool de baixo risco e maior prevalência de consumo de tabaco de baixo risco. Há necessidade de recomendação para a educação no uso de álcool e do tabaco e realização de novos estudos para aprofundamento no conhecimento de fatores associados à incorporação dos hábitos da ingestão do álcool e do uso do tabaco.

Descritores: Álcool, Tabaco, Professor.

ABSTRACT

FRANCO, Leticia Cunha. *Pattern of alcohol and tobacco consumption among university teachers*. 2016. 113p. Thesis (Doctorate) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasilia, Brasilia, DF, 2016.

The substances psychoactive licit most commonly used are alcohol and tobacco. Both legal, easy-to-access and hazardous to health, so there is a growing concern with this consumption. Objective: to estimate the pattern of alcohol and tobacco consumption among university teachers. Methods: the study was cross-sectional descriptive and analytical. The data collection occurred between August 2014 and march 2015, involving 386 teachers eligible in the area of health sciences of the higher education public and private sectors of the region Center-West of Brazil. Were eligible for all of the individuals who officiated subjects for the courses of Physical Education, Physiotherapy, Biomedicia, Biology, Nursing, Pharmacy, Nutrition, Dentistry and Medicine. We used the Test for the Identification of Harmful use of Alcohol and the questionnaire of the Worldwide Survey on Smoking in Adults. The data were analyzed in statistical program Statistical Package for the Social Sciences, version 17.0. For the descriptive analysis, were used as measures of central tendency and percentage frequency. The prevalence rates for the consumption of alcohol and tobacco were calculated with confidence interval of 95% (95% CI). The Chi-Square tests and Fisher's Exact were used to test the significance of differences between proportions. Values with $p < 0,05$ were considered statistically significant. Results: it was evidenced in the population investigated that the alcoholic beverage was consumed by the 64,0% of the teachers in private higher education and by 79,1% of teachers in public higher education. Regarding the consumption of tobacco, who have never smoked in the private sector amounted to 85,3% . Conclusion: both in public as in private, there was a significant prevalence of alcohol consumption low-risk and higher prevalence of tobacco consumption to low-risk. There is a need for a recommendation for education on the use of alcohol and tobacco and the conducting of further studies to deepen in the knowledge of factors associated with the incorporation of the habits of the intake of alcohol and tobacco use.

Descriptors: Alcohol, Tobacco, Teacher.

RESUMEN

FRANCO, Leticia Cunha. *Patrón de consumo de alcohol y tabaco entre los profesores universitarios*. 2016. 113p. Tesis (Doctorado) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, DF, 2016.

Las substâncias psicoactivas lícitas más utilizadas son el alcohol y el tabaco. Ambas legales, de fácil acceso y perjudiciales para la salud, por lo que existe una creciente preocupación con este consumo. Objetivo: estimar el patrón de consumo de alcohol y tabaco entre los profesores universitarios. Métodos: estudio transversal, descriptivo y analítico. La recolección de datos ocurrió entre agosto de 2014 y marzo de 2015, involucrando 386 profesores elegibles del área de ciencias de la salud de la enseñanza superior público y privado de la región Centro-Oeste de Brasil. Fueron elegibles todos los individuos que velaban disciplinas para los cursos de Educación Física, Fisioterapia, Biomedicina, Biología, Enfermería, Farmacia, Nutrición, Odontología y Medicina. Se utilizó la Prueba para la Identificación del uso Nocivo de Alcohol y el cuestionario de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Adultos. Los datos fueron analizados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences, versión 17.0. Para el análisis descriptivo, se utilizaron medidas de tendencia central y porcentaje de frecuencia. Las prevalências para el consumo de alcohol y tabaco se han calculado con un intervalo de confianza de 95% (IC 95%). Las pruebas de Ji-Cuadrado y Exacta de Fisher fueron utilizados para probar la significancia de las diferencias entre las proporciones. Valores con $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos. Resultados: se ha evidenciado en la población investigada que la bebida alcohólica era consumida por 64,0% de los profesores de la enseñanza superior privada y por el 79,1% de los profesores de la enseñanza superior pública. En cuanto al consumo de tabaco, los que nunca fumaron en el sector privado totalizaron 85,3%. Conclusión: tanto en las instituciones públicas como en las privadas hubo una significativa prevalencia de consumo de alcohol de bajo riesgo y mayor prevalencia de consumo de tabaco de bajo riesgo. Hay necesidad de recomendación para la educación en el uso de alcohol y del tabaco y la realización de nuevos estudios para profundizar en el conocimiento de los factores asociados a la incorporación de los hábitos de la ingesta del alcohol y del tabaco.

Descriptorios: Alcohol, Tabaco, Profesores.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. INCA - As estimativas para o biênio 2016-2017

41

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e da Classificação Internacional de Doenças. 2014. 33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização dos participantes de acordo com as variáveis epidemiológicas. Centro-Oeste do Brasil - 2014 - 2015. (n=212)	63
Tabela 2.	Caracterização dos participantes de acordo com as variáveis epidemiológicas e profissionais. Centro-Oeste do Brasil - 2014 - 2015. (n=212)	65
Tabela 3.	Padrão de consumo de álcool de professores do ensino superior no Centro-Oeste do Brasil - 2014 - 2015. (n=212)	66
Tabela 4.	Padrão de consumo de tabaco de professores do ensino superior no Centro-Oeste, Brasil - 2014 - 2015. (n=212)	68
Tabela 5.	Associação das variáveis epidemiológicas de acordo com o consumo de álcool entre professores do ensino superior no Centro-Oeste do Brasil - 2014 - 2015. (n=212)	68
Tabela 6.	Associação das variáveis epidemiológicas de acordo com o consumo de tabaco entre professores do ensino superior no Centro-Oeste do Brasil - 2014 - 2015. (n=212)	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH	Hormônios Adrenocorticotrópicos
ADH	Álcool Desidrogenase NADH2
ALDH2	Acetaldeído Desidrogenase
ATP	Adenosina Trifosfato
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
CAGE	Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional das Doenças
CISA	Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
CONICQ	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
CONTRAN	Conselho Nacional de Trânsito
DSM-I	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DUSI	Drug Use Screening Inventory
FAEE	Fatty Acid Ethyl Ester Syntethase
FTND	Fagerström Test for Nicotine Dependence
FTQ	Fagerström Tolerance Questionnaire
GABA	Ácido Gama-Aminobutírico
GL	Gay-Lussac
IHRA	Associação Internacional de Redução de Danos
INCA	Instituto Nacional de Câncer
NAD	Nicotinamidoadeninucleotídeo
NADH	Nicotinamidoadeninucleotídeo Reduzido
NMDA	N-Metil-D-Aspartato
OMS	Organização Mundial de Saúde
REDESTRADO	Rede de Estudos Sobre Trabalho Docente
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 ÁLCOOL	23
2.1.1 Aspectos históricos	23
2.1.2 Bioquímica do álcool	25
2.1.3 Efeitos e ações do álcool no organismo humano	27
2.1.4 Álcool: comercialização e legislação	29
2.1.5 Álcool: dependência	31
2.2 TABACO	33
2.2.1 Aspectos históricos	33
2.2.2 Bioquímica da nicotina	34
2.2.3 Efeitos e ações do tabaco no organismo humano	37
2.2.4 Tabaco: comercialização e legislação	40
2.2.5 Tabaco: dependência	42
2.3 ÁLCOOL, TABACO E FATORES INTERVENIENTES Á UTILIZAÇÃO	44
2.4 SAÚDE DO DOCENTE UNIVERSITÁRIO	46
2.5 AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO	49
2.5.1 Avaliação do consumo de álcool	49
2.5.2 Avaliação do consumo de tabaco	51
2.6 ÁLCOOL E TABACO: VIGILÂNCIA EM SAÚDE	52
3 OBJETIVOS	56
3.1 OBJETIVO GERAL	56
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	56
4 MATERIAL E MÉTODOS	57
4.1 TIPO DE ESTUDO	57
4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO	57
4.3 TAMANHO DA AMOSTRA	57
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	58
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	58
4.6 VARIÁVEIS A SEREM PESQUISADAS	58
4.6.1 Perfil epidemiológico dos professores	58

4.6.2 Ingestão de álcool	58
4.6.3 Consumo de tabaco	59
4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	59
4.8 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA	59
4.9 ANÁLISE DOS DADOS	60
4.10 ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS	60
5 RESULTADOS	62
6 DISCUSSÃO	71
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
8 REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas possui registros desde o início da humanidade. Estas substâncias ao entrarem em contato com o organismo, sob diversas vias de administração, atuam no Sistema Nervoso Central (SNC) produzindo alterações de comportamento, humor e cognição (OLIVENSTEIN, 1982).

Por classificação geral as substâncias psicoativas podem ser lícitas e ilícitas, enquanto pelo mecanismo de ação no SNC estas substâncias podem ser classificadas em: *Depressores da atividade do SNC* - substâncias que tendem a produzir diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, um exemplo desta classe temos o álcool; *Estimulantes da atividade do SNC* - substâncias que levam a um aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos, como exemplo desta classe temos a nicotina; *Perturbadores da atividade do SNC* - substâncias que provocam o surgimento de diversos fenômenos psíquicos anormais, sem que haja inibição ou estimulação globais do SNC, são exemplos LSD, *ecstasy* e anticolinérgicos (OMS, 1992; LARANJEIRA, NICASTRI, 1996).

Dentre as substâncias psicoativas lícitas, as mais utilizadas são o álcool e o tabaco. O álcool e o tabaco são semelhantes em vários aspectos: ambos são substâncias legais, largamente disponíveis, comercializadas na maior parte do mundo e altamente prejudiciais a saúde. Porquanto, a preocupação com o consumo destas substâncias é crescente, frente à morbimortalidade relacionada ao seu uso (OMS, 2004).

Um estudo acerca do consumo de álcool e drogas no Brasil, com participação de 5.040 pessoas de ambos os sexos, com idade entre 16 e 65 anos, em 2005, notou que o álcool foi a substância mais frequentemente utilizada, com relato de uso regular em 18% dos entrevistados (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008). E segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) um terço da população mundial adulta, um bilhão e 200 milhões de pessoas são fumantes, nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da feminina, sendo que nos países desenvolvidos o uso do tabaco pelas mulheres triplica (24%) e pelos homens fica na faixa de 42% (OMS, 2004).

O consumo de álcool e tabaco se mostra em crescimento e concomitantemente evidenciam-se os resultados negativos deste consumo, como o surgimento de doenças e o comprometimento da vida familiar e social.

Para Ribeiro (2009), em diferentes sociedades e culturas o uso de substâncias psicoativas foi um recurso dotado de importância social e subjetiva. Isto porque ao longo da história, tais substâncias foram muitas vezes consumidas pelos mais diferentes motivos: como

parte integrante de rituais socialmente construídos e legitimados, para reduzir dores, fomentar a capacidade física e psicológica em batalhas, proporcionar bem-estar subjetivo e até mesmo matar inimigos ou provocar a própria morte.

Esta pesquisadora considera que é possível perceber que nos diferentes contextos socioculturais, a utilização de plantas, ervas, raízes ou mesmo de substâncias produzidas pela análise e pela síntese química estiveram revestidas de efeitos de sentido diversos, para ela tal fato se justifica porque o que delimita o sentido de uma prática em um determinado momento e lugar não é pura e simplesmente a sua realidade objetiva, mas sim e principalmente as relações subjetivas e sociais que um dado grupo estabelece com a mesma (RIBEIRO, 2009).

Todavia, o consumo de substâncias psicoativas pode ser avaliado no tocante a diferentes modelos explicativos. O estudo de revisão da literatura de Pillon e Luis (2004) aponta a visão de alguns modelos explicativos para o consumo dessas substâncias: o *modelo moral* que associa o consumo à moral do indivíduo; *modelo médico ou da doença*, associa esse consumo a fatores biológicos e genéticos; o *modelo comportamental*, que considera o foco comportamento e o aprendizado; e o *modelo psicossocial* que acredita na relevância dos fatores ambientais e sociais.

Apesar dos diferentes olhares e modelos explicativos para consumo de substâncias psicoativas, é sabido que seu consumo de forma inapropriada reflete negativamente na saúde e nas relações humanas.

Em reflexão acerca dos danos decorrentes do consumo inadequado de substâncias psicoativas, como o álcool e o tabaco em diferentes espaços e culturas, fomos instigados a questionar o uso dessas substâncias em nosso meio acadêmico. Revisando a literatura disponível deparamos com a escassez de estudos que abordam essa temática, especialmente relacionada a populações adultas, professores universitários e das ciências da saúde, visto que não foram encontrados estudos que discutissem nossos objetivos e com metodologia semelhante a nossa proposta de pesquisa. A partir deste cenário percebemos a necessidade de conhecer e compreender possíveis fatores associados ao consumo de álcool e tabaco entre professores universitários da área de ciências da saúde, de maneira que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para a elaboração de estratégias terapêuticas e no planejamento de políticas de saúde com foco educativo e preventivo, com vistas à saúde e qualidade de vida do docente.

A preocupação com a saúde do docente universitário há alguns anos se manifesta no Brasil, como no estudo de Ribeiro et al., (2004), que avaliaram o consumo de substâncias psicoativas entre professores de medicina da Universidade de Juiz de Fora por meio do

questionário CAGE (acrônimo referente às suas quatro perguntas - *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener* - Instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso de álcool), em tradução *interromper, incomodado pela crítica, culpado e beber pela manhã*, instrumento utilizado para detecção de alcoolismo. A amostra deste estudo constitui-se de 180 participantes, mas na análise final de 98 questionários. Destes, a média etária foi de 44 anos de idade; prevalência do sexo masculino (n=80); observa-se que o uso do álcool foi o mais frequente, e as frequências de uso no ano (n=88), no mês (n=80) e na vida (n=80), se mantiveram semelhantes. Seguiu-se em frequência o uso no ano, mês e na vida, de tabaco (n=44; n=29; n=28) e tranquilizantes (n=31; n=18; n=12).

Outro estudo com foco semelhante foi o de Filho, Netto-Oliveira e Oliveira (2012), que por meio de investigação dos fatores de risco para qualidade de vida de professores universitários, apontaram ocorrências de 67,2% para consumo excessivo de álcool e 9,2% de fumantes. A amostra foi composta por 293 indivíduos; idade média de 48,6 anos; 42,3% do sexo masculino e 57,7% do sexo feminino. Neste estudo, apesar da não adoção de um questionário validado, o padrão de consumo de álcool foi estabelecido segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde, baseado em dose diária de consumo. No entanto, não houve padronização de consumo para o uso de tabaco.

Vendramento et al., (2007), também instigados pela preocupação com a saúde do docente universitário, avaliaram a prevalência do tabagismo em 336 professores de uma Instituição de Ensino Superior. Por meio da aplicação de questionário, foi observado prevalência de tabagismo de 8,34%. A prevalência quanto ao gênero foi de 68% entre homens e 32% entre mulheres. A maioria fumava há mais de 10 anos (61%) e iniciaram o tabagismo antes dos 20 anos de idade. A faixa etária de maior prevalência foi entre 31-40 anos (5,36%). As áreas com maior e menor prevalência foram a de humanas e sociais aplicadas com 11,5% e de saúde com 6,14%, respectivamente. Este estudo também não adotou um questionário padronizado e validado.

Ademais, uma pesquisa tipo caso controle com 385 pessoas, conduzida por Silva-Júnior (2012), avaliou as causas de ausência no trabalho por transtornos mentais e seus fatores associados entre trabalhadores segurados da Previdência Social, revelando forte associação desta ausência com alto consumo de tabaco e álcool. Portanto, a compreensão dos efeitos negativos resultantes do consumo de álcool e tabaco é aspecto importante para a prevenção de danos associados ao uso dessas substâncias.

E no intuito de evitar ou minimizar os danos decorrentes do consumo de álcool foram elaborados padrões de consumo, observando aspectos médicos e psicossociais.

O tipo e a quantidade de bebida alcoólica consumida podem ensejar a consequências desejáveis ou não. Nos Estados Unidos o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) usa o termo *uso moderado* para se referir ao consumo que não causa prejuízos individuais ao bebedor, nem problemas sociais. E considerando as unidades de bebida, o *uso moderado* é definido o consumo de até 14 unidades por semana para homens, até sete para mulheres e não mais que três para indivíduos de faixa etária superior a 65 anos (considerando a unidade-padrão de 14 g de etanol puro). E aconselha-se um ou dois dias semanais sem consumo de álcool. Para níveis diários, esse consumo refere-se a duas unidades alcoólicas para homens (28 g) e uma para mulheres (14 g) (GUNZERATH; FADEN; ZAKHARI; WARREN, 2004).

No Brasil é adotado o padrão de consumo de álcool 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 (OMS, 2014).

Ainda que os prejuízos resultantes do consumo inadequado de álcool sejam notórios, em 2012, 3,3 milhões de mortes ocorreram devido ao consumo prejudicial de álcool no mundo. E foram consumidos em média 8,7 litros de álcool por ano entre 2008 e 2010 no Brasil, sendo que a média mundial calculada pela OMS é de 6,2 litros (OMS, 2014). Esses dados consideram o público maior de 15 anos. Nos Estados Unidos, o problema atinge de 5% a 10% das pessoas e na América Latina de 3% a 23% da população é acometida pela dependência do álcool (VARGAS, 2009).

Em 2014, 16,5% dos adultos (≥ 18 anos) nas capitais brasileiras e no Distrito Federal afirmaram consumir bebidas alcoólicas de forma abusiva. Essa proporção foi maior na população de 25 a 34 anos (23,2%), em homens (24,8%) quando comparado às mulheres (9,4%) e entre a população com maior escolaridade (19,5% com 12 ou mais anos de estudo). Embora o Brasil ainda apresente um consumo elevado de álcool, verifica-se redução no consumo per capita entre 2005 (9,8L) e 2010 (8,7L) (BRASIL, 2014).

Visto a popularidade que o consumo de álcool alcança em diferentes regiões geográficas, faixas etárias, gêneros e grupos sociais, alguns autores apontam os fatores biopsicossociais como intervenientes no consumo de bebida alcoólica. No quesito biológico,

fatores hereditários e a predisposição ambiental são apontados como possíveis explicações para o consumo e dependência do álcool (FRONE, 2008; CARDOSO, 2009).

Outra substância psicoativa lícita que também apresentou redução no consumo, mas ainda representa importante problema em saúde pública, é o tabaco. Estima-se que um terço da população mundial adulta, cerca de dois bilhões de pessoas sejam fumantes, e no Brasil o número de fumantes permanece em queda (OMS, 2014). A prevalência de fumantes caiu de 34,8% em 1989, para 11,3% em 2013, como resultado da política de controle do uso de tabaco implementada no Brasil. Ressalta-se que para o consumo de nicotina não há padrão de consumo tolerável, pois esta substância é danosa mesmo em quantidades reduzidas e em diferentes apresentações (BRASIL, 2014).

O consumo de tabaco pode causar quase 50 tipos de doenças diferentes, sendo responsável por 25% das mortes por angina e infarto do miocárdio, 90% dos casos de câncer no pulmão, 25% das doenças vasculares e 30% das mortes decorrentes de câncer (INCA, 2005). No Brasil o tabagismo é apontado como segundo fator de risco mais importante para óbito (BRASIL, 2014).

No caso do tabaco, a literatura aponta como o principal fator interveniente à sua utilização, o estresse e a ansiedade. Sendo que a motivação é um fenômeno psicológico de relevância teórica e prática para a compreensão do consumo de tabaco e álcool (FRONE, 2008; CARDOSO, 2009). Esse aspecto permite explicar padrões de consumo isolado ou persistente de uma substância em termos das funções psicológicas específicas desempenhadas por esses comportamentos em cada indivíduo usuário (COOPER, 1987).

Revisando a literatura, nota-se que muitos estudos acerca do consumo de álcool e tabaco abordam o ambiente escolar, com foco em escolares e adolescentes. E apesar da escassa exploração desse tema no ambiente universitário, ainda existem poucas pesquisas no tocante ao uso de substâncias psicoativas entre os professores, mesmo com a dinâmica intensa e estressante vivenciadas no ambiente, o que pode refletir em adoecimento precoce e medidas de ajuste diário.

Nos últimos vinte anos nota-se o cotidiano fatigante dos docentes, que vem se construindo com uma reestruturação da educação superior, focada na expansão do número de vagas e cursos de graduação e pós-graduação e produção científica, para uma resposta social e mercadológica. Esse crescimento exigiu dos docentes, aumento da qualificação e intensificação do trabalho, o que não foi acompanhado por melhorias na qualidade de vida e de trabalho.

As circunstâncias sob as quais os docentes mobilizam as suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para atingir os objetivos da produção acadêmica, podem gerar sobre esforço ou hipersolicitação de suas funções psicofisiológicas. Se não há tempo para a recuperação, são desencadeados ou precipitados os sinais ou sintomas associados às atividades laborais (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005). Frustrações emocionais são peculiares a este fenômeno e podem conduzir a problemas como insônia, hipertensão, úlceras, consumo de álcool, tabaco e medicamentos, gerando e/ou aumentando problemas familiares e sociais (FERREIRA et al., 2015). Com isso, o docente pode apresentar prejuízos no planejamento das aulas, perda de criatividade e entusiasmo, baixa tolerância à frustração, sentimentos hostis e depreciativos com relação ao trabalho e a si próprio e muitas vezes o arrependimento e o desejo de abandonar a profissão (FERREIRA et al., 2015).

A literatura aponta para a necessidade de atenção à saúde do docente universitário, visto as peculiaridades laborais sob as quais esses profissionais estão expostos. Mesmo que as atividades dos docentes impliquem uma intensa exigência cognitiva e eles despendam tempo em jornadas que, muitas vezes, ultrapassam 40 horas semanais, o resultado de seu esforço é, em geral, impalpável. Ministrando aulas, pesquisando, participando de reuniões deliberativas, orientando estudantes, elaborando relatórios de produtividade a pedido de alguma instância da universidade; demandas acadêmicas ou administrativas de atualização de currículo acadêmico ou de informações acerca de sua formação ou qualificação; solicitações de financiamentos ou bolsas de pesquisa; pareceres de pesquisa para periódicos; leitura e resposta de *e-mails* de trabalho – tudo isso faz parte de uma produção quase sempre invisível aos olhos da própria comunidade acadêmica e, em particular, aos daqueles que estão fora dessa coletividade (OTÁLVARO; VELÁSQUEZ-TIRADO; GARCÍA; OCAMPO, 2013).

Considerando a insalubridade do cotidiano profissional dos docentes, é necessário investigar os comportamentos adotados para adaptação à vida diária, como o consumo de substâncias psicoativas, especialmente o álcool e o tabaco, que se revelam em adição em situações de elevado estresse e em transtornos mentais.

Pesquisa realizada em uma universidade de Minas Gerais encontrou transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde, evidenciando que 90,3% não usava tabaco, 74,6% dos docentes consumiam álcool, destes 20,2% possuía transtorno associado e mais significativo naqueles com maior esforço no trabalho (FERREIRA, 2015). Outro estudo descritivo que buscou determinar os padrões de consumo e dependência de nicotina, álcool e drogas, em uma universidade em Medellín na Colômbia, foram investigados 338 professores, revelando frequência de consumo de 92,3% para álcool,

destes 4,8% relataram consumir álcool no trabalho ou por problemas emocionais e 1,9% o fizeram por necessidade física (OTÁLVARO, 2013).

Dessarte, o cenário atual de trabalho do docente é fator predisponente para o adoecimento, e considera-se como objeto de estudo a associação estreita entre estresse laboral e consumo de substâncias psicoativas. Por isso, o objetivo desse estudo foi estimar o padrão de consumo de álcool e tabaco entre professores universitários, no intuito de gerar informações que possam colaborar na atenção à saúde e qualidade de vida desse profissional.

A carência de estudos e a fragilidade metodológica de algumas pesquisas com docentes, nos motiva a produção de pesquisa com maior rigor metodológico, no intuito de gerar evidências mais fortes e de alto impacto para as ciências e saúde do trabalhador universitário, considerando a relevância do ineditismo deste estudo.

Todavia, além da possibilidade de identificar possíveis formas de consumo de álcool e tabaco nos espaços universitários, ressaltamos que o consumo de ambas as substâncias são de interesse em saúde pública frente aos danos que podem causar à saúde das pessoas.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam gerar informações que serão disponibilizadas às autoridades educacionais e de saúde como subsídios na elaboração, implantação e fortalecimento de políticas de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Álcool

2.1.1 Aspectos históricos

Acredita-se que a bebida alcoólica teve origem na Pré-História durante o período Neolítico, com o advento da agricultura e da cerâmica. Mediante um processo de fermentação natural ocorrido há aproximadamente 10.000 anos o ser humano passou a consumir e a atribuir diferentes significados ao uso do álcool. Os celtas, gregos, romanos, egípcios e babilônios também registraram o consumo e a produção de bebidas alcoólicas (VIALA-ARTIGUES; MECHETTI, 2003).

No Antigo Testamento da Bíblia (Gênesis 9.21) Noé, após o dilúvio, plantou vinha e fez o vinho. Fez uso da bebida a ponto de se embriagar. Reza a bíblia que Noé gritou, tirou a roupa e desmaiou. Momentos depois seu filho Cam o encontrou "tendo à mostra as suas vergonhas". Foi o primeiro relato que se tem conhecimento de um caso de embriaguez. Michelangelo, famoso pintor renascentista (1475-1564), se inspirou nesse episódio para pintar um belíssimo afresco, no teto da Capela Sistina no Vaticano (JANSON, 1977). Nota-se, assim, que não apenas o uso de álcool, mas também a sua embriaguez, são aspectos que acompanham a humanidade desde seus primórdios.

Enquanto na Grécia e em Roma, o solo e o clima favoráveis ao cultivo da uva e produção do vinho permitiram que os gregos e romanos também conhecessem a fermentação do mel e da cevada, mas o vinho era a bebida mais difundida nos dois impérios tendo importância social, religiosa e medicamentosa (VIALA-ARTIGUES; MECHETTI, 2003; PURCELL, 2003).

No período da Grécia Antiga o dramaturgo grego Eurípedes (484 a.C.- 406 a.C.) menciona nas Bacantes duas divindades de primeira grandeza para os humanos: Deméter, a deusa da agricultura que fornece os alimentos sólidos para nutrir os humanos, e Dionísio, o Deus do vinho e da festa. Apesar do vinho participar ativamente das celebrações sociais e religiosas greco-romanas, o abuso de álcool e a embriaguez alcoólica já eram severamente censurados pelos dois povos (VIALA-ARTIGUES; MECHETTI, 2003).

Todavia, os egípcios deixaram documentado nos papiros as etapas para o processo de fabricação, produção e comercialização da cerveja e do vinho. Eles também acreditavam que as bebidas fermentadas eliminavam os germes e parasitas e deveriam ser usadas como

medicamentos, especialmente na luta contra os parasitas provenientes das águas do Nilo. (VIALA-ARTIGUES; MECHETTI, 2003).

Na idade média a comercialização do vinho e da cerveja tiveram crescimento, regulamentação e a intoxicação alcoólica deixa de ser apenas condenada pela igreja e passa a ser considerada um pecado por esta instituição (VIALA-ARTIGUES; MECHETTI, 2003).

Posteriormente, durante a Renascença passa existir a fiscalização das casas de prostituições e bares, sendo estipulados horários de funcionamento a estes locais. Esses estabelecimentos eram considerados locais onde as pessoas podiam se manifestar livremente (VIALA-ARTIGUES; MECHETTI, 2003).

O final do século XVIII e início da Revolução Industrial foram acompanhados por mudanças demográficas e de comportamentos sociais na Europa. É durante este período que o uso excessivo de bebida passa a ser visto por alguns como uma doença ou desordem. Ainda no início e na metade do século XIX alguns estudiosos passam a tecer considerações sobre as diferenças entre as bebidas destiladas e as bebidas fermentadas, em especial o vinho. Neste sentido, Pasteur em 1865, não encontrando germes maléficos no vinho declara que esta é a mais higiênica das bebidas (VIALA-ARTIGUES; MECHETTI, 2003).

Durante o século XX países como a França passam a estabelecer a maioria de 18 anos para o consumo de álcool e em janeiro de 1920 o Estado Americano decreta a Lei Seca que teve duração de quase 12 anos. A Lei Seca proibiu a fabricação, venda, troca, transporte, importação, exportação, distribuição, posse e consumo de bebida alcoólica e foi considerada por muitos um desastre para a saúde pública e economia americana. E no ano de 1952 com a primeira edição do DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que o alcoolismo passou a ser tratado como doença (JEROME, 1993; VIALA-ARTIGUES; MECHETTI, 2003).

No ano de 1967, o conceito de doença do alcoolismo foi incorporado pela Organização Mundial de Saúde à Classificação Internacional das Doenças (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde. No CID-8, os problemas relacionados ao uso de álcool foram inseridos dentro de uma categoria mais ampla de transtornos de personalidade e de neuroses. Esses problemas foram divididos em três categorias: dependência, episódios de beber excessivo (abuso) e beber excessivo habitual. A dependência de álcool foi caracterizada pelo uso compulsivo de bebidas alcoólicas e pela manifestação de sintomas de abstinência após a cessação do uso de álcool (GEORGE, 1983; NIAAA, 1995).

O consumo de bebidas alcoólicas acompanhou a evolução da humanidade e de forma concomitante foi aperfeiçoada a produção e diversidade desta bebida. Entre as bebidas

alcoólicas mais consumidas e conhecidas estão: cerveja, cachaça, vinho, vodka, champanhe, tequila, uísque, conhaque e gim. No Brasil a aguardente, bebida típica, é produzida desde o século XII, no entanto atualmente a mais consumida é a cerveja (VIEIRA, 2010).

2.1.2 Bioquímica do álcool

Os álcoois são compostos orgânicos que apresentam o grupo funcional hidroxila ($-OH$) preso a um ou mais carbonos saturados. A classificação dos álcoois depende da posição da hidroxila: álcoois primários – apresentam sua hidroxila ligada a carbono na extremidade da cadeia, com um grupo característico $-CH_2OH$; álcoois secundários – apresentam sua hidroxila unida a carbono secundário da cadeia e possui grupo característico $-CHOH$; álcoois terciários – apresentam sua hidroxila ligada a carbono terciário, possuindo o grupo $-COH$ (CORBETT, 1982; PIETRANTONI; KRUPPEL, 1991; GOODLETT; HORN, 2001).

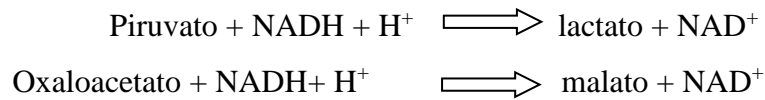
Os álcoois primários e saturados de cadeia normal com até onze carbonos são líquidos incolores, os demais são sólidos. Os álcoois de até três carbonos possuem cheiro agradável e à medida que a cadeia carbônica aumenta, esses líquidos vão se tornando viscosos, de modo que acima de onze carbonos, eles se tornam sólidos inodoros, semelhantes à parafina (CORBETT, 1982; PIETRANTONI; KRUPPEL, 1991; GOODLETT; HORN, 2001).

Os álcoois são compostos muito reativos devido à presença da hidroxila. Apresentam caráter ácido e por isso reagem com metais, anidridos, cloretos de ácidos, metais alcalinos. Os principais álcoois são: metanol ($H_3C - OH$), que é produzido em escala industrial a partir de carvão e água e usado como solvente em muitas reações e como matéria-prima em polímeros; glicerol ($C_3H_8O_3$), líquido xaroposo, incolor e adocicado, obtido através de uma saponificação (reação que origina sabão) dos ésteres que constituem óleos e gorduras. Empregado na fabricação de tintas, cosméticos e na preparação de nitroglicerina (explosivo); etanol (C_2H_6O), usado como solvente na produção de bebidas alcoólicas, na preparação de ácido acético, éter, tintas, perfumes e como combustível de automóveis (CORBETT, 1982; PIETRANTONI; KRUPPEL, 1991; GOODLETT; HORN, 2001).

O etanol é uma molécula que atravessa facilmente a membrana celular, por isso o equilíbrio de concentrações entre o sangue e os tecidos é atingido rapidamente, sendo absorvido através das mucosas da boca e esôfago, estômago, cólon e a maior parte a nível da porção proximal do intestino delgado. A velocidade de absorção aumenta com o rápido esvaziamento gástrico e com a ausência de proteínas, lípidos ou hidratos de carbono que interfiram com a absorção. Sua excreção ocorre pelos pulmões, urina e suor, mas a maior

parte é metabolizado em acetaldeído pelo fígado (CORBETT, 1982; PIETRANTONI; KRUPPEL, 1991; GOODLETT; HORN, 2001).

Existem pelo menos duas vias metabólicas do etanol, sendo que a mais importante tem lugar no citosol, principalmente a nível hepático. O etanol é oxidado em acetaldeído por ação da álcool desidrogenase. O acetaldeído é depois convertido em acetato (no citosol ou nas mitocôndrias) por ação da aldeído desidrogenase. Cada uma destas reações requer NAD^+ (nicotinamido adenin nucleotídeo) com aumento da relação NADH (dinucleótido de nicotinamida e adenina)/ NAD . O excesso de NADH vai promover as reações catalisadas pelas desidrogenases láctica e málica no sentido da produção de lactato e de malato:



O piruvato e o oxaloacetato são utilizados na célula para gliconeogênese. Uma vez que são consumidos nas reações das desidrogenases já referidas deixam de estar disponíveis em concentrações suficientes para a gliconeogênese. Por outro lado, a gliconeogênese, assim como a β oxidação, necessitam de NAD^+ , que não está disponível. Com isso ocorre a hipoglicemia (CORBETT, 1982; PIETRANTONI; KRUPPEL, 1991; GOODLETT; HORN, 2001).

A outra via metabólica do etanol tem lugar nos microsomas, do retículo endoplásmico liso. Neste são oxidados cerca de 10% do etanol, desde que se apresente em concentrações elevadas no sangue. A atividade deste sistema pode aumentar após exposição repetida ao etanol. No homem a reação catalisada pelo álcool desidrogenase é irreversível. No entanto, no intestino existem microorganismos que podem produzir etanol, como produto final da glicólise. Este processo designa-se por fermentação alcoólica (CORBETT, 1982; PIETRANTONI; KRUPPEL, 1991; GOODLETT; HORN, 2001).

Os efeitos do álcool no comportamento humano dependem da dose ingerida, do peso corporal, da velocidade de aumento da sua concentração no plasma, da presença de outras drogas, de doenças coexistentes e da habituação anterior. Alterações de comportamento, psicomotoras e cognitivas são observadas a níveis reduzidos de 20 a 30 mg/dL. A narcose (ou sono profundo) surge na maior parte das pessoas entre 160 e 200 mg/dL e a morte pode ocorrer entre 300 e 400 mg/dL (CORBETT, 1982; PIETRANTONI; KRUPPEL, 1991; GOODLETT; HORN, 2001).

O mecanismo de ação do etanol no tecido nervoso ainda não está completamente esclarecido, doses diminutas alteram os neurotransmissores e a fluidez das membranas celulares. Quando as células se adaptam à exposição crônica ao etanol, as alterações bioquímicas ou estruturais podem persistir durante várias semanas, de que resulta um estado de dependência celular do álcool (GOODLETT; HORN, 2001).

No etilista que bebe durante muitas horas seguidas, geralmente sem ingestão alimentar, prevalece o consumo de glicogênio hepático, o que contribui para a ocorrência de hipoglicemia nestes indivíduos. O etilismo acompanha-se muitas vezes de má nutrição, pois apesar do álcool conter cerca de sete kcal/g, as bebidas alcoólicas contêm quantidade negligenciável de vitaminas, oligoelementos e proteínas. A carência de tiamina é relativamente frequente e esta é essencial para a atividade da piruvato desidrogenase. O etanol ingerido é convertido em metabolitos intermediários do ciclo de Krebs que podem ser utilizados para produzir ATP (adenosina trifosfato). Quando o indivíduo pára de beber a concentração daqueles cetoácidos abaixa, sendo necessária a ativação da glicólise para assegurar a produção de ATP. A carência de tiamina limita a atividade da via das fosfopentoses, origina aumento da formação de lactato e lesões cerebrais (CORBETT, 1982; PIETRANTONI; KRUPPEL, 1991; GOODLETT; HORN, 2001).

2.1.3 Efeitos e ações do álcool no organismo humano

Os efeitos do consumo de álcool podem ocorrer em qualquer nível do neuroeixo, incluindo o encéfalo, nervos periféricos e músculos, sendo que a intoxicação pelo álcool resulta de seus efeitos farmacológicos diretos, que podem variar desde agitação ao coma. Sabe-se que seus efeitos inibitórios decorrem de sua ação antagonista ao receptor NMDA (N-Metil-D-Aspartato) de Glutamato (principal neurotransmissor excitatório) e à potencialização dos receptores GABA (ácido gama-aminobutírico (principal neurotransmissor inibitório)) (AMINOFF, 2007).

Sinais precoces de intoxicação incluem euforia, flutuações de humor, desinibição social, ataxia leve, nistagmo, disartria, rubor facial, taquicardia e midríase (MARTINS; NETO; VELASCO, 2005). Em pacientes não-etilistas, pode haver prejuízo da coordenação e da cognição quando atingidas concentrações de álcool séricas entre 31 e 65 mg/dL. À medida que esses níveis aumentam, passam a predominar sinais de depressão do SNC, levando ao coma, hiporreflexia, depressão respiratória e hipotensão arterial (AMINOFF, 2007).

Embora os efeitos comportamentais do álcool tenham correlação direta com as concentrações séricas, pode ocorrer o desenvolvimento rápido de tolerância e subsequente modificação da resposta clínica do indivíduo. Pode ocorrer tolerância aguda após dose única de álcool, levando o paciente à sobriedade em concentrações séricas acima da que causou a intoxicação prévia. Em etilistas crônicos, a tolerância pode ser capaz de permitir sobriedade em concentrações séricas acima de 100 mg/dL. Sendo assim, foi observado que uma dose de álcool pode ser letal para não etilistas e nem gerar sinais de intoxicação em etilistas crônicos. Doses letais em etilistas crônicos situam-se em torno de 730 a 780 mg/dl (HAES et al., 2010).

O álcool etílico tem uma ação rápida e temporária e a absorção através das mucosas do tubo digestivo e do trato respiratório ocorre fácil e rapidamente. Quando ingerido, a absorção se inicia na mucosa oral e se completa pela mucosa gástrica e intestinal. Frequentemente é encontrado na corrente sanguínea dentro de uma hora após a ingestão, levando a uma alcoolemia ascendente, em 60 a 90 minutos, com posterior queda em 9 a 24 horas (CORBETT, 1982; PIETRANTONI; KRUPPEL, 1991). Em jejum, o etanol é absorvido principalmente no duodeno e no jejuno. Quando ingerido com a comida, mais de 70% do álcool é absorvido no estômago (CARTOT et al., 1986).

Sendo solúvel em água, o etanol se distribui pelos tecidos e secreções, de acordo com o seu teor hídrico, passando também para a circulação fetal. Aproximadamente 90% do etanol ingerido é oxidado no fígado, podendo ser metabolizado em outros tecidos, numa proporção menor. Além de sofrer oxidação, também pode ser conjugado a outras moléculas, por meio de diversas enzimas (CORBETT, 1982; PIETRANTONI; KRUPPEL, 1991).

O álcool etílico sofre, inicialmente, a ação da enzima álcool desidrogenase (alcohol dehydrogenase - ADH), com interferência do NAD (nicotinamidoadeninucleotídeo), originando o acetaldeído. Neste vai agir a enzima acetaldeído desidrogenase (aldehyde dehydrogenase - ALDH2), com a participação do NAD e do NADH2 (nicotinamidoadeninucleotídeo reduzido), transformando-se em ácido acético que, uma vez liberado na corrente sanguínea, originará o O₂ e o CO₂ nos tecidos periféricos. O acetaldeído é mais tóxico que o etanol, mas não se sabe se está envolvido na teratogenia do álcool (PIETRANTONI; KRUPPEL, 1991).

Além disso, o etanol sofre metabolização enzimática no fígado, pelo citocromo P450 2E1 (CYP450 2E1). Aproximadamente 2% a 10% do etanol não é oxidado. Pode ser conjugado a outras moléculas, por enzimas como a ácido graxo etil éster sintetase (FAEE - fatty acid ethyl ester synthetase), produzindo ácido graxo etil éster (FAEEs - fatty acid ethyl ester).

ester) e a glucoronil transferase, originando o etil glucoronídeo (PIETRANTONI; KRUPPEL, 1991).

A eliminação do álcool etílico, na forma inalterada ou nos seus subprodutos, faz-se principalmente pelos rins e pelos pulmões, sendo que o acetaldeído confere um odor peculiar ao ar exalado. Pequena proporção pode ser encontrada no suor, nos sucos entéricos e no leite. Nas fezes não são encontrados, porque a absorção pelo trato digestivo é completa (CORBETT, 1982).

Apesar do consumo do álcool ser milenar e do forte fator cultural envolvido, a ingestão em excesso de bebidas alcoólicas é considerada o quinto fator de risco mais importante para a ocorrência de mortes prematuras e incapacidades no mundo, entre elas as doenças cardiovasculares, hepáticas, nutricionais e certos tipos de câncer, além de causar dependência química e facilitar a ocorrência de violências e acidentes (WHO, 2000).

O uso de bebidas alcoólicas pode aumentar o risco de câncer de cavidade oral, laringe, faringe, esôfago, fígado, mama, colorretal em homens, e, possivelmente colorretal em mulheres. Além disso, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode provocar violência, suicídio e acidentes de trânsito, dependência química e outros problemas de saúde como cirrose, pancreatite, demência, polineuropatia, miocardite, desnutrição, hipertensão arterial e infarto (INCA, 2005).

Apesar de o álcool não ser um carcinogênico de ação direta, um de seus metabólitos – o acetaldeído – pode atuar como promotor da formação de tumores. Não há nível seguro de consumo de álcool relacionado ao câncer. Mulheres grávidas, crianças, adolescentes e pessoas com histórico de alcoolismo não devem ingerir bebida alcoólica (INCA, 2005). E pessoas que consomem diariamente mais de seis doses de bebida com elevado teor de álcool apresentam probabilidade dez vezes maior de desenvolver o câncer, quando comparados com os que não bebem. Alcoólicos fumantes têm 100 vezes mais probabilidade de desenvolver a doença (INCA, 2005).

2.1.4 Álcool: comercialização e legislação

Apesar dos malefícios do consumo de álcool, segundo o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool - CISA (2013), a produção e a comercialização de bebidas alcoólicas gera empregos diretos e indiretos, divisas decorrentes da exportação e da taxação, contudo, os benefícios advindos deste comércio resulta em prejuízo para a sociedade, frente à toxicidade

física, embriaguez e dependência causadas pelo álcool. Diante disso nota-se que o álcool é um produto para consumo com várias peculiaridades.

Nosso país possui grande expressividade tanto na produção como no consumo de álcool, há aproximadamente 6 milhões de hectares para cultivo de cana-de-açúcar, sendo que 85% desta produção concentra-se na Região Centro-Sul (São Paulo, com 60% da produção) e os 15% restantes na região Norte-Nordeste (NOVA CANA, 2013). A ingestão de álcool é diversificada na sociedade e em diferentes países, mas o consumo de álcool é maior em países desenvolvidos e menor em países africanos e islâmicos. Em termos de gênero sexual, o uso de álcool é mais frequente entre homens (CISA, 2013).

Frente ao crescimento exponencial do consumo de bebidas alcoólicas, a Organização Mundial de Saúde (2001) sugere algumas medidas para redução dos danos decorrentes do uso abusivo dessa substância, como: *taxação das bebidas alcoólicas*, no intuito e diminuir o consumo; *regulação da disponibilidade física do álcool*, para redução do acesso; *modificação do contexto local de consumo de bebidas alcoólicas*, como a co-responsabilização dos estabelecimentos que vendem álcool; *medidas de combate ao beber e dirigir*.

No Brasil a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, dispõe sobre a restrição às propagandas de bebidas alcoólicas. De acordo com a lei, fica vedada a veiculação nas emissoras de rádio e televisão, da propaganda de bebidas com teor alcoólico acima de 13º Gal-Lussac (GL) durante o período compreendido entre as seis e as vinte e uma horas, além de proibir a associação desses produtos ao esporte, à condução de veículos, ao desempenho saudável de qualquer atividade e a imagens ou idéias de maior êxito ou de sexualidade das pessoas. Ademais, há para todas as bebidas com teor alcoólico a auto-regulamentação publicitária (BRASIL, 1996).

Em dezembro de 2012 foi sancionada a Lei nº 12.760 que regulamenta a “Lei Seca” (nº 11.705/2008), outra medida que influencia no consumo de álcool em nosso país. Esta Lei altera o Código de Trânsito Brasileiro, pois além de aumentar o valor da multa administrativa (de R\$ 957,69 para R\$ 1.915,38, podendo dobrar em caso de reincidência no período de 12 meses), amplia as possibilidades de provas da infração de dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer substância psicoativa, as quais foram disciplinadas pelo Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) na Resolução nº 432 de 23 de janeiro de 2013 (BRASIL, 2012).

Diante dos efeitos negativos do álcool no indivíduo, na família e na sociedade, o Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde lançou em 2004 a Política de Álcool e Redução de Danos para países em transição. A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) define redução de danos como políticas e programas que tentam

principalmente reduzir, para os usuários, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento (BUNING et al., 2003).

2.1.5 Álcool: dependência

A conceituação da Síndrome da Dependência do Álcool como importante passo rumo às abordagens modernas. Conforme conceituaram, na década de 70, os cientistas Edwards e Gross, os principais sinais e sintomas de uma Síndrome de Dependência do Álcool são os seguintes (DUARTE; MORIHISA; SHIGUO, 2012): Estreitamento do repertório de beber: as situações em que o sujeito bebe se tornam mais comuns, com menos variações em termos de escolha da companhia, dos horários, do local ou dos motivos para beber, ficando ele cada vez mais estereotipado à medida que a dependência avança; Saliência do comportamento de busca pelo álcool: o sujeito passa gradualmente a planejar seu dia a dia em função da bebida, como vai obtê-la, onde vai consumi-la e como vai recuperar-se, deixando as demais atividades em plano secundário; Sensação subjetiva da necessidade de beber: o sujeito percebe que perdeu o controle, que sente um desejo praticamente incontrolável e compulsivo de beber; Desenvolvimento da tolerância ao álcool: por razões biológicas, o organismo do indivíduo suporta quantidades cada vez maiores de álcool ou a mesma quantidade não produz mais os mesmos efeitos que no início do consumo; Sintomas repetidos de abstinência: em paralelo com o desenvolvimento da tolerância, o sujeito passa a apresentar sintomas desagradáveis ao diminuir ou interromper a sua dose habitual. Surgem ansiedade e alterações de humor, tremores, taquicardia, enjoos, suor excessivo e até convulsões, com risco de morte; Alívio dos sintomas de abstinência ao aumentar o consumo: nem sempre o sujeito admite, mas um questionamento detalhado mostrará que ele está tolerante ao álcool e somente não desenvolve os descritos sintomas na abstinência porque não reduz ou até aumenta gradualmente seu consumo, retardando muitas vezes o diagnóstico; Reinstalação da síndrome de dependência: o padrão antigo de consumo pode se restabelecer rapidamente, mesmo após um longo período de não uso.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (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 1 apresenta uma comparação entre os critérios de dependência referidos nas classificações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (ASSOCIAÇÃO AMERICANA

DE PSIQUIATRIA, 2014) e da Classificação Internacional de Doenças. Esses dois sistemas de classificação facilitam a identificação da dependência de substância psicoativa (DUARTE; MORIHISA, 2012).

Quadro 1. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e da Classificação Internacional de Doenças. 2014.

Comparação entre critérios de abuso e uso nocivo da DSM-IV e CID-10	
ABUSO	USO NOCIVO
<p>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:</p> <p><i>Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:</i></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><i>Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:</i></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. 	<p>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> <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.

2.2 Tabaco

2.2.1 Aspectos históricos

O tabaco possui longa história originada nas Américas. Os índios Maias do México esculpiam desenhos em pedra mostrando seu uso. Estes desenhos datam de um período entre 600-900 d.C. O tabaco foi cultivado pelos índios americanos antes dos europeus, eles fumavam tabaco através de um tubo para fins religiosos e médicos e não fumavam diariamente (COOPER, 1987).

O tabaco foi a primeira safra cultivada com fins comerciais na América do Norte. Em 1612 os colonos da primeira colônia americana em Jamestown, na Virgínia, plantavam o tabaco como cultura de rendimento. Era a sua principal fonte de dinheiro. Naquela época as outras culturas comerciais eram o milho, algodão, trigo, açúcar e soja. O tabaco ajudou a financiar a Revolução Americana contra a Inglaterra (COOPER, 1987).

Por volta de 1800, muitas pessoas passaram a consumir pequenas quantidades de tabaco. Alguns mastigavam, outros fumavam ocasionalmente através de um tubo, ou enrolavam manualmente o cigarro ou o charuto. Em média, as pessoas fumavam cerca de 40 cigarros por ano (COOPER, 1987).

Todavia, Cristóvão Colombo ao chegar à América, recebeu como presente dos índios americanos folhas de tabaco secas. Logo depois os marinheiros trouxeram tabaco de volta para a Europa e essa planta passou a ser cultivada em toda a Europa (MUSK; KLERK, 2003).

A principal razão para a crescente popularidade do tabaco na Europa eram suas supostas propriedades de cura. Em 1571, um médico espanhol chamado Nicolas Monardes escreveu um livro sobre a história das plantas medicinais do mundo novo. Durante o século XVII, o tabaco se popularizou e tão logo também apresentou seus potenciais danos. Em 1826, surge a forma pura da nicotina e logo os cientistas concluem que a nicotina era prejudicial a saúde (MUSK; KLERK, 2003)

Durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), as vendas de cigarros estavam em alta. Os cigarros foram incluídos na alimentação dos soldados. E na década de 1950, ficou em evidência o fato que o tabagismo estava associado ao câncer de pulmão. Embora a indústria tabagista negasse os riscos para a saúde, as empresas desenvolveram novos produtos que eram "mais seguros", como os cigarros com filtro e com menos alcatrão (ROSEMBERG, 2002; BORIO, 2009).

Com a expansão do consumo do tabaco, também houve crescimento da produção de conhecimento acerca do seu uso, determinando-se que o tabagismo é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças não transmissíveis e a principal causa de óbitos e enfermidades no Brasil. Da década de 1930 até os anos 90, a proporção de mortes por doenças não transmissíveis cresceu mais de três vezes no país. Em 2004, as doenças não transmissíveis foram responsáveis por aproximadamente 63% da mortalidade devido a causas conhecidas (ROSEMBERG, 2002). Atualmente as formas mais praticadas são o cachimbo, rapé, charuto e cigarro (ROSEMBERG, 2002; BORIO, 2009).

2.2.2 Bioquímica da nicotina

A nicotina é uma amina terciária composta de anéis de piridina e pirolidina. Existem formas racêmicas estereoisômeras de estrutura tridimensional. No tabaco, duas estão permanentemente presentes: l-nicotina e d-nicotina. A primeira é 100 vezes mais ativa farmacologicamente, constituindo 90% do total. No ato de fumar, atingindo a brasa do cigarro em torno de 800°C, surgem formas racêmicas (FDA, 1995). Estereoisômeros da nicotina variam com as plantas do tabaco. Na *Nicotiana tabacum* encontram-se os mais importantes farmacologicamente, como a anabasina, anabatina, nornicotina, miosina, metilanabasina nicotirina, nornicotirina (SCHMELTZ; HOFFMANN, 1977). Nornicotina e anabasina possuem atividade semelhante à da nicotina. O tipo do tabaco, o modo e a frequência das tragadas influem a quantificação desses alcalóides (SCHMELTZ; HOFFMANN, 1977).

Os mais importantes metabolitos, quantitativa e qualitativamente, são a cotinina e o óxido-N-nicotina. São utilizados vários biomarcadores que atestam a absorção de substâncias contidas no tabaco pelos fumantes regulares e fumantes passivos. Dos mais usados, destacam-se a nicotina e a cotinina, seu principal metabolito. Também são utilizados o tiocianato na saliva, a carboxihemoglobina no sangue e o monóxido de carbono no ar expirado, estes porém comportam técnicas menos práticas (ROSEMBERG, 1999).

Nicotina e cotinina podem ser pesquisadas na urina, no sangue e na saliva, sendo o primeiro material orgânico de mais fácil utilização na rotina. A nicotina é mais limitada porque sua meia vida é de duas horas, já a da cotinina prolonga-se por 36 a 40 horas, e às vezes até mais (BENOWITZ, 1998). A presença da cotinina ou nicotina nos materiais orgânicos não diferencia se é de fumante regular ou fumante passivo. Nos dois casos, seus níveis de concentração em qualquer material são lineares com as quantidades de tabaco consumidas pelos tabagistas e com o grau de exposição à poluição tabágica ambiental pelos

fumantes passivos. Por isso, esta é mais usada como marcador para estudar comportamentos de fumantes, pois pode ser detectada na urina, na saliva e no sangue muitas horas depois de cessado de fumar. Na maioria dos casos, na urina colhida dois dias depois de se ter fumado o último cigarro, ainda pode-se recuperar até 90% da cotinina. Esta é farmacologicamente inativa e ao final é metabolizada, gerando trans-3-hidroxicotinina (34%) e glucoranide de nicotina (13%), ambas também sem atividade farmacológica (FEYEREBEND; INGS; RUSSEL, 1995).

Pelo exposto, compreende-se porque a cotinina é preferida aos outros marcadores, que são mais fugazes e complicados operacionalmente, como o tiocianato na saliva, a carboxihemoglobina no sangue e o monóxido de carbono no ar expirado. Nos tabagistas regulares, as concentrações de nicotina no sangue arterial chegam a ser 10 vezes mais elevadas que no sangue venoso e são ainda maiores nos fumantes de charutos. Análises em série, das concentrações de nicotina no sangue de tabagistas, revelam sua rápida elevação após a tragada, atingindo o pico máximo, cerca de 10ng/ml, ao cabo de 5 a 10 minutos (WALD, 1991).

Estudos de absorção da nicotina, marcada com carbono 14, revelam diferenças na sua absorção nos organismos. Os não tragadores acusaram 22% a 42% de nicotina retida na cavidade oral, enquanto nos tragadores, ela foi absorvida entre 70% a 90% da dose tragada. Os que expiravam imediatamente a nicotina retida na boca, a absorção foi de 40% a 50%. O consumo diário de nicotina, apesar das variações, é em geral em torno de 10mg a 61mg. O mais importante, entretanto, é sua concentração no sangue. As concentrações de nicotina caminham paralelamente à da carboxihemoglobina, porque, com a tragada, inala-se monóxido de carbono, também de acordo com o teor de nicotina contido no cigarro. Em média, inala-se 1.0mg de nicotina (WALD, 1980).

A nicotina sofre várias metabolizações, a maior parte no fígado e, em grau bem menor, nos pulmões. Finalmente é excretada pelos rins por filtração glomerular e secreção tubular – essa excreção depende do pH. Quando a urina se acidifica, a secreção tubular diminui. Quando ela é alcalina, a nicotina não se ioniza, aumentando a absorção tubular, sendo, portanto menos excretada, mantendo por maior tempo concentrações mais altas na circulação. A associação do fumo com a ingestão de álcool aumenta a eliminação da nicotina porque aquele acidifica a urina. É por isso que os nicotino-dependentes, quando tomam álcool, têm necessidade de encurtar o intervalo entre os cigarros fumados, pois os níveis sanguíneos daquele alcalóide caem mais rapidamente havendo necessidade de recompô-los; fumando mais (ARMITAGE, 1965). Os tabagistas são, por isso, obrigados a manter as concentrações

de nicotina no sangue, exigidas pela dependência física. Conseqüentemente quanto mais alcalina é a nicotina, maior tempo permanece no organismo e com níveis mais altos (TURNER; ARMITAGE; BRIANT, 1975).

A nicotina encontra-se no tabaco sob diversos aspectos: uma fração situa-se na fase particulada e outra na fase gasosa. Nesta última, é absorvida mais facilmente pelo organismo. Por anos, a indústria tabaqueira pesquisou a transposição da nicotina da fase particulada para a gasosa. Existe uma nicotina livre no tabaco e outra ligada (presa) a sais diversos. A primeira é mais rapidamente absorvida e causa maior impacto nos centros nervosos cerebrais. A nicotina presa está geralmente na fase particulada. Parte da nicotina livre está nesta fase, mas a maior quantidade encontrasse na fase gasosa. A última é mais ativa. São rapidamente absorvidas e intensificam o grau de dependência (BACKHURST, 1966).

Dos 600 aditivos que a indústria emprega no tabaco, para torná-lo mais palatável, vários têm a função de liberar mais nicotina. Entre estes, o mais importante é a amônia. Esta é alcalina e eleva o pH da nicotina. Quanto mais alto o pH, de 11 para cima, maior a liberação da nicotina, maiores são sua difusão orgânica e penetração pelas membranas celulares nos tecidos. Com o pH elevado, a nicotina é mais retida no organismo porque é mais facilmente reabsorvida pelos túbulos renais, diminuindo sua eliminação, e, com isso, elevando sua concentração sanguínea. A amônia constitui o melhor aditivo por liberar mais nicotina, provocando maior impacto cerebral e produzindo o efeito denominado “booster”. Assim, há maior liberação de dopamina, produzindo maior estado prazeroso e euforia no tabagista que, em conseqüência, consome mais cigarros (KESSLER, 1994).

Estudos realizados com nicotina, marcada com carbono 14, mostraram que fumantes que não tragam absorvem de 22% a 42% da nicotina mantida na cavidade bucal, enquanto os que tragam, inalam e absorvem de 70% a 90% da quantidade total de nicotina. Verificou-se também que quando se expira rapidamente após a tragada, a absorção da nicotina é de 40% a 50% do total. O consumo diário de tabagistas regulares é de 10mg a 61mg de nicotina. Os teores reais desse alcalóide são extremamente variáveis. O tabaco não é um produto químico cujo componentes têm dose fixa. A quantidade de nicotina depende da variedade da planta, posição das folhas colhidas, época da colheita, modo de curar o tabaco, técnica de preparo e métodos de dosagem. Hoje, há planta de tabaco, que por engenharia genética, produz muito maior quantidade de nicotina, denominada Y-1 (DESCHEPPER; VAN HECKEN; DAENENS, 1987).

A nicotina aspirada, atravessando a rede alvéolo-capilar, pode atingir no cérebro, níveis mais elevados, mais rapidamente do que quando injetada na veia. Comprova-se a

dispersão de nicotina por radiotraçadores de emissão de positrons, sobre o cérebro e periferia do sistema nervoso. No cérebro propaga-se a todas as áreas, centros, até o córtex (ROSEMBERG, 1999).

A nicotina age sobre o sistema mesolímbico-dopaminico. São atingidos inclusive os neurônios dopaminérgicos do nigroestriado, centros como tálamo, hipotálamo, hipocampo, nucleocumbens, córtex e tronco cerebral. O núcleo acumbens não tem estrutura uniforme. O núcleo central é envolvido por uma camada celular morfológicamente diferente, com repostas distintas à nicotina. Há consenso de que a nicotina exerce seus impactos sobre o cérebro interagindo com a gama de receptores colinérgicos expressados nas membranas de muitos neurônios. Os receptores nicotínicos foram demonstrados no cérebro de humanos e animais mamíferos, nas ligações neurológicas, por meio de hibridização “in situ” e técnicas imunohistoquímicas. A grande heterogeneidade dos receptores cerebrais nicotínicos foi identificada por meio da biologia molecular. Os receptores nicotínicos acetilcolínicos – nAChRs – constituem larga família e estão distribuídos no cérebro, nas regiões periféricas e centrais, ligando canais de estruturas e propriedades diversas (DANI; BIASI, 2001).

A nicotina interage com todo o sistema nAChRs, que também tem interligações com diversos sistemas de elaboração de neurotransmissores, principalmente como dopaminico e os de elaboração de neuropeptídeos e serotonina. A nicotina também atua sobre o sistema simpático e parassimpático, sistemas endócrinos e neuroendócrinos e gânglios autonômicos, adrenal (medula e córtex), e liga-se a receptores pré-sinápticos, neurônios periféricos e sinapses neurovasculares. Os diversos centros, receptores específicos da nicotina, liberam hormônios psicoativos, neurotransmissores e neuroreguladores com atividades farmacológicas várias: dopamina, acetilcolina, epinefrina, norepinefrina, serotonina, beta-endorfina, vasopressina, hormônios adrenocorticotrópicos (ACTH). Os mais importantes são de intensa ação farmacodinâmica e, inclusive, os mais estudados são a dopamina e acetilcolina. A dopamina que produz estado euforizante e prazeroso, constituindo um dos principais componentes do processo da dependência (CLARK, 1987).

2.2.3 Efeitos e ações do tabaco no organismo humano

As ações farmacológicas da nicotina são em geral imprevisíveis, pois se fazem, ao mesmo tempo, sobre vários sistemas efetores, com ações estimulantes e depressoras sequenciais e dose dependentes e se fazem fundamentalmente através do sistema nervoso autônomo.

A nicotina se liga a receptores colinérgicos nos gânglios autônomos, na medula adrenal, na junção neuromuscular e no sistema nervoso central. Ocorre uma resposta bifásica, em geral com estímulo colinérgico inicial, seguido de antagonismo dependendo das doses empregadas. Pequenas doses de nicotina agem nos gânglios do sistema nervoso autônomo, inicialmente como estímulo a neurotransmissão e, subseqüentemente, como depressor (FRANKEN; MARTINEZ; SASSO; 1980).

O uso de altas doses de nicotina tem rápido efeito estimulante seguido de efeito depressor duradouro. No sistema nervoso central, a nicotina age através de várias vias neuroquímicas e diferentes receptores. Libera acetilcolina, noradrenalina, vasopressina e beta endorfinas. Inibe a liberação de substância P e hormônio estimulante alfa melanocítico. Os efeitos sobre a serotonina dependem da via de administração e do local do cérebro (FRANKEN; MARTINEZ; SASSO; 1980).

Essas ações aumentam o estado de atenção e sensação de bem estar, aumentam a capacidade de memória e provocam dependência. Observam-se ainda tremores das extremidades, em doses maiores, até convulsão (TAYLOR, 1991).

Na estreita relação do tabaco e o câncer tem-se que essa substância contenha cerca de 60 substâncias cancerígenas. A grande maioria pertence a três grupos: 1) hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, 2) aminas aromáticas e 3) nitrosaminas, estas últimas relacionadas com a nicotina. A nicotina não é uma substância que causa diretamente o câncer. Entretanto, a nicotina participa da carcinogênese por atuar como intermediária de macromoléculas pela sua nitrosação [(ligações entre grupos nitrosos e moléculas orgânicas), produzindo como resultado nitrosaminas (compostos químicos cancerígenos produzidos a partir de nitritos e aminas)] específicas do tabaco. Por outro lado, na sua metabolização no fígado, pode se formar um subproduto, que participa da síntese de substâncias cancerígenas. Recentemente, estudos evidenciaram que a nicotina possui propriedade de angiogênese (formação de novos vasos), que favorece a proliferação das células cancerosas (INCA, 2005).

As nitrosaminas derivadas da nicotina formam-se durante o procedimento da cura do tabaco, conseqüentemente, são encontradas na fumaça do tabaco. São quatro as principais nitrosaminas do tabaco: 1) NNK2 – 4-(metilnitrosamina)-1-(3-piridil)-1-butanona; 2) NNN – N^o-nitrosonornicotina; 3) NAB – N^o-nitrosoanabasina; 4) NAT – N^o-nitrosoanabatina. As nitrosaminas encontradas em maior quantidade são NNK2, NNN e NAT. A nitrosamina NNK2 possui, entre todas, o maior potencial cancerígeno, demonstrado em estudos em ratos nos quais produz câncer no pulmão. É importante mencionar que todas as nitrosaminas podem ser detectadas em amostras de urina e na saliva de fumantes (INCA, 2005)

Além de participar dos elementos constantes no tabaco, provocando câncer nos tabagistas, as nitrosaminas NNK2 e NNN encontram-se em maior proporção na fumaça ao redor da ponta do cigarro, o que contribui com a poluição da atmosfera ambiental e o mais relevante, constituem importantes agentes cancerígenos para os fumantes passivos (INCA, 2005).

A nitroação acontece durante a cura do tabaco e no ato de fumar, entretanto, existem evidências de sua formação endógena no organismo. Nesse sentido, por algumas reações químicas da nicotina no fígado, podem se formar precursores cancerígenos no pulmão. As nitrosaminas também podem ser formadas pela nitroação da cotinina, que é o principal metabólito da nicotina existente normalmente em todos os tabagistas (INCA, 2005).

Por outro lado, a propriedade angiogênica da nicotina favorece o desenvolvimento do câncer por meio da proliferação e amplificação da rede de vasos para nutrir as células cancerosas. Existe uma relação entre o volume do tumor, o número de células e a rede vascular, ou seja, propicia a multiplicação mais rápida das células neoplásicas e sua disseminação (INCA, 2005).

Descobertas recentes mostraram que o gene CYP2A6 tem a propriedade de ativar as nitrosaminas do tabaco. Existem tabagistas que consomem uma grande quantidade de cigarros, passando por aqueles que fumam habitualmente até os que fumam de maneira esporádica. Devido ao grande polimorfismo desse gene, a metabolização da nicotina pode ser muito variada e, portanto, também o consumo de tabaco. Essa diversidade está associada ao risco de câncer, principalmente de câncer do pulmão. Tabagistas que possuem o gene e que consomem muito tabaco têm maior risco de câncer do pulmão; ao contrário, nos casos que o gene está ausente, as pessoas fumam menos, o que reduz o risco de doença (INCA, 2005).

Nos tabagistas, uma forma pela qual o tabaco desencadeia o câncer do pulmão, seria a interação da nicotina com os receptores de nicotina sobre as células epiteliais e as células que no futuro serão cancerosas. Além disso, a nicotina provoca dependência física e psíquica, o que faz que o tabagista fume cada vez mais e, com isso, introduz no organismo substâncias cancerígenas, além das nitrosaminas. Cada tragada de fumaça do cigarro introduz no organismo 4 trilhões de radicais livres. Todavia a nicotina é a substância responsável pela expansão de todos os tipos de câncer, aumentando o risco em 30% (INCA, 2005).

A OMS estima que para 2016 cerca de 30% das causas de câncer sejam representadas pelo consumo de tabaco. Figura 1.

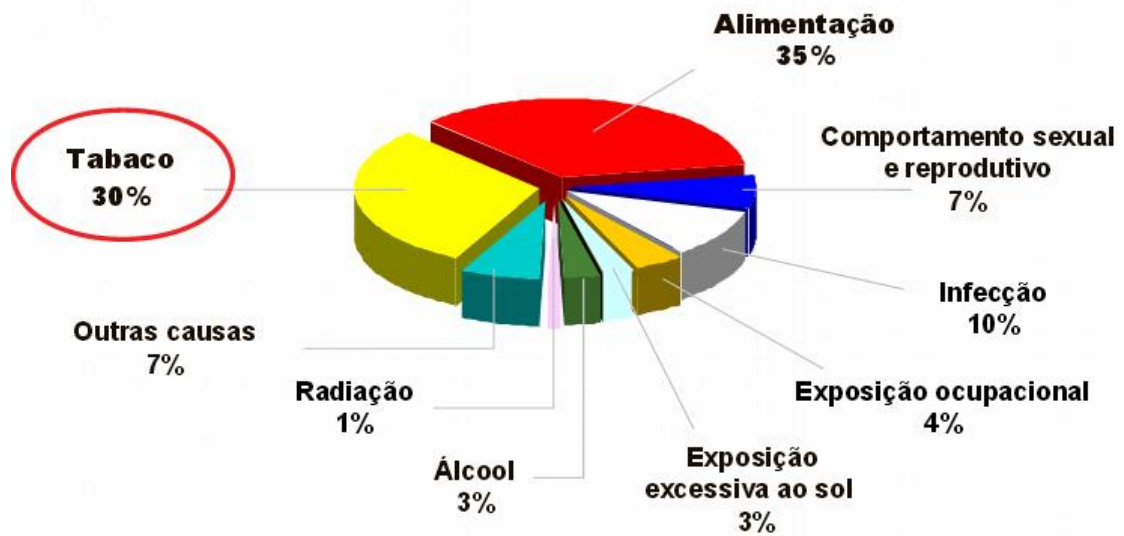


Figura 1. INCA - As estimativas para o biênio 2016-2017.

2.2.4 Tabaco: comercialização e legislação

O tabagismo é considerado a segunda causa de morte no mundo pela OMS (2009) e está associado à mortalidade por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, rim, colo do útero e leucemia mieloide aguda), doença pulmonar obstrutiva crônica, doença coronariana, hipertensão arterial e acidente vascular encefálico (U.S, 2004; DOLL et al., 2004; DANAEI et al., 2005). O fumante está sujeito à mortalidade por todas essas doenças, mas o simples fato de ser exposto à fumaça de produtos de tabaco contribui para o desenvolvimento ou agravamento de diversas outras (SAMET, YANG, 2001; US, 2006). No Brasil o tabagismo é apontado como segundo fator de risco mais importante para óbito, atrás apenas da hipertensão (BRASIL, 2004).

Apesar do consumo crescente do tabaco, no último século surgiram as primeiras restrições quanto ao seu uso, inicialmente nos Estados Unidos, que formularam Leis para limitar o uso de tabaco em ambientes públicos (ROSEMBERG, 2002).

Enquanto no Brasil, a Lei Federal 10.167 de 2000 proibiu a propaganda, o patrocínio dos produtos derivados do tabaco e o fumo em locais públicos, sendo que: restringiu a propaganda aos pontos internos de venda, ficando vedada em revistas, jornais, rádio e televisão ou *outdoors*; proibiu a propaganda através de qualquer meio eletrônico, incluindo a Internet; a propaganda de contrato indireto (*merchandising*), ou em estádios, pistas de corridas, palcos ou locais semelhantes em público; proibiu a indústria do tabaco de patrocinar

eventos esportivos internacionais ou culturais, a partir de 2003; proibiu o uso de produtos do tabaco em aeronaves e outros veículos utilizados para transporte público (IGLESIAS et al., 2007; BRASIL, 2012).

Em 28 de março de 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária por meio da Resolução nº46 determinou os níveis máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono da fumaça primária no caso de cigarros comercializados no país, sendo permitido os teores máximos de 10 miligramas, 1,0 miligrama e 10 miligramas, respectivamente para o alcatrão, nicotina e monóxido de carbono em cada cigarro (BRASIL, 2001). Esta resolução, ainda proibiu o emprego de descritores, como “*light*,” “*ultra light*,” “suave” e outros. Enquanto a Resolução nº 104 de 31 de maio de 2004, emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, determina que o material de propaganda e as embalagens de produtos do tabaco devem incluir: advertências acompanhadas por imagens que ilustrem o seu significado, o número de telefone do “Disque Pare de Fumar”, além de proibir o uso de qualquer tipo de caixa ou dispositivo que encubra ou dificulte a visualização das advertências (BRASIL, 2004).

Nosso país é um dos poucos países que dispõem de uma agência reguladora responsável pela regulamentação dos produtos derivados do tabaco, incluindo a comercialização, os teores das substâncias e a distribuição dos produtos. Os impostos correspondem a aproximadamente 74% dos preços dos cigarros, incluindo impostos de valor agregado e outros. Por outro lado, os preços dos cigarros são ainda relativamente baixos no país, apesar de a carga fiscal ser bastante elevada, o que confere certa facilidade de acesso a este produto (DENU, 2013).

Segundo o SindiTabaco, o Brasil é o maior exportador mundial de tabaco e o segundo maior produtor, safra que movimenta cerca de R\$ 4,4 bilhões anuais e garante a renda de 185 mil produtores agrícolas nos estados do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina, sendo que estes estados representam a maior produção do país, aproximadamente 96%. Sempre que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária intensifica o controle sobre a propaganda, distribuição e venda de cigarros, a indústria pressiona o governo acerca da redução da arrecadação, dos empregos, das divisas e do aumento do contrabando (AMORIM, 2012).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) revela que os custos do tratamento das doenças relacionadas ao fumo é dividido em duas categorias, tangíveis (assistência à saúde, perda de produção devido à morte e adoecimento e à redução da produtividade, aposentadorias precoces e pensões, incêndios e outros tipos de acidentes, poluição e

degradação ambiental, pesquisa e educação) e intangíveis (morte de fumantes e não fumantes e o sofrimento dos fumantes, não fumantes e seus familiares) (BRASIL, 2000).

O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos) (OMS, 2003).

O INCA desenvolve papel importante como Centro Colaborador OMS para o Programa "Tabaco ou Saúde" na América Latina, cujo objetivo é estimular e apoiar políticas e atividades controle do tabagismo nessa região, e no apoio à elaboração da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco, idealizada pela OMS para estabelecer padrões de controle do tabagismo em todo o mundo.

2.2.5 Tabaco: dependência

Durante anos o ato de fumar foi, equivocadamente, interpretado como um estilo de vida, e reforçado expressivamente pela propaganda. Hoje, ao contrário, existe o entendimento de que o tabagismo é uma doença resultante da dependência à nicotina, estando classificado no Código Internacional de Doenças (CID-10) no grupo de transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Além disso, as diversas substâncias presentes na composição dos produtos do tabaco são fatores causais para cerca de 50 doenças tabaco-relacionadas. A severa dependência provocada pela nicotina produz grande desconforto físico e psicológico ao fumante que tenta abandonar o uso, comprometendo a abstinência. Pesquisas indicam que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, mas apenas 3% conseguem sozinhos, demandando tratamento específico (INCA, 2005).

A característica essencial da dependência de tabaco consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando a substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Embora 80% dos fumantes expressem um desejo de deixar de fumar e 35% parem, a cada ano, menos de 5% obtêm sucessos em tentativa de abandonar o hábito sem auxílio de um tratamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996).

O fumante desenvolve a dependência psicológica após vários anos no hábito de fumar. Repetindo o mesmo comportamento instala-se a Dependência Comportamental. Estabelece uma condição automática. Depara-se com os gatilhos: disparadores do comportamento de

fumar. Então fuma depois do café, das refeições, entre outros. Poderá também desenvolver a Dependência Emocional. O cigarro ganha um lugar importante na vida do tabagista, onde imagina que não saberá mais viver sem ele. Em alguns casos, sofre um luto com sua retirada, mesma sensação da perda de um ente querido. Cria representações como: cigarro-amigo, cigarro-antidepressivo, cigarro-calmante. Delega a ele um poder de resolver todos os seus problemas. Um falso poder, uma ilusão. O que torna mais difícil sua retirada. Tem medo da perda desse aliado que resolve tudo ilusoriamente. Com isso, o cigarro ocupa o lugar da falta, do vazio, da solidão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996).

O 4º Manual Diagnóstico Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana oferece sete critérios para dependência de substâncias psicoativas, que são aplicáveis à nicotina (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996):

- usar a substância em quantidades maiores ou por um período de tempo maior do que o pretendido;
- tentativas ou desejo persistente em reduzir ou parar de usar a substância;
- gastar muito tempo para obtenção da substância;
- prejuízo das atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais por causa do uso da substância;
- persistência no uso da substância a despeito do conhecimento de que está causando prejuízo físico ou psicológico;
- desenvolvimento de tolerância, o que significa que a mesma dose torna-se menos eficaz com o uso continuado;
- A presença de sintomas de abstinência. No caso da nicotina: irritabilidade, ansiedade, depressão, diminuição da concentração, inquietação, insônia ou hipersônia, aumento de apetite ou de peso, diminuição dos batimentos cardíacos e diminuição da pressão arterial.

Na verdade muitos fumantes parecem usar o tabaco de acordo com um modelo cíclico clássico de dependência de drogas em que inicialmente se busca os efeitos benéficos da nicotina, mas o que mantém o indivíduo fumando é o alívio dos sintomas de abstinência (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996).

Porém, não é apenas a dependência da nicotina que determina a persistência no seu uso e esse não é o único fator relevante para o tratamento. Como no caso de uso de qualquer outra droga, o desejo de consumo pode ser desencadeado por estímulos ambientais

relativamente independentes do estado ou da necessidade fisiológica. Por isso o indivíduo pode ter uma “fissura” (“craving”) para fumar mesmo muitos anos após o término da síndrome de abstinência (que em média dura um mês). Assim sendo, para o tratamento da dependência da nicotina deve-se também ter em conta o cortejo comportamental do uso da substância, as “situações-gatilho”. Como exemplo dessas situações temos os estados emocionais negativos (irritabilidade, depressão, ansiedade etc.), o uso de bebidas alcoólicas, ver alguém fumando, entre outras. Nesses casos o indivíduo estaria desejando fumar não para aliviar os sintomas da abstinência mas sim na expectativa do “reforço positivo” no uso da nicotina – a diminuição da ansiedade e o aumento do prazer, por exemplo. Os relatos do Surgeon General de 88 e 89 vêem a dependência do tabaco como determinada por processos biológicos, biocomportamentais, psicológicos e socioculturais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996).

O estado de abstinência do tabaco é evidenciado com a cessação ou redução recente do uso, após um período prolongado de consumo. Os sinais e sintomas não são explicados por outro transtorno mental e de comportamento. Os critérios diagnósticos para a dependência da nicotina baseam-se (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996):

- 1- Os critérios gerais para o estado de abstinência devem ser satisfeitos
- 2- Dois dos seguintes sinais e sintomas devem estar presentes:
 - a) desejo do tabaco (ou de outros produtos que contenham nicotina);
 - b) mal-estar ou fraqueza;
 - c) ansiedade;
 - d) humor disfórico;
 - e) irritabilidade ou inquietação;
 - f) insônia;
 - g) maior apetite;
 - h) tosse;
 - i) ulceração na boca;
 - j) dificuldades para se concentrar

2.3 Álcool, tabaco e fatores intervenientes à sua utilização

Há pesquisadores que defendem a argumentação de que o consumo de substâncias psicoativas como o álcool e tabaco é motivado.

Tratando-se da ingestão de álcool, alguns autores apontam os fatores biopsicossociais como intervenientes a sua utilização. No quesito biológico, fatores hereditários e a predisposição ambiental são apontados como possíveis explicações para o consumo e dependência do álcool (BERTOLOTE, 1997; VAILLANT, 1995; 1999).

Cloninger (1987) realizou um estudo com gêmeos, utilizando o método dos filhos adotivos e concluiu que o alcoolismo, em alguns casos, se deve à herdabilidade gênica e em outros, à predisposição ambiental, situação também defendida por vários pesquisadores (SONENREICH, 1971; BRAGA, 1977; JORGE; FERRAZ, 1981; ARAÚJO, 1995; SILVA; CURSINO, 1995). Dentro de uma perspectiva sociocultural, vários trabalhos têm sido realizados na tentativa de compreender o consumo de bebidas alcoólicas (VAILLANT, 1995; 1999).

Como influências do ambiente, destacam-se as pressões dos amigos, induções familiares, especialmente pelo pai na infância do indivíduo. Outros problemas também aparecem na literatura científica vinculados ao abuso de álcool: perdas múltiplas de emprego, instabilidade das relações familiares, entre amigos e problemas conjugais (BRAGA, 1977; CASTRO; SILVA-FILHO, 1993; VAILLANT 1995; BERTOLOTE, 1997; VAILLANT, 1999).

No quesito psicológico é possível apontar a personalidade como fator associado ao uso do álcool. A regressão emocional, imaturidade, instabilidade, ansiedade, insegurança e fraqueza do ego como ressaltaram Van Kolck, Tosi e Pellegrini (1991) e Sonenreich (1971).

No caso do tabaco, a literatura aponta como o principal fator interveniente a sua utilização o estresse (FRONE, 2008; CARDOSO; SANTOS; BERARDINELLI, 2009).

O estresse é definido como desgaste generalizado do organismo em consequência de alterações psíquicas e fisiológicas que ocorrem no indivíduo quando ele é forçado a enfrentar situações que envolvem irritação, excitação, medo e até mesmo alegria exagerada. Ele representa pressão e insistência (PROENÇA, 1998; LIPP, 2000).

Estudos epidemiológicos examinando as questões genética, ambiental e fatores individuais com suas inter-relações e as respostas a determinadas drogas apontam para o fato de que a contribuição genética pode ter papel significativo no hábito tabágico, sendo possivelmente responsável por 40% a 60% da variabilidade do risco de início da adição (VOLKOW, 2005). Alguns autores estimam esta contribuição em mais de 80% (ARINAMI; ISHIGURO; ONAIVI, 2000).

Nota-se que os diferentes fatores que podem contribuir para que o indivíduo inicie a prática de consumo de bebida alcoólica ou tabágica não são rígidos, pois eles se

interrelacionam e se manifestam de diferentes formas de acordo com cada indivíduo e tudo aquilo que diz respeito a sua dinâmica de vida.

Nossa busca por respostas aos motivos pelos quais as pessoas consomem álcool e tabaco, nos levou à investigação de diversos espaços escolares, percebendo então, que os professores universitários são pouco investigados quanto a essa prática, notamos a necessidade de ampliar a produção de conhecimento neste cenário, frente às especificidades e importância que esta categoria representa para formação dos indivíduos.

A importância de conhecer a prática de ingestão de bebida alcoólica e tabaco entre professores universitários da área da saúde também se faz na medida em que se possa identificar os fatores que levam esta população a adotar essa prática.

2.4 Saúde do docente universitário

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). No trabalho do professor existe uma exigência de responsabilidade que deve ser compensada pelo reconhecimento do trabalho. Se o docente não percebe o reconhecimento de seu trabalho, a responsabilidade exigida passa a ser percebida como uma sobrecarga geralmente experimentada como um conflito, que repercute negativamente na sua saúde.

A profissão docente, existente há séculos, atravessa contemporaneamente um dos seus piores momentos. O mestre visto antes como uma figura profissional essencial para a sociedade, é hoje um profissional que luta pela valorização e reconhecimento social do seu trabalho. Daqueles que persistem na profissão, muitos já apresentam sinais de adoecimento físico e/ou emocional com diagnósticos conhecidos e causas desconhecidas

Ainda é escassa a produção de conhecimento acerca do processo de trabalho do docente universitário, bem como da sua saúde. Essa escassez se faz evidente quando se compara as avaliações realizadas com outras atividades profissionais. As pesquisas de Esteve (1999) e de Codo (1999) afirmam que as condições de trabalho dos docentes brasileiros, a exemplo das condições de trabalho dos docentes americanos e europeus são consideradas precárias e têm sido apontadas, nas pesquisas atuais, com causadoras do adoecimento (físico e

psíquico).

A organização do trabalho determina as suas cargas, as quais são definidas por Greco, Oliveira e Gomes (1996) “como exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho”. Considerando que todo o trabalho é constituído de cargas, o trabalho docente também as tem: cargas físicas – exigências que têm materialidade externa e que se modificam na interação com o corpo (interação ambiental), e cargas psíquicas – disposições psicológicas que adquirem materialidade no próprio corpo e se expressam por meio dele (reações emocionais), que influenciam direta e indiretamente na saúde e na vida dos professores. Para a compreensão da problemática das alterações da relação entre trabalho e a saúde de quem trabalha, torna-se importante saber como o trabalho está organizado.

Com a revolução industrial e o surgimento de leis de proteção da saúde e segurança do trabalhador, houve crescente preocupação em qualificar e quantificar dados da relação trabalho e trabalho. A produção do conhecimento sobre saúde e trabalho docente no Brasil se incrementa ao longo da década de 90. Embora incipiente, o que já se produziu até o momento revela um crescimento significativo no número de casos de estresse e *burnout* entre os docentes (do ensino fundamental, médio e superior) da rede pública e particular, associados ou não a outras patologias. Observa-se, a partir desses estudos, uma necessidade de aprofundar, ainda mais, a vinculação dos processos de trabalho aos processos de saúde e adoecimento desses trabalhadores (GRECO; OLIVEIRA; GOMES, 1996).

No entanto, por muitos anos a avaliação das atividades laborais deu enfoque principal à mecânica da realização do trabalho e apenas nas últimas décadas houve crescimento de pesquisas que abordassem a relação do processo de trabalho com o trabalhador de maneira integral. Assim o trabalho docente tornou-se tema de diversos estudos, com o incentivo de formação de grupos e de redes de pesquisadores organizados para esse fim.

A Rede de Estudos Sobre Trabalho Docente (REDESTRADO), criada em 1999, tem como principal objetivo propiciar o intercâmbio entre pesquisadores latino-americanos que se dedicam a pesquisas sobre a temática “trabalho docente”. Esses estudos têm revelado processos de adoecimento entre docentes e defendido a necessidade de intervenções nas condições laborais dos professores (GASPARIN et al., 2005).

O adoecimento ligado à atividade de trabalho pode associar-se a sobrecarga – denotada pela urgência de tempo, responsabilidade excessiva, falta de apoio e expectativas excessivas próprias ou de pessoas que o cercam; falta de estímulos – tédio; solidão ou falta de solicitações de sua capacidade e potencial; alterações do sono; falta de perspectivas; mudanças constantes determinadas pela organização, por introdução de novas tecnologias,

mudanças no campo de atuação profissional, mudanças auto-impostas, além da negligência no cuidado com as condições ergonômicas na organização do trabalho, que invariavelmente tendem a comprometer física e psicologicamente os professores (BARONA, 1991; CARLOTTO; GOBBI, 1999; BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Uma pesquisa realizada com 347 docentes de uma universidade pública da região sudeste do Brasil, evidenciou mediante a aplicação do AUDIT que 77,5% dos docentes consumiam bebida alcoólica e 77,3% relataram um consumo classificado como de baixo risco⁽¹⁶⁾, o que corrobora nossos resultados. No entanto, esses resultados foram superiores aos encontrados entre os docentes da Universidade Federal de Ouro Preto (47,0%) (LEITE; FIGUEIREDO; MOURA; SÓL, 2008) e da Universidade Estadual de Feira de Santana (41,1%) (ARAÚJO; SENA; VIANA, 2005).

Em outra investigação que objetivou analisar a percepção de qualidade de vida e saúde e fatores de risco de 293 professores de uma instituição pública do Sul do Brasil, foi evidenciado 67,2% de docentes em consumo excessivo de álcool em um único episódio (FILHO; NETTO-OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012). Todavia, em um estudo realizado em uma instituição privada de ensino, com o objetivo de avaliar transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde, foi revelado prevalência de consumo de bebida alcoólica de 74,6% (FERREIRA et al., 2015). Enquanto outra pesquisa, que não relata o tipo de instituição investigada, revelou dentre 312 docentes que 92,3% faziam uso de bebida alcoólica (OTÁLVARO; VELÁSQUEZ-TIRADO; GARCÍA; OCAMPO, 2013).

As circunstâncias sob as quais os docentes mobilizam as suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para atingir os objetivos da produção acadêmica podem gerar sobreesforço ou hipersolicitação de suas funções psicofisiológicas. Se não há tempo para a recuperação, são desencadeados ou precipitados os sinais ou sintomas associados às atividades laborais (GASPARIN et al., 2005).

Para Carlotto (2002) frustrações emocionais são peculiares a este fenômeno e podem conduzir a problemas como insônia, hipertensão, úlceras, abuso de álcool e medicamentos, entre outros, gerando e/ou aumentando problemas familiares e sociais. Quanto aos aspectos profissionais, a autora destaca que o professor pode apresentar prejuízos no planejamento da aula, perda de criatividade e entusiasmo, baixa tolerância à frustração, sentimentos hostis e depreciativos com relação ao trabalho e a si próprio e muitas vezes o arrependimento e o desejo de abandonar a profissão.

A associação entre sofrimento psíquico e a busca por alívio dessa situação mediante o consumo de bebida alcoólica revela um cenário mascarado e preocupante da prática docente em nosso país, da qualidade de vida de nossos educadores e do sistema educacional vigente. Frente a isso vislumbramos uma política educacional voltada especialmente para a produtividade, inerte as condições de trabalho e a recompensa pelos méritos alcançados por aqueles que elevam a condição científica de nosso país – os docentes.

No intuito de compreender o padrão de consumo de álcool evidenciado na população estudada, abrimos a possibilidade de relacionar esse comportamento há um hábito para adaptação ao cotidiano laboral, que se mostra permeado por estresse emocional, ansiedade e exaustão, o que contribui para a busca de alívio, mediante adição de álcool, motivado por enfrentamento e neuroticismo.

Diante dos fatores intervenientes ao adoecimento dos docentes universitários é necessário conhecer os comportamentos adotados para ajuste a vida diária, como o consumo de substâncias psicoativas.

2.5 Avaliação do consumo de álcool e tabaco

2.5.1 Avaliação do consumo de álcool

Babor, Caetano e Casswell (2003) definem que uma dose de bebida alcóolica é 10 a 12 gramas de etanol, que equivale a uma unidade de álcool puro. A quantidade de unidades de álcool é determinada pela concentração de álcool 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 em relação aos possíveis riscos a saúde são classificados da seguinte forma: *baixo risco* (corresponde a menos de 14 unidades para mulheres e menos de 21 para homens, ambos por semana), *risco moderado* (15-35 unidades para mulheres e para homens 22-50 unidades por semana) e *alto risco* (mais de 36 unidades semanais para mulheres e mais de 51 unidades para homens por semana) (LARANJEIRA; PINSHY, 1997). 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 (LARANJEIRA; PINSKY, 1997).

Neste sentido e com objetivo de avaliar o consumo de álcool a Organização Mundial de Saúde elaborou o Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o uso prejudicial de álcool, pois possui vantagens como: pequeno, rápido e flexível; foca no uso recente de álcool; concistente em relação ao CID-10; possui boa especificidade (0,80) e sensibilidade (0,90); passível de adaptações a diferentes grupos e culturas (BABOR et al., 2001).

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 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., 2001).

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., 2001).

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., 2001).

Este teste para Identificação de problemas relacionados ao uso de álcool já foi validado e aplicado com sucesso em dezenas de países, inclusive no Brasil. Em nosso país, foram encontrados três estudos que abordavam a validação do AUDIT (MENDEZ, 1999; LIMA et al., 2005; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

2.5.2 Avaliação do consumo de tabaco

A literatura científica aponta vários instrumentos utilizados na avaliação do consumo e dependência de tabaco. Porém, um estudo de revisão sistemática concluiu que o questionário mais citado e utilizado na avaliação da dependência à nicotina foi o Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (SANTOS et al., 2011).

Em 1978 o Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), Questionário Fagerström de Tolerância foi elaborado e posteriormente teve sua versão revisada e aprimorada, publicandose o Fagerström Teste for Nicotine Dependence (FTND), ambos elaborados por Fagerström e colaboradores (FAGERSTROM; SCHNEIDER, 1989; HEATHERTON et al., 1991). O FTND foi desenvolvido principalmente porque o FTQ possuía desvantagens psicométricas, como: consistência interna inaceitável, pouca validade de critério e estrutura multifatorial (HADDOCK et al., 1999).

Este teste foi inicialmente desenvolvido para determinar se a terapia de reposição de nicotina era necessária no tratamento de síndrome de abstinência, mas atualmente este instrumento tem versões traduzidas e validadas em vários países, com boa sensibilidade e especificidade para avaliação da dependência à nicotina (MENESES-GAYA et al., 2009), sendo que no Brasil o FTND foi validado em 1991 por Carmo e Pueyo (2002).

O FTND avalia a dependência a nicotina mediante os seguintes itens: tempo após acordar que fuma o primeiro cigarro; dificuldade em não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc; cigarro do dia traz mais satisfação; número de cigarros fumados por dia; frequência de fumo pela manhã; utilização de fumo quando está doente. Por meio de respostas com pontuações específicas, à escala de Fagerström consiste de seis questões sobre a frequência, quantidade e necessidade de consumir tabaco. Para sua interpretação quanto a dependência, considera-se o somatório de pontos correspondentes às respostas: 0-2 (muito baixo), 3-4 (baixo), 5 (médio), 6-7 (elevado), 8-10 (muito elevado), uma soma acima de 6 pontos indica que provavelmente o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar (MENESES-GAYA et al., 2009).

Há estudos com o questionário de Fagerström que apontam resultados de até três pontos como possibilidades de abandono espontâneo do tabaco. E a partir de cinco pontos, a nicotinodependência é significativa e tão mais intensa com a elevação da pontuação, sendo necessária ajuda medicamentosa para deixar de fumar; somando oito a dez pontos, impõe-se ajuda psicológica. (FAGERSTROM, 1978; FAIBAIRN; JUERGENS; SPITTEL; 1980; FAGERSTROM; SCHNEIDER, 1989).

Para a avaliação do consumo de tabaco consideramos para este estudo os padrões de referência para o consumo de tabaco adotados pela OMS com relação à frequência de uso, sendo: “*uso na vida*”, quando a pessoa fez uso pelo uma vez na vida; “*uso no ano*”, quando a pessoa fez uso pelo menos uma vez nos últimos doze meses que antecederam a pesquisa; “*uso no mês*” quando a pessoa fez uso pelo menos uma vez nos últimos trinta dias anteriores que antecederam a pesquisa; “*uso frequente*” quando a pessoa fez uso seis ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa (OPS, 2005; LUCAS, 2006). Para Laranjeira et al., (2002) na avaliação inicial e rápida do consumo de tabaco é essencial a abordagem da *presença do uso de tabaco* (nunca, eventual, freqüente); *quantidade de cigarros fumada por unidade de tempo*; *tentativas anteriores para interromper o hábito* (número de vezes, tempo de abstinência).

2.6 Álcool e tabaco: vigilância em saúde

Diante dos danos individuais e coletivos resultantes do consumo de álcool e tabaco a Organização Mundial de Saúde e vários países tomaram como desafio necessário a formulação e implementação de políticas e ações que objetivassem a redução dos efeitos negativos do consumo dessas substâncias no ser humano e na sociedade. E neste cenário o grande obstáculo a ser transposto refere-se à tríade acessibilidade, licitude e cultura, que são inerentes ao uso dessas substâncias.

Com isso, em resposta a OMS e aos efeitos do álcool e do tabaco na sociedade brasileira, em 2003 o Ministério da Saúde publicou a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa política orientou suas diretrizes com preceitos na Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, no Sistema Único de Saúde, em conformidade com a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os pressupostos da OMS. Além de reafirmar o uso álcool como um fenômeno complexo de saúde pública, ela avança quando define como marco teórico-político-ético a Redução de Danos. Esta é uma ética do cuidado que atua em defesa da vida dos usuários de álcool. Historicamente, a Redução de Danos foi desenvolvida no Brasil para enfrentamento da epidemia da Síndrome da Imuno

Deficiência Humana, com os movimentos sociais, órgãos governamentais e não governamentais, sendo posteriormente reconhecida pelo OMS e incorporada nos campos de saúde coletiva, saúde mental e atenção básica, como estratégia de cuidado. Além disso, na Redução de Danos, no Brasil, foram sendo construídas estratégias que não focam exclusivamente em procedimentos, mas na garantia da cidadania e do respeito aos direitos humanos (BRASIL, 2003; MACHADO; BOARINI, 2013).

Todavia, a Associação Internacional de Redução de Danos define redução de danos como “políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as conseqüências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento”. Esta é a definição mais sucinta e útil. Seu foco é no trato das conseqüências do uso de drogas em vez de enfatizar apenas a redução do consumo de uma determinada droga. Ela pode ser aplicada tanto para drogas lícitas como ilícitas. Da mesma forma, também pode se aplicar à produção legal e clandestina de álcool (BRASIL, 2003; MACHADO; BOARINI, 2013).

Dentre as características da Redução de Danos, encontra-se: estratégia de redução de danos é complementar às estratégias de controle da demanda e da oferta; foco nas conseqüências e não nos comportamentos em si; estratégia é realista e reconhece que o consumo de álcool não será interrompido em muitas comunidades, e continuará a criar problemas para indivíduos e comunidades; estratégia de redução de danos não julga o consumo de álcool e sim a redução dos problemas advindos dele; estratégia pragmática – ela não busca políticas ou estratégias que sejam inatingíveis ou que criem mais danos que benefícios. Porém, a estratégia de redução de danos reconhece os direitos humanos individuais – ela está calcada na aceitação da integridade e responsabilidade individuais.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool, ainda, por meio do Grupo de Trabalho Interministerial, recomendou: alteração do conceito de bebida alcoólica; medidas visando restrição da propaganda (horários e conteúdo); proteção de populações mais vulneráveis (crianças e jovens); taxaço; restrição do acesso; acessibilidade ao tratamento; estratégias de redução de danos (BRASIL, 2003; MACHADO; BOARINI, 2013).

Com isso, esse grupo alcançou alguns avanços, como: Inclusão do tema álcool na agenda brasileira; Criação de associações da sociedade civil para controle do álcool; Criação da Câmara Especial de Políticas Públicas sobre Álcool no Conselho Nacional Antidrogas; Consulta pública sobre propaganda de bebidas alcoólicas; Projeto de Prevenção de Danos, Acidentes e Situações de Conflitos Interpessoais Associados ao Consumo do Álcool;

Realização de Conferências para discutir políticas sobre álcool (BRASIL, 2003; MACHADO; BOARINI, 2013).

Ademais, a vigilância no consumo de tabaco teve como marco histórico do envolvimento da saúde pública internacional, no âmbito da regulação dos produtos de tabaco e na perspectiva de redução de dano, na 9ª Conferência Internacional de Autoridades em Regulação de Drogas, na cidade de Berlim em 1999. Naquele encontro foi lançada uma questão desafiadora para as autoridades internacionais da área de regulação de alimentos, drogas e medicamentos (PEREIRA; VARGAS; FERREIRA, 2012):

“os produtos de tabaco são os únicos produtos legais que matam cerca da metade de seus consumidores quando usados como mandam os fabricantes. Ainda assim, em muitos aspectos e em muitos países, o produto não é regulado.”

Diante desse desafio, o controle do tabagismo passou a desenvolver um novo e complexo caminho relacionado à regulação dos produtos de tabaco sob a ótica da redução do dano.

Em 2005 o Brasil aderiu à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), que foi o primeiro tratado internacional de saúde pública, coordenado pela OMS e acordado entre 178 países. A implementação nacional desse Tratado incorporou caráter de política de Estado e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, antes responsabilidade do Ministério da Saúde junto com outros entes do Sistema Único de Saúde, passou a integrar a Política Nacional de Controle do Tabaco, permeada de intersectorialidade e pelos objetivos, princípios, obrigações e medidas da CQCT (INCA, 2005).

A Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ), com representações de diferentes setores do governo e coordenada pelo setor Saúde, consolidou-se como o espaço legítimo para a governança da Política. Para a Comissão, as medidas e diretrizes da Convenção-Quadro são o mapa de obrigações legais a serem cumpridas pelo Estado brasileiro (INCA, 2005).

A perspectiva de desenvolvimento da Política Nacional de Controle do Tabaco, portanto, deve considerar todos os atores - fumicultores, que dependem do desenvolvimento de novas alternativas econômicas ao tabaco, fumantes, que são penalizados pelas doenças tabaco-relacionadas, e toda a sociedade, que é exposta involuntariamente aos danos causados pela fumaça do tabaco e arca com os custos sociais decorrentes do tabagismo (INCA, 2005).

O os principais programas e ações que integram a atual Política Nacional de Controle do Tabaco: *Programa Nacional de Controle do Tabagismo*: com vistas à promoção de ambientes livres de fumo e a implantação de projetos para a cessação de fumar na rede do SUS. Com foco na intersetorialidade; *Regulação e fiscalização dos derivados de tabaco*: ações de implementação e fiscalização do tabagismo em recintos coletivos, de restrição da propaganda e regulamentação das embalagens; *Vigilância epidemiológica*: realização de inquéritos periódicos acerca do tabagismo entre jovens e inquéritos nacionais em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, como a Pesquisa Especial de Tabagismo e a Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar. Esta ação vem permitindo a visualizar da situação do tabagismo no Brasil e seu impacto sobre a saúde, oferecendo subsídios para orientar a Política Nacional de Controle do Tabaco; *Programa Nacional de Diversificação da Produção em Áreas Cultivadas com Tabaco*: desenvolvido pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário, com importância política, pois sua criação foi condicionante para a ratificação da Convenção-Quadro no Congresso Nacional; *Inclusão dos princípios da CQCT na Política Nacional sobre Drogas*: a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, que faz parte da CONICQ, inclui o tema tabagismo nas suas ações educativas, de divulgação e comunicação e nas pesquisas sistemáticas que desenvolve para monitorar o consumo de drogas lícitas e ilícitas; *Política de preços e impostos para o setor fumo*: coordenada pelo Ministério da Fazenda, através da Secretaria da Receita Federal, vem sendo alinhada paulatinamente aos objetivos da CQCT por meio de sucessivos ajustes nos impostos sobre cigarros; *Combate ao mercado ilegal de produtos de tabaco*: é conduzida pelos Ministérios da Fazenda e da Justiça como parte dos projetos estratégicos de combate à pirataria (INCA, 2005).

Em decorrência da dinâmica de consumo do álcool e do tabaco, dos crescentes e amplos danos resultantes deste consumo, e da poderosa máquina econômica a que vislumbra esse mercado lícito, também permeado por ilicitudes, as políticas nacionais e internacionais enfrentam a necessidade de reformulação e readaptação para novos e penosos desafios, que alcancem no mínimo, a redução de danos advindos dessas substâncias.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência e os possíveis fatores associados que podem interferir no uso de álcool e tabaco entre professores universitários de cursos da área das ciências da saúde do ensino público e privado localizados na região Centro-Oeste do Brasil.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil epidemiológico dos professores quanto à naturalidade, procedência, gênero, idade, estado marital, filhos, renda familiar, religião, número e tipo de vínculos empregatícios, carga horária, formação e tempo de atuação na área e pós-graduação;
- Conhecer a prevalência e os possíveis fatores associados ao uso do álcool, considerando os tipos de bebidas alcoólicas ingeridas e quantidades;
- Conhecer a prevalência e os possíveis fatores associados ao uso do tabaco, considerando as formas de uso.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

No intuito de responder aos objetivos desta pesquisa, foi realizado um estudo transversal, descritivo e analítico (PEREIRA, 2010), envolvendo professores da área de ciências da saúde do ensino superior público e privado localizados da região Centro-Oeste do Brasil.

A escolha do tipo de estudo foi justificada devido: aplicabilidade em estudos de prevalência, possibilidade reduzida de perdas por descontinuidade, permitir aplicação de questionário, coleta de dados praticada em um único momento, todos os elegíveis para o estudo tem a mesma chance de participação e permitir associação entre as variáveis (PEREIRA, 2010).

4.2 Local e período de realização

A coleta de dados ocorreu nas dependências de três instituições de ensino superior público e privado, localizadas em diferentes cidades da região Centro-Oeste do Brasil, entre os meses de agosto de 2014 e março de 2015, com interrupção durante o mês de dezembro e janeiro, devido as férias acadêmicas, totalizando quatro meses destinados à coleta de dados.

4.3 Tamanho da amostra

Para garantir a anonimização das instituições elas foram denominadas de Instituição A, B e C, sendo a instituição A, pública e as instituições B e C, privadas.

Os cursos de graduação que participaram do estudo nas três Instituições de Ensino Superior são aqueles da área das Ciências da Saúde, assim classificados de acordo com o Ministério da Educação (2014): enfermagem, farmácia, odontologia, nutrição, medicina, biomedicina, fisioterapia e terapia ocupacional.

Decidiu-se trabalhar com a seleção de indivíduos por meio da utilização da modalidade censo, que consiste na enumeração estatística dos indivíduos ou de características de interesse de determinada população (PEREIRA, 2010).

A Instituição A possui 20 (5,1%) docentes ativos nas atividades inerentes ao cargo, na área de ciências da saúde, a Instituição B 60 (15,5%) e a Instituição C 306 (79,2%). Totalizando 386 participantes elegíveis à participação da pesquisa.

4.4 Critérios de inclusão

Professores que estavam ativos nas atividades inerentes ao cargo durante o período da coleta de dados desta pesquisa.

4.5 Critérios de exclusão

Não foi estabelecido critério de exclusão para esta pesquisa, todavia o não preenchimento de partes do questionário ou pessoas não encontradas, foram consideradas perdas.

4.6 Variáveis a serem pesquisadas

4.6.1 Perfil epidemiológico dos professores

Neste quesito as variáveis a serem analisadas foram: naturalidade, nacionalidade, procedência, sexo (masculino; feminino), idade (por faixa etária: 20-30; 30-40; 40-50; 50-60; 60-70), estado marital (com companheiro; sem companheiro), filhos (sim; não, quantidade), religião (católico; evangélico; espírita; outros), profissão, ocupação; tipo de vínculo (auxiliar; assistente; adjunto; associado e titular), carga horária (20 horas; 40 horas (no ensino público considera-se 40 horas como dedicação exclusiva)), escolaridade (especialização; mestrado; doutorado; pós-doutorado) e tempo de atuação na área (até 3 anos; 3-6 anos; 6-9 anos; 9-12 anos; 12-15 anos; 15-18 anos; mais de 20 anos), renda mensal (número de salários mínimos).

4.6.2 Ingestão de álcool

A avaliação do consumo de bebida alcoólica deu-se por meio do teste para Identificação de problemas relacionados ao uso de álcool o AUDIT, elaborado pela OMS. O AUDIT possui 10 questões que abordam três domínios: Padrão de consumo de álcool; Sinais e sintomas de dependência; Problemas decorrentes do uso do álcool. Cada questão deste

instrumento possui valores de zero a quatro pontos, com pontuação total em dez questões de até 40 pontos. Dentre essas questões temos: frequência de consumo; quantidade por dia do consumo; número de vezes que bebeu; 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 e se já ficou preocupado com a forma que bebeu ou sugeriu que diminuísse (BABOR et al., 2001).

4.6.3 Consumo de tabaco

Para a avaliação do consumo de tabaco considerou-se os padrões de referência para o consumo de tabaco adotados pela OMS com relação à frequência de uso, sendo: “*uso na vida*”, quando a pessoa fez uso pelo uma vez na vida; “*uso no ano*”, quando a pessoa fez uso pelo menos uma vez nos últimos doze meses que antecederam a pesquisa; “*uso no mês*” quando a pessoa fez uso pelo menos uma vez nos últimos trinta dias anteriores que antecederam a pesquisa; “*uso frequente*” quando a pessoa fez uso seis ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa (OPS, 2005; LUCAS, 2006).

Para a avaliação de dependência a nicotina foi adotado neste estudo o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND que consiste de seis questões sobre a frequência, quantidade e necessidade de consumir tabaco (CARMO; PUEYO, 2002).

4.7 Instrumentos de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (Apêndice I) foi composto por duas partes e quatro questionários, sendo que a primeira parte contempla, um roteiro semi-estruturado com perguntas referentes à identificação; perfil epidemiológico; e questões acerca do consumo de álcool, estas formadas pelo AUDIT. A segunda parte abrange o consumo de tabaco segundo a OMS e o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND).

4.8 Operacionalização da pesquisa

Após levantamento das instituições de ensino superior da região Centro-Oeste do Brasil que possuíam cursos da área de ciências da saúde, procedeu-se o convite para participação no estudo àquelas instituições que poderiam viabilizar a coleta de dados no tocante ao translado diário.

Previamente a realização da coleta de dados, foi realizado um estudo piloto com dez pessoas, as quais atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos para esta pesquisa e não faziam parte da amostra a ser estudada, com o propósito de ajustar o instrumento para atender aos objetivos da pesquisa.

Tratando-se da operacionalização do estudo, inicialmente os diretores das unidades acadêmicas foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e início da coleta de dados, isto ocorreu por meio de diálogo, com apresentação pessoal do pesquisador, resumo do projeto e cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. Foi solicitado ainda, junto aos diretores das unidades acadêmicas, que comunicassem aos docentes acerca do início da realização da pesquisa e orientação quanto aos horários e locais mais pertinentes para abordagem dos participantes.

De acordo com os critérios de inclusão, os profissionais elegíveis para o estudo foram buscados em até três tentativas do pesquisador, sendo que os professores não encontrados em mais três tentativas foram considerados perdas para o estudo.

A abordagem dos participantes ocorreu no início das atividades de trabalho ou no término dessas, com o objetivo de não interromper o processo de trabalho ou gerar algum desconforto.

4.9 Análise dos dados

Para análise entre as variáveis e suas possíveis associações foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17.0. Para tanto, foram utilizados os testes estatísticos Qui-Quadrado (χ^2) e exato de Fischer. Na associação entre as variáveis foi considerado valor significativo quando o $p \leq 0,05$. Os resultados destas análises foram organizados em tabelas e figuras.

4.10 Aspectos éticos legais

Os profissionais elegíveis para o estudo que foram encontrados e abordados, receberam informações quanto aos objetivos da pesquisa e em seguida convidados a

participar, sendo que aqueles que aceitaram, foram solicitados à assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II). A aplicação do questionário teve um tempo aproximado de 10 minutos e ocorreu de acordo com a disponibilidade do participante. Visto que em muitos casos o participante não estava com tempo disponível no momento da coleta de dados, foi necessário recolher o questionário posteriormente.

Atendendo à Resolução número 466/12 (BRASIL, 2012), sobre pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto de pesquisa foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) e pelo CEP de uma das instituições pesquisadas (Anexo II). E no intuito de preservar a anonimização das instituições, nos pareceres anexados foram retiradas informações que poderiam identificar as instituições pesquisadas. Os dados foram coletados após parecer ético favorável dos CEP e aquiescência dos participantes, aos quais foram garantidos sigilo e anonimato em todas as fases da pesquisa. Foi garantido anonimização das Instituições, Unidades Acadêmicas e dos participantes do estudo em qualquer produto apresentado ou publicado a partir desta coleta de dados. Para maior anonimização dos participantes da pesquisa, não foi solicitado ou registrado nome dos participantes nos instrumentos de coleta de dados, sendo que os participantes foram identificados apenas por números “(Respondente nº ())”. Os participantes foram informados que a participação no estudo era plenamente livre, que não acarretaria dano ou ônus e, portanto não haveria riscos, prejuízos, desconfortos ou lesões decorrente de sua participação no estudo, podendo desistir em qualquer momento que achassem conveniente, sem nenhum constrangimento ou penalização.

A todos foi solicitada a assinatura do TCLE, que possuía duas vias, sendo uma via do pesquisador e a outra do participante. Também foram fornecidas informações quanto aos benefícios, objetivos e justificativa da pesquisa, oralmente e por escrito, informando que os resultados da pesquisa seriam tornados públicos, sendo favoráveis ou não.

Ressalta-se que os resultados desta pesquisa foram fornecidos às instituições participantes, após a defesa da Tese de Doutorado, para que se tornassem subsídio na tomada de decisões quanto à saúde e qualidade de vida de seus trabalhadores.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 212 pessoas, 75 (35,3%) do ensino privado e 137 (64,6%) do ensino público. Do total de participantes, houveram aqueles que deixaram de responder itens que lhes causavam algum desconforto. Portanto os dados foram analisados de acordo com as respostas válidas, sendo que as lacunas nas respostas foram consideradas perdas.

Nas instituições privadas a maior parte dos professores (59,5%) eram adultos jovens, com idade entre 30 e 40 anos, enquanto no ensino público prevaleceram pessoas (39,4%) com idades entre 50 e 60 anos. O gênero feminino foi predominante no ensino privado (53,3%) e público (54,5%). Quanto a naturalidade e procedência, no ensino privado a maior parte das pessoas eram do Centro-Oeste, 81,3% e 82,7% respectivamente e no ensino público, prevaleceram pessoas advindas de outras regiões do país (55%). No ensino privado a maior parte das pessoas não possuíam filhos e eram católicas (60%; 49,3%) e no ensino público a maior parte possuía filhos e também era católica (75,9%; 56,5%). A renda familiar entre professores do ensino privado alcançou até oito salários mínimos (45,1%), enquanto no ensino público prevaleceram rendas superiores a 12 salários (94,1%). (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes de acordo com as variáveis epidemiológicas. Centro-Oeste do Brasil - 2014 - 2015. (n=212)

	Privada (N=75)		Pública (n=137)		p
	n	%	n	%	
Idade					
20 — 30	12	16,2	4	3,0	< 0,001
30 — 40	44	59,5	24	18,2	
40 — 50	15	20,3	34	25,8	
50 — 60	2	2,7	52	39,4	
≥ 60	1	1,4	18	13,6	
Total	74	100,0	132	100,0	
Sexo					
Feminino	40	53,3	73	54,5	0,873
Masculino	35	46,7	61	45,5	
Total	75	100,0	134	100,0	
Naturalidade					
Goiás	61	81,3	59	45,0	< 0,001
Outro Estado	14	18,7	72	55,0	
Total	75	100,0	131	100,0	
Procedência					
Goiás	62	82,7	59	45,0	< 0,001
Outro Estado	13	17,3	72	55,0	
Total	75	100,0	131	100,0	

Profissão					
Educador físico	5	6,7	—	—	
Fisioterapeuta	23	30,7	—	—	
Biomédico	11	14,7	—	—	
Biólogo	4	5,3	—	—	
Enfermeiro	18	24,0	36	26,3	
Farmacêutico	14	18,7	25	18,2	< 0,001
Médico	—	—	33	24,1	
Nutricionista	—	—	12	8,8	
Odontólogo	—	—	31	22,6	
Total	75	100,0	137	100,0	
Estado Civil					
Com companheiro	53	70,7	98	73,7	
Sem Companheiro	22	29,3	35	26,3	0,639
Total	75	100,0	133	100,0	
Possui Filhos					
Não	45	60,0	32	24,1	
Sim	30	40,0	101	75,9	< 0,001
Total	75	100,0	133	100,0	
Religião					
Católico	37	49,3	74	56,5	
Evangélico	12	16,0	16	12,2	
Espírita	14	18,7	23	17,6	0,764
Outra	12	16,0	18	13,7	
Total	75	100,0	131	100,0	
Renda Mensal (Salários Mínimos)					
1 — 4	1	2,0	—	—	
4 — 8	9	17,6	2	2,0	
8 — 12	23	45,1	4	4,0	< 0,001
≥ 12	18	35,3	95	94,1	
Total	51	100,0	101	100,0	

Teste Qui-Quadrado

Quanto aos aspectos profissionais, tanto no ensino privado quanto no público prevaleceram os professores adjuntos e com carga horária de quarenta horas semanais (53,3%; 70,7%) e (42,0%; 90,8%) respectivamente. Tratando-se do tempo de atuação e a formação, prevaleceram no ensino privado professores com até seis anos de atuação e mestres (25,3%; 43,0%), enquanto no ensino público a maior parte atuava há mais de quinze anos e possuía doutorado (36,6%; 70,2%). (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos participantes de acordo com as variáveis epidemiológicas e profissionais. Centro-Oeste do Brasil - 2014 - 2015. (n=212)

	Privada (N=75)		Pública (n=137)		p
	n	%	n	%	
Vínculo Empregatício					
Auxiliar	7	9,3	3	2,3	< 0,001
Assistente	24	32,0	31	23,7	
Adjunto	40	53,3	55	42,0	
Titular	4	5,3	13	9,9	
Associado	—	0,0	29	22,1	
Total	75	100,0	131	100,0	
Carga Horária (horas)					
Vinte	22	29,3	12	9,2	< 0,001
Quarenta	53	70,7	119	90,8	
Total	75	100,0	131	100,0	
Tempo de Atuação na Área					
0 — 3	13	17,3	11	8,4	< 0,001
3 — 6	19	25,3	13	9,9	
6 — 9	16	21,3	12	9,2	
9 — 12	14	18,7	21	16,0	
12 — 15	12	16,0	26	19,8	
15 — 20	1	1,3	48	36,6	
Total	75	100,0	131	100,0	
Nível de Formação					
Especialista	25	33,3	4	3,1	< 0,001
Mestre	43	57,3	15	11,5	
Doutor	6	8,0	92	70,2	
Pós-Doutor	1	1,3	20	15,3	
Total	75	100,0	131	100,0	

Teste Qui-Quadrado

Na avaliação do padrão de consumo de álcool observou-se no ensino superior privado: 64,0% consomem bebida alcoólica, com maior preferência pela cerveja (p -value= 0,03) (42,7%), mensalmente ou menos (30,7%) e até uma dose (52%); 90,7% nunca teve dificuldade para interromper o consumo ou teve interferência da bebida nas atividades (86,7%); 98,7% não bebeu pela manhã, após ter bebido muito na noite anterior e 90,7% nunca sentiu culpa por ter bebido; 93,3% nunca deixou de lembrar da noite anterior; 89,3% nunca magoou alguém devido o consumo de álcool; 94,7% nunca recebeu sugestão para interromper o consumo. (Tabela 3).

Enquanto no ensino superior público: 79,1% consomem bebida alcoólica, com maior preferência pela cerveja (p -value= 0,03) (41,0%), de duas a quatro vezes por mês (p -value=

0,03) (34,3%) ou de duas a três vezes por semana (14,2%) e até uma dose (42,9%), ou de quatro a cinco ($p\text{-value} = 0,00$) (15,9%); 95,5% nunca teve dificuldade para interromper o consumo ou teve interferência da bebida nas atividades (92,5%); 100% não beberam pela manhã, após ter bebido muito na noite anterior e 95,5% nunca sentiu culpa por ter bebido; 94% nunca deixou de lembrar da noite anterior; 91,7% nunca magoou alguém devido o consumo de álcool; 96,2% nunca recebeu sugestão para interromper o consumo. (Tabela 3).

Tabela 3. Padrão de consumo de álcool de professores do ensino superior no Centro-Oeste do Brasil - 2014 - 2015. (n=212)

	Ensino Privado (n=75)		Ensino Público (n=137)		<i>p</i>
	n	%	n	%	
<i>Frequência de uso de bebida alcoólica</i>					
Nunca	27	36,0	28	20,9	0,039
Mensalmente ou menos	23	30,7	40	29,9	
De duas a quatro vezes por mês	19	25,3	46	34,3	
De duas a quatro vezes por semana	4	5,3	19	14,2	
Quatro ou mais vezes por semana	2	2,7	1	0,7	
Total	75	100,0	134	100,0	
<i>Tipo de Bebida Consumida</i>					
Não se aplica	27	36,0	27	20,1	0,003
Vinho	11	14,7	49	36,6	
Cerveja	32	42,7	55	41,0	
Whisky	4	5,3	3	2,2	
Vodca	1	1,3	—	—	
Total	75	100,0	134	100,0	
<i>Número de Doses de Consumo</i>					
Zero ou uma	39	52,0	49	37,1	0,005
Duas ou três	22	29,3	61	46,2	
Quatro ou cinco	8	10,7	21	15,9	
Seis ou sete	4	5,3	—	—	
Oito ou mais	2	2,7	1	0,8	
Total	75	100,0	132	100,0	
<i>Frequência de Uso da Dose</i>					
Nunca	40	53,3	57	42,9	0,141
Menos do que uma vez ao mês	21	28,0	37	27,8	
Mensalmente	11	14,7	26	19,5	
Semanalmente	2	2,7	13	9,8	
Todos ou quase todos os dias	1	1,3	—	—	
Total	75	100,0	133	100,0	
<i>Dificuldade de Interromper o Uso</i>					
Nunca	68	90,7	127	95,5	0,167
Menos do que uma vez ao mês	5	6,7	5	3,8	
Mensalmente	2	2,7	—	—	

Semanalmente	0	0,0	1	0,8	
Total	75	100,0	133	100,0	
<i>Bebida Interferiu na Atividade</i>					
Nunca	65	86,7	123	92,5	
Menos do que uma vez ao mês	8	10,7	10	7,5	0,118
Mensalmente	2	2,7	—	—	
Total	75	100,0	133	100,0	
<i>Uso pela manhã após o uso noturno</i>					
Nunca	74	98,7	133	100,0	
Mensalmente	1	1,3	—	—	0,361 ⁽¹⁾
Total	75	100,0	133	100,0	
<i>Culpa-te após ter feito uso</i>					
Nunca	68	90,7	127	95,5	
Menos do que uma vez ao mês	6	8,0	6	4,5	0,234
Mensalmente	1	1,3	—	—	
Total	75	100,0	133	100,0	
<i>Não lembra o uso no dia seguinte</i>					
Nunca	70	93,3	125	94,0	
Menos do que uma vez ao mês	4	5,3	7	5,3	
Mensalmente	1	1,3	—	—	0,505
Semanalmente	—	—	1	0,8	
Total	75	100,0	133	100,0	
<i>Feriu alguém devido ao seu uso</i>					
Nunca	67	89,3	122	91,7	
Menos do que uma vez ao mês	7	9,3	7	5,3	0,413
Todos ou quase todos os dias	1	1,3	4	3,0	
Total	75	100,0	133	100,0	
<i>Alguém lhe sugeriu a redução no uso</i>					
Nunca	71	94,7	128	96,2	
Menos do que uma vez ao mês	—	—	1	0,8	
Mensalmente	1	1,3	4	3,0	0,091
Todos ou quase todos os dias	3	4,0	—	—	
Total	75	100,0	133	100,0	

Testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher

Tratando-se da avaliação do consumo de tabaco tanto no ensino privado quanto no público a maior parte dos professores nunca fumou (85,3%; 81,3%) e daqueles que já experimentaram 13,3% e 18,7% não fumam, respectivamente. (Tabela 4).

Tabela 4. Padrão de consumo de tabaco de professores do ensino superior no Centro-Oeste, Brasil – 2014 - 2015. (n=212)

	Ensino Privado (n=75)		Ensino Público (n=137)		<i>p</i>
	n	%	n	%	
Nunca fumou	64	85,3	109	81,3	0,260
Já experimentou e fuma	1	1,3	—	—	
Já experimentou e não fuma	10	13,3	25	18,7	
Total	75	100,0	134	100,0	

Testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher

Mediante a associação das variáveis epidemiológicas-sociais ao consumo de álcool e tabaco entre professores universitários, foram encontrados valores significativos ($p\text{-value}\leq 0,05$) nas seguintes situações: provável dependência de álcool em instituições públicas de ensino ($p\text{-value}=0,03$); idade entre 40 e 50 anos ($p\text{-value}=0,01$); sexo masculino ($p\text{-value}=0,01$); profissional enfermeiro ($p\text{-value}=0,00$) e espíritas ($p\text{-value}=0,00$) (Tabela 5 e 6).

Tabela 5. Associação das variáveis epidemiológicas de acordo com o consumo de álcool entre professores do ensino superior no Centro-Oeste do Brasil - 2014 - 2015. (n=212)

Variável	Sem risco		Baixo risco		Consumo de risco		Consumo nocivo		Provável dependente		<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<i>Instituição</i>											
Privada	27	49,1	23	36,5	19	29,2	4	17,4	2	66,7	0,039
Pública	28	50,9	40	63,5	46	70,8	19	82,6	1	33,3	
Total	55	100,0	63	100,0	65	100,0	23	100,0	3	100,0	
<i>Idade</i>											
20-30	6	11,5	5	7,9	4	6,3	1	4,3	—	—	0,015
30-40	22	42,3	19	30,2	20	31,3	6	26,1	1	33,3	
40-50	13	25,0	20	31,7	12	18,8	4	17,4	—	—	
50-60	11	21,2	18	28,6	15	23,4	8	34,8	2	66,7	
60-70	—	—	1	1,6	13	20,3	4	17,4	—	—	
Total	52	100,0	63	100,0	64	100,0	23	100,0	3	100,0	
<i>Sexo</i>											
Feminino	37	67,3	39	61,9	28	43,8	8	34,8	1	33,3	0,016
Maculino	18	32,7	24	38,1	36	56,3	15	65,2	2	66,7	
Total	55	100,0	63	100,0	64	100,0	23	100,0	3	100,0	
<i>Naturalidade</i>											
Goiás	34	61,8	34	55,7	36	56,3	13	56,5	3	100,0	0,604
Outros	21	38,2	27	44,3	28	43,8	10	43,5	—	—	
Total	55	100,0	61	100,0	64	100,0	23	100,0	3	100,0	
<i>Procedência</i>											
Goiás	34	61,8	35	57,4	36	56,3	13	56,5	3	100,0	
Outros	21	38,2	26	42,6	28	43,8	10	43,5	—	—	
Total	55	100,0	61	100,0	64	100,0	23	100,0	3	100,0	
<i>Profissão</i>											
Educador físico	1	1,8	1	1,6	2	3,1	—	—	1	33,3	

Fisioterapeuta	8	14,5	10	15,9	4	6,2	1	4,3	—	—	
Biomédico	2	3,6	5	7,9	4	6,2	—	—	—	—	
Biólogo	1	1,8	1	1,6	1	1,5	—	—	1	33,3	
Enfermeiro	18	32,7	14	22,2	16	24,6	5	21,7	—	—	0,005
Farmacêutico	13	23,6	7	11,1	13	20,0	6	26,1	—	—	
Médico	7	12,7	7	11,1	13	20,0	6	26,1	—	—	
Nutricionista	2	3,6	5	7,9	5	7,7	—	—	—	—	
Odontólogo	3	5,5	13	20,6	7	10,8	5	21,7	1	33,3	
Total	55	100,0	63	100,0	65	100,0	23	100,0	3	100,0	
<i>Estado Marital</i>											
Com companheiro	40	74,1	48	76,2	46	71,9	14	60,9	2	66,7	
Sem companheiro	14	25,9	15	23,8	18	28,1	9	39,1	1	33,3	0,714
Total	54	100,0	63	100,0	64	100,0	23	100,0	3	100,0	
<i>Filhos</i>											
Não	23	42,6	23	36,5	23	35,9	7	30,4	1	33,3	
Sim	31	57,4	40	63,5	41	64,1	16	69,6	2	66,7	0,878
Total	54	100,0	63	100,0	64	100,0	23	100,0	3	100,0	
<i>Vínculo</i>											
Auxiliar	4	7,5	5	7,9	1	1,6	—	—	—	—	
Assistente	15	28,3	11	17,5	18	28,6	9	39,1	1	33,3	
Adjunto	27	50,9	30	47,6	28	44,4	9	39,1	1	33,3	0,314
Titular	3	5,7	9	14,3	5	7,9	—	—	—	—	
Associado	4	7,5	8	12,7	11	17,5	5	21,7	1	33,3	
Total	53	100,0	63	100,0	63	100,0	23	100,0	3	100,0	
<i>Caraga Horária</i>											
20 horas	11	20,8	8	12,7	9	14,3	4	17,4	1	33,3	
40 horas	42	79,2	55	87,3	54	85,7	19	82,6	2	66,7	0,693
Total	53	100,0	63	100,0	63	100,0	23	100,0	3	100,0	
<i>Tempo de atuação na área</i>											
3 anos	8	15,1	9	14,3	5	7,9	1	4,3	1	33,3	
3-6 anos	12	22,6	7	11,1	9	14,3	4	17,4	—	—	
6-9 anos	12	22,6	6	9,5	8	12,7	2	8,7	—	—	
9-12 anos	8	15,1	15	23,8	10	15,9	2	8,7	—	—	0,283
12-15 anos	5	9,4	11	17,5	15	23,8	5	21,7	1	33,3	
15-20 anos	8	15,1	15	23,8	16	25,4	9	39,1	1	33,3	
Total	53	100,0	63	100,0	63	100,0	23	100,0	3	100,0	
<i>Escolaridade</i>											
Especialização	10	18,9	10	15,9	4	6,3	3	13,0	1	33,3	
Mestrado	21	39,6	16	25,4	15	23,8	5	21,7	1	33,3	
Doutorado	21	39,6	30	47,6	33	52,4	13	56,5	1	33,3	0,159
Pós-doutorado	1	1,9	7	11,1	11	17,5	2	8,7	—	—	
Total	53	100,0	63	100,0	63	100,0	23	100,0	3	100,0	
<i>Religião</i>											
Católico	22	41,5	31	49,2	45	71,4	12	52,2	—	—	
Evangélico	11	20,8	12	19,0	2	3,2	2	8,7	1	33,3	
Espírita	18	34,0	10	15,9	6	9,5	2	8,7	1	33,3	<0,001
Outros	2	3,8	10	15,9	10	15,9	7	30,4	1	33,3	
Total	53	100,0	63	100,0	63	100,0	23	100,0	3	100,0	
<i>Renda</i>											
1-4 salários	1	2,9	—	—	—	—	—	—	—	—	
4-8 salários	4	11,4	6	12,2	—	—	—	—	1	33,3	
8-12 salários	8	22,9	8	16,3	6	12,2	5	31,3	—	—	0,090
> 12 salários	22	62,9	35	71,4	43	87,8	11	68,8	2	66,7	
Total	35	100,0	49	100,0	49	100,0	16	100,0	3	100,0	

Teste Qui-Quadrado

Tabela 6. Associação das variáveis epidemiológicas de acordo com o consumo de tabaco entre professores do ensino superior no Centro-Oeste do Brasil - 2014 - 2015. (n=212)

Variável	Não		Muito Baixo		Elevado		p-value
	n	%	n	%	n	%	
<i>Instituição</i>							
Privada	64	37,0	1	100,0	10	28,6	0,260
Pública	109	63,0	—	—	25	71,4	
Total	173	100,0	1	100,0	35	100,0	
<i>Idade</i>							
20-30	13	7,6	—	—	3	8,8	0,176
30-40	63	37,1	—	—	5	14,7	
40-50	40	23,5	—	—	9	26,5	
50-60	42	24,7	1	100,0	11	32,4	
60-70	12	7,1	—	—	6	17,6	
Total	170	100,0	1	100,0	34	100,0	
<i>Sexo</i>							
Feminino	94	54,3	—	—	19	55,9	0,543
Maculino	79	45,7	1	100,0	15	44,1	
Total	173	100,0	1	100,0	34	100,0	
<i>Naturalidade</i>							
Goiás	103	59,9	1	100,0	16	48,5	0,333
Outros	69	40,1	—	—	17	51,5	
Total	172	100,0	1	100,0	33	100,0	
<i>Procedência</i>							
Goiás	103	59,9	1	100,0	17	51,5	0,471
Outros	69	40,1	—	—	16	48,5	
Total	172	100,0	1	100,0	33	100,0	
<i>Profissão</i>							
Educador físico	2	1,2	—	—	3	8,6	<0,001
Fisioterapeuta	19	11,0	—	—	4	11,4	
Biomédico	11	6,4	—	—	—	—	
Biólogo	3	1,7	1	100,0	—	—	
Enfermeiro	43	24,9	—	—	10	28,6	
Farmacêutico	33	19,1	—	—	6	17,1	
Médico	26	15,0	—	—	7	20,0	
Nutricionista	10	5,8	—	—	2	5,7	
Odontólogo	26	15,0	—	—	3	8,6	
Total	173	100,0	1	100,0	35	100,0	
<i>Estado Marital</i>							
Com companheiro	125	72,7	1	100,0	24	70,6	0,801
Sem companheiro	47	27,3	—	—	10	29,4	
Total	172	100,0	1	100,0	34	100,0	
<i>Filhos</i>							
Não	67	39,0	—	—	10	29,4	0,427
Sim	105	61,0	1	100,0	24	70,6	
Total	172	100,0	1	100,0	34	100,0	
<i>Vínculo</i>							
Auxiliar	10	5,8	—	—	—	—	0,359
Assistente	45	26,3	1	100,0	8	24,2	
Adjunto	82	48,0	—	—	13	39,4	
Titular	12	7,0	—	—	5	15,2	
Associado	22	12,9	—	—	7	21,2	
Total	171	100,0	1	100,0	33	100,0	
<i>Carga Horária</i>							
20 horas	29	17,0	1	100,0	3	9,1	0,039
40 horas	142	83,0	—	—	30	90,9	
Total	171	100,0	1	100,0	33	100,0	
<i>Tempo de atuação na área</i>							
3 anos	22	12,9	—	—	2	6,1	
3-6 anos	27	15,8	—	—	5	15,2	
6-9 anos	24	14,0	—	—	4	12,1	

9-12 anos	32	18,7	—	—	3	9,1	0,475
12-15 anos	28	16,4	1	100,0	8	24,2	
15-20 anos	38	22,2	—	—	11	33,3	
Total	171	100,0	1	100,0	33	100,0	
<i>Escolaridade</i>							
Especialização	25	14,6	—	—	3	9,1	0,586
Mestrado	50	29,2	1	100,0	7	21,2	
Doutorado	79	46,2	—	—	19	57,6	
Pós-doutorado	17	9,9	—	—	4	12,1	
Total	171	100,0	1	100,0	33	100,0	
<i>Religião</i>							
Católico	88	51,5	—	—	22	66,7	0,055
Evangélico	21	12,3	—	—	7	21,2	
Espírita	34	19,9	1	100,0	2	6,1	
Outros	28	16,4	—	—	2	6,1	
Total	171	100,0	1	100,0	33	100,0	
<i>Renda</i>							
1-4 salários	1	0,8	—	—	—	—	0,944
4-8 salários	10	7,9	—	—	1	4,2	
8-12 salários	24	18,9	—	—	3	12,5	
> 12 salários	92	72,4	1	100,0	20	83,3	
Total	127	100,0	1	100,0	24	100,0	

Teste Qui-Quadrado

6 DISCUSSÃO

Apesar da existência de estudos que avaliam o consumo de álcool e tabaco em ambientes universitários, bem como a qualidade de vida desta população, não foi encontrado na literatura pesquisas que comparassem instituições públicas e privadas de ensino superior. Identificar variações no padrão de consumo de álcool e tabaco entre essas duas populações pode inferir na necessidade de maior investigação do consumo de substâncias psicoativas entre professores universitários, com vistas à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Essas informações também se tornam importante subsídio para formulação, implantação, avaliação e melhoria de políticas de saúde do trabalhador universitário.

Na avaliação do consumo de álcool observou-se diferença significativa ($p < 0,05$) entre instituição privada (64%) e pública (79,1%). Isso também ocorreu ($p < 0,05$) quando se comparou a frequência de consumo de álcool entre as instituições privada (duas a quatro vezes por mês (25,3%); duas a três vezes por semana (5,3%)) e pública (duas a quatro vezes por mês (34,3%); duas a três vezes por semana (14,2%)). O número de doses consumidas em um único episódio de consumo de álcool também diferiu de forma significativa entre as instituições privadas (até uma dose (52%)) e públicas (até uma dose (42,9%); de quatro a cinco doses (15,9%)), este revelando um "*Binge drinking*". Sendo que a NIAAA (2001) define a o "*Binge drinking*" como um padrão de beber que traz concentração de álcool no sangue em níveis de 0,08 g/dL. Isso normalmente ocorre depois de quatro bebidas para as mulheres e de 5 bebidas para os homens - em cerca de 2 horas.

Um estudo que avaliou a qualidade de vida de 293 docentes de uma instituição pública de ensino superior, evidenciou consumo excessivo de álcool em um único episódio, comportamento conhecido como "*Binge drinking*", relatado por 67,2% (FILHO; NETTO-OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012). Outros pesquisadores encontraram consumo de bebida alcoólica por 93,6% docentes de uma instituição pública de ensino superior (RIBEIRO et al., 1996), o que também corrobora com nossos achados entre docentes de instituições públicas.

Em uma pesquisa de abordagem descritivo-analítica que teve o objetivo de caracterizar as condições de saúde autorreferidas por docentes e servidores técnico-administrativos de uma universidade pública da região sudeste do Brasil, investigou 815 servidores, sendo 347 docentes e 468 técnico-administrativos. Destaca-se que entre os docentes da amostra, 57,1% eram do sexo masculino, com idade média de $44,1 \pm 9,9$ anos, mediana de 45,0 anos (24-65 anos), 74,4% tinham doutorado/pós-doutorado, 70,0% eram casados ou residiam com companheiro (a), 62,8% tinham um ou mais filhos, 81,6% declaram sua raça ou cor como

branca, 68,9% praticavam alguma religião. Observou-se que os docentes tiveram maior prevalência de doenças, atividade física irregular/sedentário, sobrepeso/obesidade e consumo de bebida alcoólica. Mediante a aplicação do AUDIT foi evidenciado que 77,5% dos docentes consumiam bebida alcoólica e 77,3% relatou um consumo classificado como de baixo risco (FIOREZ, 2013). Esses resultados foram maiores do que os encontrados entre os docentes da Universidade Federal de Ouro Preto (47,0%) (LEITE et al., 2008) e da Universidade Estadual de Feira de Santana (41,1%) (ARAÚJO et al., 2005). Este estudo também indicou que o consumo de bebida alcoólica foi mais elevado entre os homens do que entre as mulheres. Este resultado converge com nossos resultados e com um estudo nacional que verificou que 52,0% dos brasileiros, acima de 18 anos, fazem uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez ao ano, sendo que o percentual de homens e mulheres foi de 65,0% e 41,0%, respectivamente (LARANJEIRA et al., 2007).

Ademais, um estudo descritivo que buscou determinar a frequência, os padrões de consumo e dependência de nicotina, álcool e drogas, em uma universidade em Medellín na Colômbia, mediante os questionários CAGE, Fagerstrom e DUSI (*Drug Use Screening Inventory*) investigou 338 professores, revelou que a idade média foi de 39 anos, a frequência de consumo pelo menos uma vez na vida de álcool foi de 92,3%, o que supera nossos resultados e os de Fiorez (2013), porém, deste percentual, apenas 0,9% tinha risco de dependência de álcool, o que foi considerado baixo (OTÁLVARO et al., 2013).

No Brasil, os problemas decorrentes do uso do álcool ainda são citados como os relacionados à dependência alcoólica. Porém, estudos mostram que há problemas tão ou mais graves relacionados a outros padrões de consumo do álcool, de modo que (FARRELL et al., 2001; BOTT et al., 2005; MURRAY et al., 2008), como: bebedores pesados apresentam mais transtornos psiquiátricos co-mórbidos que os bebedores moderados; transtornos psiquiátricos estão mais relacionados à quantidade e à frequência do beber que a sintomas decorrentes de um transtorno decorrente do uso do alcoólico; cada vez mais é dada atenção à relação entre o hábito de beber de risco e os prejuízos sociais do álcool, bem como à relação com doença; o beber de risco, em longo prazo, pode ser um precursor de transtornos relacionados ao uso e ao desenvolvimento do abuso/dependência; histórico de consumo abusivo de álcool é um fator de risco para a violência.

Muitos transtornos psiquiátricos estão relacionados ao abuso/dependência do álcool. Em geral, co-morbidades psiquiátricas são mais prevalentes entre mulheres do que entre homens e frequentemente precedem o consumo de álcool. Os transtornos de internalização (depressão e ansiedade) estão habitualmente associados ao consumo de álcool pelas mulheres

e os de externalização (transtorno de personalidade anti-social e dependência de outras drogas) são mais comuns entre os homens (CORNELIUS et al., 1995). Utilizando dados de sete países (incluindo dados do estudo da ECA-SP), Kessler et al (2003) mostraram que transtornos de conduta, de personalidade anti-social, de humor e de ansiedade estão associados a problemas relacionados ao consumo alcoólico e dependência.

De acordo com a pesquisa do Ministério da Saúde – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) –, em 2014, 16,5% dos adultos (≥ 18 anos) nas capitais brasileiras e no Distrito Federal disseram consumir bebidas alcoólicas de forma abusiva no mês antes da entrevista. Essa proporção foi maior na população de 25 a 34 anos (23,2%), em homens (24,8%) quando comparado às mulheres (9,4%) e entre a população com maior escolaridade (19,5%) em quem tem 12 anos ou mais anos de estudo.

Os hábitos relacionados ao estilo de vida como a prática de esporte, lazer, hábitos alimentares, consumo de álcool e tabagismo pode implicar diretamente nas condições de saúde do indivíduo e no desenvolvimento de morbidades, principalmente, das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (WHO, 2004).

Além do Vigitel, em 2013, foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde, inquérito domiciliar de base populacional, que apontou que 13,7% da população adulta (≥ 18 anos) referiu consumo abusivo de álcool nos 30 dias antes da entrevista, sendo maior na área urbana (14,2%) que na rural (10,3%), entre os homens (21,6%) e na região Centro-Oeste (16,2%) (SZWARCOWALD et al., 2014).

O álcool revela-se a droga mais consumida no mundo, desde o uso social ao abusivo. De acordo com dados da WHO, em 2004, aproximadamente dois bilhões de pessoas consumiam bebidas alcoólicas. O uso indevido de bebida alcoólica é responsável por 4,0% de todos os anos perdidos de vida útil e por 3,2% de todas as mortes no mundo (LARANJEIRA et al., 2007).

Em nossos resultados nos chama a atenção os valores significativos para o "*Binge drinking*", encontrado na avaliação do consumo de bebida alcoólica entre docentes de instituições públicas de ensino ($p\text{-value}=0,03$). Este e outros padrões de consumo do álcool como o "beber freqüente" (*frequent drinking*) expõem o bebedor a situações de risco, tais como danos à saúde física, sexo desprotegido, gravidez indesejada, infarto agudo do miocárdio, overdose alcoólica, quedas, violência (incluindo brigas, violência doméstica e homicídios), acidentes de trânsito, comportamento anti-social e dificuldades escolares, tanto

em jovens como na população em geral (NAIMI et al., 2003; BREWER; SWAHN, 2005), aumentando os danos relacionados ao álcool.

E no intuito de compreender o que justifica este comportamento, nos atentamos aos motivos pelos quais as pessoas consomem bebida alcoólica, e encontramos na literatura relação desse comportamento aos fenômenos psicológicos.

A motivação é um fenômeno psicológico de relevância teórica e prática para a compreensão do consumo de substâncias psicoativas. Esse aspecto permite explicar padrões de consumo isolado ou persistente de uma substância em termos das funções psicológicas específicas desempenhadas por esses comportamentos em cada indivíduo usuário (COOPER et al., 1988).

O principal modelo teórico da motivação para o uso de bebidas alcoólicas propõe a existência de quatro motivos distintos para beber, que possuem correlatos externos diferenciados: motivos sociais, motivos de realce, motivos de *enfrentamento* e motivos de conformidade (COOPER, 1994; COOPER et al., 1988).

Sendo que os *motivos sociais* consistem no “beber para aproveitar uma festa ou para celebrar com outras pessoas”; *motivos de realce* “beber para realçar afetos positivos”; *motivos de enfrentamento* em “beber para evitar ou reduzir afetos negativos”; *motivos de conformidade* “beber para evitar desaprovação social por parte de um grupo de usuários de bebidas alcoólicas” (COOPER, 1994; COOPER et al., 1988).

Há estudos que relacionam motivos de *enfrentamento* a afetos negativos e ao neuroticismo e motivos de realce à extroversão, a episódios de uso pesado e a consequências negativas do beber (GOLDSTEIN; FLETT, 2009; KUTSCHE; KNIBBE; GMEL; ENGELS, 2006). Motivos sociais foram relacionados positivamente à quantidade e à frequência de uso de bebidas e motivos de conformidade, negativamente à abertura à experiência e à extroversão (AGRAWAL et al., 2008; THEAKSTON et al., 2004).

A motivação contextual e imediata para beber pode ser eliciada por pistas presentes no ambiente, tais como música alta (Guéguen et al., 2008), músicas com letras que falam sobre comida e bebida (Jacob, 2006) e a presença de um grande número de outras pessoas bebendo (DREWS; VAUGHN; ANFITEATRO, 1992). Todavia, de maneira reversa, os motivos costumeiros que levam um indivíduo a beber também podem ter repercussão na preferência por determinados contextos para consumir bebidas (KAIROUZ; GLIKSMAN; DEMERS; ADLAF, 2002).

Sugere-se também que o uso em festas é influenciado majoritariamente por motivos sociais, que o uso em bares é influenciado por motivos de realce e que o uso solitário é mais

influenciado por motivos de *enfrentamento* (COOPER, 1994; COOPER, RUSSEL, SKINNER; WINDLE, 1992). Dessa forma, a funcionalidade psicológica cumprida pelo uso do álcool em um indivíduo pode explicar, parcialmente, os lugares específicos que esse indivíduo frequenta quando busca fazer uso da substância.

A associação entre sofrimento psíquico e busca por alívio dessa situação mediante o consumo de bebida alcoólica revela um cenário mascarado e preocupante da prática docente no Brasil, da qualidade de vida de seus educadores e do sistema educacional vigente. Frente a isso, vislumbra-se uma política educacional voltada especialmente para a produtividade, indiferente às condições de trabalho e à recompensa pelos méritos alcançados por aqueles que elevam a condição científica de nosso país – os docentes.

Quanto a avaliação do consumo de tabaco, a maior parte dos docentes de ambas as instituições participantes deste estudo não faz uso dessa substância, o que corrobora com os resultados de estudos com a mesma população, como em Porto Alegre (RS) com prevalência de fumantes de 4,9% (ANTUNES et al., 2012) na área de ciências da saúde e de 0,0% (ECHER et al., 2011) em uma pesquisa entre docentes de uma Faculdade de Enfermagem. Na Universidade de São Paulo, Campus Bauru foi encontrado prevalência de 15,2% de fumantes (MORAIS, 2012), que revela valores acima média nacional para adultos (13,2%) (BRASIL 2014). Todavia, dados apresentados em 2015 revela redução do consumo de tabaco de 30,7% no Brasil nos últimos nove anos (BRASIL, 2014), o que justifica nossos resultados e os dados acima e revela o possível reflexo das políticas públicas nacionais e internacionais para o controle do tabagismo preconizadas pela Organização Mundial de Saúde e implementadas no Brasil.

Os resultados encontrados resultam de práticas adotadas no Brasil para controle do tabagismo. Este é um dos poucos países que dispõem de uma agência reguladora responsável pela regulamentação dos produtos derivados do tabaco, incluindo a comercialização, os teores das substâncias e a distribuição dos produtos. Os impostos correspondem a aproximadamente 74% dos preços dos cigarros, incluindo impostos de valor agregado que, apesar de elevados, não diminuem a facilidade de acesso ao produto (BRASIL, 2001).

Por meio da Lei Federal n. 10.167, de 2000, também ficaram proibidos a propaganda, o patrocínio dos produtos derivados do tabaco e o fumo em locais públicos, além de: restringiu-se a propaganda aos pontos internos de venda, ficando vedada em revistas, jornais, rádio e televisão ou outdoors; proibiu-se a propaganda através de qualquer meio eletrônico, incluindo a Internet; a propaganda de contrato indireto, ou em estádios, pistas de corridas, palcos ou locais semelhantes em público; proibiu-se a indústria do tabaco de patrocinar

eventos esportivos internacionais ou culturais. A partir de 2003, a legislação proibiu o uso de produtos do tabaco em aeronaves e outros veículos utilizados para transporte público (BRASIL, 2000; 2001).

Em 28 de março de 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da Resolução n. 46, determinou os níveis máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono da fumaça primária, no caso de cigarros comercializados no país. Esta resolução ainda proibiu o emprego de descritores, como light, ultra light, suave. A Resolução n. 104, de 31 de maio de 2004, emitida pela mesma agência, determinava que o material de propaganda e as embalagens de produtos do tabaco deviam incluir advertências acompanhadas por imagens que ilustrassem o seu significado, o número de telefone do “Disque Pare de Fumar”, além de proibir o uso de qualquer tipo de caixa ou dispositivo que encobrisse ou dificultasse a visualização das advertências (BRASIL, 2000; 2001).

Com isso, as medidas citadas conseguiram reduzir drasticamente o consumo de tabaco em diversas populações e apresentações no país.

Refletindo os comportamentos verificados, tem-se que o ambiente universitário mostra-se permeado por vaidade, relações de poder e de dominação (FERREIRA, 2015). Visto que a possibilidade de informações pessoais que tangenciassem algum estado de doença ou debilidade pudessem expor uma existência frágil e não conhecida no meio de trabalho, muitos professores podem ter deixado de participar deste estudo ou de responder a todas as questões, por acreditar que poderia, em sua percepção, estigmatizá-lo ou torná-lo inferior perante o ambiente tradicional e impiedoso do meio acadêmico.

Os resultados apresentados neste estudo podem contribuir para que professores universitários e gestores educacionais reflitam acerca da atividade laboral e de hábitos diários dos docentes, na perspectiva de uma melhor qualidade de vida, compreendendo a importância do discernimento entre produtividade docente e produtivismo no trabalho, com vistas especialmente à investigação científica como ferramenta para a transformação da realidade e evolução da humanidade.

Observando que os cursos de graduação não foram coincidentes entre todas as instituições participantes do estudo e que, apesar da existência de estudos que avaliam o consumo de álcool e tabaco em ambientes universitários, não foram encontradas na literatura pesquisas que comparassem instituições públicas e privadas de ensino superior, esses fatores limitaram algumas análises comparativas.

As informações sobre as atuais condições de saúde do trabalhador brasileiro ainda são escassas, o que dificulta a definição de prioridades de políticas públicas, de planejamento e

implementação de ações de saúde para o trabalhador (BRASIL, 2004). O mesmo ocorre entre os docentes universitários. Todavia, para planejar as ações de saúde do trabalhador é necessário conhecer as características de vida dessa população, ou seja, como vive, trabalha, adoece e morre. O desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador, por meio da atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, possibilitam o acompanhamento de mudanças nos processos de trabalho, contemplando as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade.

O presente estudo mostrou que a maioria dos professores das instituições estudadas consome álcool. O que nos chama a atenção é a maior frequência de uso e o maior número de doses de ingestão de álcool nas instituições públicas de ensino. Esses dados apontam para a necessidade de avaliação dos fatores intervenientes á utilização dessa substância, nesse contexto, com vistas à medidas que gerem discussões acerca do cotidiano e da qualidade de vida no ambiente universitário. No entanto, acredita-se que a primeira barreira a ser discutida toca nos dilemas morais, que deve considerar especialmente as fragilidades dessa população. Mas, a vivência prática mostra que esse cotidiano é permeado pela utópica preservação da imagem, pelo “não dizer” daquilo que se possa estabelecer preconceitos ou desafiar tabus.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da investigação do padrão de consumo de álcool e tabaco entre professores universitários, foi possível concluir-se, tanto na instituição pública como nas privadas, significativa prevalência de consumo de álcool de baixo risco e maior prevalência de consumo de tabaco de baixo risco.

Os resultados revelaram a necessidade de recomendação para a Educação no uso de álcool, realização de novos estudos que objetivem o aprofundamento no conhecimento de fatores associados à incorporação dos hábitos da ingestão do álcool e do uso do tabaco, assim como fomentar discussões que tragam à baila fatores que possam auxiliar na redução do uso das substâncias em referência.

Este estudo descerra possibilidades de novas discussões no meio universitário acerca da insalubridade mental à qual está exposto o docente e da redução da sua qualidade de vida ao longo dos anos no Brasil, o que torna os resultados desta pesquisa prolíficos para a comunidade acadêmica, podendo também tornar-se ferramenta para gestores da educação superior na reformulação da atenção à saúde do trabalhador universitário.

Verificou-se que a maioria dos professores das instituições participantes não utilizam tabaco, consome álcool e com baixo risco, portanto sendo recomendado para as pessoas classificadas em Zona I de risco à Educação para o uso de álcool. No entanto, foi observado entre professores do ensino público maior frequência de consumo de álcool e maior número de doses consumidas, o que instiga a novas investigações para desvelamento dos fatores motivacionais a esse comportamento.

Dentre as limitações desse estudo podemos incluir que houveram profissionais que não responderam a todas as questões, pressupondo-se que estes, possuíam receio do compartilhamento de informações pessoais, apesar de garantido o sigilo e anonimato. Com isso houveram perdas de dados. A não coexistência dos cursos de graduação em todas as instituições de ensino limitou análises comparativas.

A temporalidade dos estudos transversais também contribuiu para a restrição das avaliações de causa e efeito, no tocante da possibilidade de associação do uso de álcool e tabaco e seus danos.

8 REFERÊNCIAS

AGRAWAL, A., et al. Drinking expectancies and motives: a genetic study of young adult women. *Addiction*, v.103, n.2, 194-204. 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, v.151, p.1-31, 1996.

AMINOFF, M.J. *Neurology and General Medicine*. 4.ed. Churchill Livingstone, 2007.

AMORIM, C. As proibições à indústria do tabaco - Wordpress. 2012. Disponível em: <<http://actbr.org.br/comunicacao/noticias-conteudo.asp?cod=2176>> Acesso em: 07 mai. 2013.

ANTUNES, A.D.P., et al. Prevalência do tabagismo em uma Universidade da Saúde em Porto Alegre, Brasil. *Revista da AMRIGS*, n.56, v. 4, p. 300-303, 2012.

ARAÚJO, L.B. O uso do álcool como ritual de passagem da adolescência para a idade adulta: Alguns aspectos indicativos para programas de prevenção ao abuso do álcool [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos de comunicações científicas, *XXV Reunião Anual de Psicologia* (p. 41). Ribeirão Preto: SBP. (1995).

ARAÚJO, T.M.; SENA, I.P.; VIANA, M.A.; ARAÚJO, E.M. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. *Rev baiana Saúde Pública*, n.29, v.1, p.6-21, 2005.

ARINAMI, T.; ISHIGURO, H.; ONAIVI, E.S. Polymorphisms in genes involved in neurotransmission in relation to smoking. *Eur J Pharmacol*, v.27, n.410, p.215-26, 2000.

ARMITAGE, A.K. Effects of nicotine and tobacco smoke of blood pressure and release of catecholamines from the adrenal glands. *Brit J Pharmacol*, v.25, p.515, 1965.

ARMSTRONG, B.K.; WHITE, E.; SARACCI, R. Principles of Exposure Measurement in Epidemiology. Monographs on Epidemiology and Biostatistics. Oxford: Oxford University Press, v.21, 1992.

BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C.; SAUNDERS, J.B.; MONTEIRO, M. AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva: WHO; 2001.

BARBOR, T.F.; CAETANO, T.; CASSWELL, S. Alcohol: no ordinary commodity. *Oxford University Press*. 2003.

BACKHURST, J.D. A nicotina livre e a nicotina presa são as duas formas químicas de sua presença no tabaco. *Laboratório de Southampton*, Inglaterra. 1966.

BARONA, E.G. Estudio preliminar al Síndrome de Burnout. *Revista Ciência Psicológica*, n. 3, p. 63-76, 1991.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N.; HACKER, M.A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev. Saúde Pública*, v.42, P.9-17, 2008.

BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, v.17, n.4, p.229-232, 2007.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENOWITZ, N.L. Nicotine safety and toxicity. Ed Oxford Univ Press New York. 1998.

BENOWITZ, N.L. Cigarette smoking and nicotine adiction. *Med Clin North Am*, v.76, p. 415-37, 1992.

BERTOLOTE, J.M. Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool. Alcoolismo hoje. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. Epidemiologia básica. Tradução e revisão científica Juraci A. Cesar. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2010.

BORIO, G. Tobacco Timeline: The Twentieth Century 1900-1949--The Rise of the Cigarette. Disponível em: <http://http://grace4life.com/History_of_Tobacco-by_Gene_Borio.pdf> Acesso em: 03 de julh. 2013.

BOTT, K.; MEYER, C.; RUMPF, H.J.; HAPKE, U.; JOHN, U. Psychiatric disorders amongat- risk consumers of alcohol in the general population. *J Stud Alcohol*, v.66, n. 2, p.246-53. 2005.

BRAGA, M.C. Caracterização de um grupo de alcoólicos na área da mendicância. Dissertação de Mestrado não publicada. Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 46 de 28 de março de 2001. Estabelece os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na corrente primária da fumaça, para os cigarros comercializados no Brasil. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7ce59880474586e90>>

68d43fbc4c6735/Resolu%C3%A7%C3%A3o+RDC+46_Teores+e+embalagem_28Mar01.pdf?MOD=AJPERES >Acesso em: 03 de julh. 2013.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 104 de 31 de maio de 2001. Dispõe sobre as imagens nas embalagens de produtos fumígenos. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/78e1ef00474597549fd6df3fbc4c6735/2001-05-31_Resolu%C3%A7%C3%A3o+RDC+104_Embalagens_31g=en&nrm=iso> Acesso em: 17 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9294.htm> Acesso em: 20 ago. 2013.

BRASIL. Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000. Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10167.htm> Acesso em: 03 de julh. 2013.

BRASIL. Lei nº 12.760 de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12760.htm.> Acesso em: 20 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer/Fundação Getúlio Vargas. Cigarro Brasileiro. Análises e Propostas para Redução do Consumo. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/consumo_per_capita> Acesso em: 20 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466/12. Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> > Acesso em: 03 de julh. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: < http://pbpd.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2015/09/201509091131_Guia_AD_Mental_-_Vers--o_Consulta_Publica_Final.pdf > Acesso em: 15 de julh. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em:<<http://biavati.files.wordpress.com/20>

14/05/vigitel-2013.pdf> Acesso em: 03 de julh. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tabaco e pobreza: um círculo vicioso - a convenção - quadro de controle do tabaco, uma resposta. Instituto Nacional do Câncer. Organização Pan americana da Saúde. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 46, de 28 de março de 2001. Estabelece os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na corrente primária da fumaça, para os cigarros comercializados no Brasil. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/46_01rdc.htm> Acesso em: 03 de julh. 2013.

BRASIL. Ministério dos Transportes. Resolução nº 432, de 23 de janeiro de 2013. Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e seus agentes na fiscalização do consumo de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência. Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Conselho Nacional de Trânsito. Disponível em: <[http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/\(resolu%C3%A7%C3%A3o%20432.2013c\).pdf](http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/(resolu%C3%A7%C3%A3o%20432.2013c).pdf)> Acesso em: 20 de julh. 2013.

BREWER, R.D.; SWAHN, M.H. Binge drinking and violence. *JAMA*, n. 294, v.5, p. 616-618, 2005.

BUNING, E., et al. Alcohol and harm reduction : an innovative approach for countries in transition. International Coalition on Alcohol and Harm Reduction. Amsterdam, 2003. Disponível em: <<http://www.drugsandalcohol.ie/4144/>> Acesso em: 10 de out. de 2013.

CARDOSO, B.A.P.; SANTOS, M.L.S.C.; BERARDINELLI, L.M.M. A relação estilo de vida e tabagismo entre acadêmicos de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf*, v.11, n.2, p.368-74. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a18.htm>> Acesso em: 02 de mai. de 2013.

CARLOTTO, M.S. A síndrome de burnout e o trabalho docente. *Psicologia em Estudo*, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2002.

CARLOTTO, M.S.; GOBBI, M.D. Síndrome de burnout: Um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? *Revista Aletheia*, n.10, p. 103-114, 1999.

CARMO, J.T.; PUEYO, A.A. A adaptação do português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med*, v.59, p.73-80, 2002.

CARTOT, A., et al. Gastric emptying and gastrointestinal absorption of alcohol ingested with a meal. *Dig Dis Sci*, v.31, p. 343-8, 1986.

CASTRO, H.M.; SILVA FILHO, W.M. Avaliação do programa de atenção ao alcoolista no município de Carapicuíba. *Temas*, v.23, n.46, p.141-175, 1993.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. Álcool, Legislação e Políticas Públicas. *CISA*. Disponível em:<<http://www.cisa.org.br/artigo/289/alcool-legislacao-politicas-publicas.php>> Acesso em: 02 de mai. de 2013.

CLARK, P.B.S. Recent progress in identifying nicotine cholinoreceptors in mammalian brain. *Psychopharmacol*, v. 92, p.135, 1987.

CLONINGER, C.R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, v. 44, p.573-588, 1987.

CODO, W. Educação: carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1999.

COOPER, J.M. Estimulantes e narcóticos. In: RIBEIRO, D. Suma etnológica brasileira: Petrópolis: Vozes, p. 101-118, 1987.

COOPER, M. L. Motivations for alcohol use among adolescents: development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, v.6, n.2, 117-128, 1994.

COOPER, M.L.; KUNTSCHE, E.; LEVITT, A.; BARBER, L.L.; WOLF, S.A. motivational perspective on substance use: Review of theory and research. In K. J. Sher (Org.), *Oxford handbook of substance use disorders*. New York, NY: Oxford University Press. 1988.

COOPER, M.L.; RUSSEL, M.; SKINNER, J.; WINDLE, M. Development and validation of a three-dimensional measure of drinking motives. *Psychological Assessment*, v.4, n.2, p.123-132. 1992.

CORBETT, C.E. Hipnóticos. In: Corbett CE (ed). *Farmacodinâmica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.

CORNELIUS, J.R., et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry*, v.152, p. 358-64. 1995.

DANAELI, G. et al. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors. *Lancet*, v.366, n.9499, p.1784-93, 2005.

DANI, J.; BIASI, M. Cellular mechanisms of nicotine addiction. *Pharmacol. Schemes. Behav*, v.70, v.4, p. 439-46, 2001.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.

DESCHEPPER, P. J., VAN HECKEN, A.; DAENENS, P., et al. Kinetics of nicotine after oral and intravenous administration to man. *Europ J Clin Pharmacol*, v.31, v.15, p.583-8, 1987.

DIVISÃO DE ESTATÍSTICA DAS NAÇÕES UNIDAS. DENU. Demographic Yearbook System. Disponível em: <http://unstats.un.org/UNSD/Demographic/products/ddoencas.htm>
Acesso em: 03 Jan. 2013.

DOLL, R.; PETO, R.; BOREHAM, J.; SUTHERLAND, I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, v.328, n.7455, p.1519-28, 2004.

DREWS, D.; VAUGHN, D.; ANFITEATRO, A. Beer consumption as a function of music and the presence of others. *Journal of Pennsylvania Academy of Science*, v. 65, p.134-136. 1992.

DUARTE, C.L.; MORIHISA, R.S. Texto adaptado do original do curso Prevenção do uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais. 3ª ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, p.347-355, 2012.

ECHER, I.C.; CORRÊA, A.P.A.; FERREIRA, S.A.L.; LUCENA, A.F. Tabagismo em uma escola de enfermagem no sul do Brasil. *Texto contexto enferm*, v.20, n.1, p.152-9. 2011.

ESTEVE, J.M. Mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores. São Paulo: Edusc, 1999.

FAGERSTROM, K.O.; SCHNEIDER, N.G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*, v.2, n.12, p.159-82, 1989.

FAIBAIRN, J.; JUERGENS, J.; SPITTEL, S. Periferical vascular disease. Philadelphia Saunders. 1980.

FARGESTROM, K.O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behav*. 1978.

FARRELL, M., et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a nationalhouseholdsurvey. *Br J Psychiatry*, v.179, p.432-7. 2001.

FDA. Smoking and Health Review – ASH – files secrets documents with FDA – ASH 25 (nº 6) Nov. Dez. 1995.

FEYEREBEND, C.; INGS, R. M.J.; RUSSEL, M.A.N. Nicotine pharmacokinetics and its application to intake, from smoking. *Brit J Clin Pharmacol*, v.19, p.239, 1985.

FILHO, A.O.; NETTO-OLIVEIRA, E.R.; OLIVEIRA, A.A.B. Qualidade de vida e fatores de risco de professores universitários. *Rev. Educ. Fís*, v. 23, n. 1, p. 57-67, 2012.

FIGUEIREDO, J.M.S. Saúde autorreferida de docentes e servidores técnicos administrativos de uma universidade pública da região sudeste. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto: Programa de Pós-Graduação em Saúde e Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto, 2013.

FRANKEN, R.A.; MARTINEZ, E.E.; SASSO, S.W. Histoquímica da fibra muscular cardíaca de ratos jovens e senis sob a influência da nicotina. *Arq Bras Cardiol*, v.34, p. 289-93, 1980.

FRONE, M.R. Are work stressors related to employee substance use? The importance of temporal context assessments of alcohol and illicit drug use. *Journal of Applied Psychology*, v. 93, n.01, p.199-206, 2008.

GASPARIN, S.M.; BARRETO, S.M.; ASSUNÇÃO, A.A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*, v. 31, n. 2, p. 189-199.

GEORGE, E. The natural history of alcoholism. Vaillant. Harvard University Press, 1983.

GOLDSTEIN, A.L.; FLETT, G.L. Personality, alcohol use, and drinking motives: a comparison of independent and combined drinking motives groups. *Behavior Modification*, v.3, n.2, p. 182-198, 2009.

GOODLETT, C.R.; HORN, K.H. Mechanisms of alcohol damage to the developing nervous system. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)*. 2001. Disponível em: < <http://www.niaaa.nih.gov/publications/arh25-3/175-1847.htm>.> Acesso em: 01 abr. 2015.

GRECO, R.M.; OLIVEIRA, V.M.; GOMES, J.R. Cargas de trabalho dos técnicos operacionais da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 25, p. 59- 75, 1996.

GUÉGUEN, N.; JACOB, C.; LE, GUELLEC, H.; MORINEAU, T.; LOUREL, M. Sound level of environmental music and drinking behavior: a field experiment with beer drinkers. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*, v.32, n.10, p. 1795-1798. 2008.

GUNZERATH, L.; FADEN, V.; ZAKHARI, S.; WARREN, K. National institute on alcohol abuse and alcoholism report on moderate drinking. *Alcohol clin exp res*, v.28, n.6, p.829-47. 2004.

HADDOCK, C.K., et al. A study of the psychometric and predictive properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence in a population of young smokers. *Nicotine Tob Res*, v.1, n.1, p.59-66, 1999.

HAES, T.M., et al. Álcool e sistema nervoso central. *Medicina*, v.43, n. 2, p.153-63, 2010.

HEATHERTON, T.F., et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, v.86, n.9, p. 1119-27, 1991.

IGLESIAS, V. et al. Consumo precoce de tabaco y alcohol como factores modificadores del riesgo de uso de marihuana. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 4, p. 517-522, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades>> Acesso em: 01 mai. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. Doenças associadas ao tabagismo. 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2588> Acesso em: 01 abr. 2014.

JANSON, H.W. História da Arte. Lisboa: Gulbenkian, 1977.

JORGE, M.R.; FERRAZ, M.P.T. A percepção do alcoólatra do que o leva ao alcoolismo e à internação. *Boletim de Psiquiatria*, v.14, n.3, p.132-137, 1981.

KAIROUZ, S.; GLIKSMAN, L.; DEMERS, A.; ADLAF, E.M. For all these reasons, I do... drink: A multilevel analysis of contextual reasons for drinking among Canadian undergraduates. *Journal of Studies on Alcohol*, v.63, n.5, p.600–608. 2002.

KESSLER, D.A. The control and manipulation of nicotine and cigarettes. Subcommittee on Health and the Environmental Committee on Energy and Commerce. US House of Representatives. 1994.

KESSLERET, R.C., et al. Cross-national comparisons of comorbidities between substance use disorders and mental health disorders: results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. In: Bukoski WJ, Sloboda Z (eds.). Handbook for drug abuse prevention, theory, science and practice. New York: Plenum Publishing Corporation, 2003.

KUTSCHE, E.; KNIBBE, R.; GMEL, G.; ENGELS, R. Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. *Addictive Behaviors*, v.31, p.1844-1857. 2006.

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

LARANJEIRA, R.; HINKLY, D. Avaliação da Densidade de Pontos-de-Venda de Álcool e Sua Relação com a Violência. *Revista de Saúde Pública*, v.36, p.455-61, 2002.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: Almeida, Dratcu e Laranjeira, E. Manual de Psiquiatria. São Paulo: Guanabara Koogan, 1996.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. O alcoolismo. São Paulo: Contexto, 1997.

LEITE, D.R.; FIGUEIREDO, A.M.; MOURA, P.R.S.; SÓL, N.A.A. Trabalho docente em foco: relação entre as condições de trabalho e o adoecimento dos professores na Universidade Federal de Ouro Preto. *Trabalho educ*, v.17, n.3, p.71-83. 2008.

LIMA, C.T., et al. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol*, v.40, p.584-9, 2005.

LIPP, M.E.N. O estresse está dentro de você. São Paulo: Contexto, 2000.

LUCAS, A.C.S. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. *Cad. Saude Pública*, v.03, n.22, p. 663-671, 2006.

MARTINS, H.S.; NETO, A.S.; VELASCO, I.T. Emergências Clínicas Baseadas em Evidências; Disciplina de Emergências Clínicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: Ed. Atheneu; 2005.

MENDEZ, E.B. Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Pelotas. Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 1999.

MENESES-GAYA, I.C.; ZUARDI, A.W.; LOUREIRO, S.R; CRIPPA, J.A.S. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. *J.bras.pneumol*, v.35, n.1, p.73-82, 2009.

MORAIS, G.C.L.R. Prevalência de tabagismo e seu impacto na voz da população do campus de Bauru da Universidade de São Paulo. Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, 2012.

MORETTI-PIRES, R.O.; CORRADI-WEBSTER, C.M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 3, p.497-509, 2011.

MURRAY, R.L., et al. Psychological aggression, physical aggression, and injury in nonpartner relationships among men and women in treatment for substance-use disorders. *J Stud Alcohol Drugs*, v. 69, n6, p.896-905. 2008.

NAIMI, T.S., et al. Binge drinking among US adults. *JAMA*, v.289, n.1, p. 70-75, 2003.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. USA. Review and evolution of smoking cessation methods. Washington. 1987.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. NIAAA. Diagnostic Criteria for Alcohol Abuse and Dependence. *Alcohol Alert*, n. 30, 1995. Disponível em: <<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa30.htm>> Acesso em: 01 jan. 2015.

NOVA CANA. Álcool - Etanol Brasileiro - Álcool combustível. Disponível em: <<http://www.biodieselbr.com/energia/%C3%A1lcool/etanol.htm>> Acesso em: 03 mai. 2013.

OLIVENSTEIN, C. A Vida do Toxicómano. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Estatísticas Sanitárias Mundiais. 2005.

OTÁLVARO, A.F.T.; VELÁSQUEZ-TIRADO, J.D.; GARCÍA, A.R.V.; OCAMPO, J.H.T. Consumo y dependencia a nicotina, alcohol y otras drogas, en docentes de una universidad de Medellín, Colombia. *Investig andina*, v.15, n.27, p.847-58. 2013.

PATRICK, M. The Origins and Ancient History of Wine. Disponível em: <http://www.museum.upenn.edu/new/exhibits/online_exhibits/wine/wineintro.html> Acesso em: 17 mar. 2015.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

PIETRANTONI, M; KRUPPEL, R.A. Alcohol use in pregnancy. *Clin Perinatol*, v.18, p.93-111, 1991.

PILLON, S.C.; LUIS, M.A.V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.12, n.4, 676-82, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, utilização e avaliação. 5ª ed. Porto Alegre: Art Med, 2004.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da

Constituição Federal. Casa civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19294.htm> Acesso em: 02 de mai. de 2013.

PROENÇA, I. M. Stress ocupacional e qualidade de vida de jornalistas da mídia impressa diária. Dissertação de Mestrado não-publicada, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo, 1998.

PURCELL, N. Diet, Community, And History At Rome. *American Journal of Philology*. (2003).

RIBEIRO, C.T. Uso de substâncias tóxicas: história, modalidades e efeitos na subjetividade e nos laços sociais. *Psicologia em foco*, v.3, n.2, 116-123, 2009.

RIBEIRO, M.S., et al. Crenças e comportamento dos professores de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora: uso de substâncias psicoativas. *Rev Brasilia Med*, n.41, p.21-32, 2004.

ROSEMBERG, J. Nicotina. Colégio Médico del Peru. Comisión de Lucha Antitabáquica. Colat. Peru, 1999.

ROSEMBERG, J. Pandemia do tabagismo – Enfoques Históricos e Atuais. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2002.

SAMET, J.M.; YANG, G. Passive smoking, women and children. In: Samet JM, Soon-Young Y, editors. *Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st Century*. Geneva: World Health Organization; Co-published by Institute for Global Tobacco Control, Johns Hopkins School of Public Health, 2001.

SANTOS, J.D.P.; SILVEIRA, D.V; OLIVEIRA, D.F.; CAIFFA, W.T Instrumentos para avaliação do tabagismo: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*, v.16, n.12, 2011.

SCHMELTZ, I.; HOFFMANN, D. Nitrogen-containing compounds in tobacco and tobacco smoke. *Chemical Rev*, v. 77, p. 77-295, 1977.

SILVA, R.C.; CURSINO, E.A. O consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes: Dados sobre o consumo e concepções sobre o uso [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Resumos de comunicações científicas, XXV Reunião Anual de Psicologia*, Ribeirão Preto: SBP, 1995.

SILVA-JÚNIOR, J.S da. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo de caso controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social. Dissertação (mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2012.

SONENREICH, C. Contribuição para o estudo da etiologia do alcoolismo. São Paulo: Editora do autor. 1971.

SZWARCWALD, C.L. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 19, n. 2, p. 333-342, 2014.

TAYLOR, P. Drogas que atuam na junção neuromuscular e gânglios autônomos. In: Goodman AG, Gilman - As Bases Farmacológicas da Terapêutica, 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

THEAKSTON, J.A.; STEWART, S.H.; DAWSON, M.Y.; KNOWLDEN-LOEWEN, S.A.B; LEHMAN, D.R. Big-Five personality domains predict drinking motives. *Personality and Individual Differences*, v.37, p.971-984. 2004.

TURNER, D. M., et al. Metabolism of nicotine by the isolated perfused dog lung xenobiotics. v.5, p.539-51, 1975.

U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2004.

U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2006.

VAILLANT, G.E. A história natural do alcoolismo revisitada. 1ª ed. Editora Artes Médicas Sul: São Paulo. 1999.

VAILLANT, G.E. The Natural History of Alcoholism Revisited. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1995.

VAN KOLCK, O.L.; TOSI, S.M.V.D.; PELLEGRINI, T.F. Auto-imagem em alcoólicos crônicos. *Temas*, v.21, n.42, p. 374-382, 1991.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F.; ARAÚJO, E.C. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.25, n.8, p.1711-20. 2009.

VENDRAMETTO, M.C. et al. Prevalência de tabagismo em docentes de uma instituição de ensino superior. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, v. 11, n. 2, p. 143-128, 2007.

VIALA-ARTIGUES, J.; MECHETTI, C. Histoire de l'alcool archéologie partie 1. Paris: Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie; 2003. Disponível em: URL:

<<http://www.alcoologie.org/Histoire-de-l-alcool-archeologie,118.htm>> Acesso em: 14 out. de 2014.

VIEIRA, V. A representação social do enfermeiro acerca das práticas assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas na estratégia de saúde da família. Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

VOLKOW, N.D. What do we know about drug addiction? *Am J Psychiatry*, v.162, n.8, p.1401-2, 2005.

WALD, N.J.; IDLE, M.; BOREHAM, J., et al. In haling habits among smokers of different types of cigarette. *Thorax*, v.35, p.925, 1980.

WALD, N.J. Absorption de nicotine par un fumeur. La Journée Mondiale Sans Tabac de OMS. *UISTRM. News Letter*. 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Reagindo aos problemas das drogas e do álcool na comunidade. Geneva: WHO, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Neurociência: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol. Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: WHO; 2000. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/66529>> Acesso em: 23 mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World no-Tobacco Day. Tobacco and poverty: a vicious circle. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/en/wntd2004_brochure_en.pdf> Acesso em: 23 fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report alcohol and health 2014. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/> Acesso em: 23 set. 2015.

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Universidade de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	RESPONDENTE Nº ()	
a- Idade: _____		
b- Sexo: ()F ()M	c- Naturalidade: _____	d- Nacionalidade: _____
e- Procedência: _____	f- Ocupação: _____	g- Profissão: _____
h- Estado marital: com companheiro () sem companheiro ()		i- Filhos: não () sim () Nº ()
j- Tipo de vínculo: auxiliar () assistente () adjunto () titular () associado ()		l- Carga Horária: 20 horas () 40 horas ()
m- Tempo de atuação na área: até 3 anos () 3-6 anos () 6-9 anos () 9-12 anos () 12-15 anos () 15-18 anos () mais de 20 anos ()		
n- Escolaridade: pós-graduação: especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado ()		
o-religião: católico () evangélico () espírita () outros ()		p-renda familiar (número de salários mínimos): _____

Teste para Avaliação do Consumo de Álcool

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? (0) Nunca (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	2. Pensa em um dia em que você bebe. Qual bebida você bebe? Quantas doses você bebe? (0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais
3. Quantas vezes você toma mais que ___ dose em uma mesma ocasião? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.</i>	4. Pensa no período de ___ (mês em que você está) do ano passado até hoje. Quantas vezes você acha que não conseguiu parar de beber depois de ter começado? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
5. Pensa no período de ___ (mês em que você está) do ano passado até hoje. Quantas vezes depois de ter bebido, você deixou de fazer alguma coisa que normalmente faria? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	6. Pensa no período de ___ (mês em que você está) do ano passado até hoje. Quantas vezes você precisou beber pela manhã para se sentir bem depois de ter bebido muito/pesadamente no dia ou na noite anterior? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
7. Pensa no período de ___ (mês em que você está) do ano passado até hoje. Quantas vezes você sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	8. Pensa no período de ___ (mês em que você está) do ano passado até hoje. Quantas vezes você não foi capaz de lembrar o que aconteceu depois de ter bebido na noite anterior? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
9. Já aconteceu de você ferir ou magoar alguém ou de se ferir ou se magoar por causa de ter bebido? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses	10. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional já ficou preocupado com a forma que você bebeu ou sugeriu que você diminuísse? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses
10. Ex-etilista: não () sim () Se sim: Em que idade iniciou? _____ Por quanto tempo utilizou álcool? _____ Por qual motivo deixou de utilizar álcool? _____ Há quanto tempo não utiliza álcool? _____ Ainda sente desejo de utilizar álcool? _____	

Teste para Avaliação do Consumo de Tabaco

1- Você já fumou cigarro? 1 () Não 2 () Sim Qual? _____	2- De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você fumou algum cigarro? 1 () Não 2 () Sim
3- De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você fumou algum cigarro? 1 () Não 2 () Sim, fumei de 1 a 5 dias no mês 3 () Sim, fumei de 6 a 19 dias no mês 4 () Sim, fumei 20 dias ou mais no mês	4- Que idade você tinha quando fumou cigarro pela primeira vez? 1 () Nunca fumei 2 () Eu tinha anos 3 () Não lembro
5- Se você fuma, quantos cigarros você fuma por dia? 1 () Não fumo 2 () De 1 a 10 cigarros por dia 3 () De 11 a 20 cigarros por dia 4 () Mais de 20 cigarros por dia	6- De um ano pra cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tentou parar de fumar? 1 () Não fumei nos últimos 12 meses 2 () Sim, tentei parar de fumar e consegui 3 () Sim, tentei parar de fumar e não consegui 4 () Não tentei parar
7- Você utiliza ou já utilizou tabaco na forma de charuto, cachimbo, rapé? 1 () Não 2 () Sim Qual? _____ Outras formas: _____	
8- Ex-tabagista: não () sim () Se sim: Em que idade iniciou? _____ Por quanto tempo utilizou tabaco? _____ Por qual motivo deixou de utiliza tabaco? _____ Há quanto tempo não utiliza tabaco? _____ Ainda sente desejo de utilizar tabaco? _____	

		PONTUAÇÃO
1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? (1) Dentro de 5 minutos (Coloque 3) (2) Entre 6-30 minutos (Coloque 2) (3) Entre 31-60 minutos (Coloque 1) (4) Após 60 minutos (Coloque 0) (5) Não fuma (Não Coloque nada)		Coloque no campo a pontuação escolhida
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.? (1) Sim (Coloque 1) (0) Não (Coloque 0)		
3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação? (1) O primeiro da manhã (Coloque 1) (2) Outros (Coloque 0) (3) Nenhum (Não Coloque nada)		
4. Quantos cigarros você fuma por dia? (1) Menos de 10 (Coloque 0) (2) De 11 a 20 (Coloque 1) (3) De 21 a 30 (Coloque 2) (4) Mais de 31 (Coloque 3) (5) Não fuma (Não Coloque nada)		
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? (1) Sim (Coloque 1) (0) Não (Coloque 0)		
6. Você fuma mesmo doente? (1) Sim (Coloque 1) (0) Não (Coloque 0)		

Local e data: _____

Observações: _____

Assinatura do pesquisador: _____



APÊNDICE II

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Doutorado
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa "Prevalência do uso de álcool e tabaco entre professores universitários", sob a responsabilidade da pesquisadora Letícia Cunha Franco. O projeto faz parte de uma pesquisa de doutorado e consiste na aplicação de questionário, com o objetivo de conhecer a prevalência do consumo de álcool e tabaco entre professores universitários, visto a pouca produção de conhecimento nesta área e os danos decorrentes do uso dessas substâncias e com intuito de contribuir na melhoria da qualidade de vida no ambiente universitário.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de preenchimento de questionário, em ambiente privativo, no seu local de trabalho, neste caso a instituição de ensino superior a qual pertence, na data combinada com um tempo estimado de 15 minutos para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos e de ordem moral e social, que serão minimizados pela garantia do sigilo e anonimato. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a divulgação de informações que poderão auxiliar no fortalecimento de programas e políticas destinadas a prevenção do consumo de álcool e tabaco e também de tratamento, bem como suscitar discussões no ambiente universitário tendo como ênfase a qualidade de vida do professor.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto resultante dos procedimentos de pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Letícia Cunha Franco, na Universidade de Brasília no telefone (61) 3107-1976, no horário das 08:30 às 11:30 horas e das 14:30 às 17:30 horas ou pelo celular (62) xxxx-xxxx ou a cobrar (62) 9090xxxx-xxxx no horário das 08:00 às 18:00 horas.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília emitiu parecer ético favorável à realização deste estudo, sob o número de protocolo 788.054/14. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10hs às 12hs e de 14hs às 17hs, de segunda a sexta-feira. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

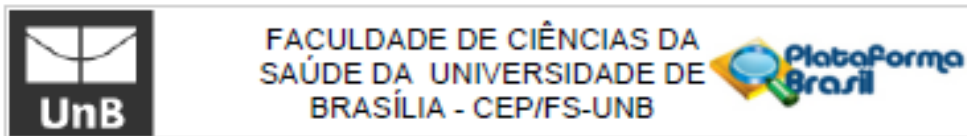
 Nome / assinatura
 Participante

 Pesquisador Responsável
 Letícia Cunha Franco

Goiânia, ____ de _____ de 201__.

ANEXO I

PARECER CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DO USO DE ÁLCOOL E TABACO ENTRE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS

Pesquisador: Letícia Cunha Franco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32678914.1.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

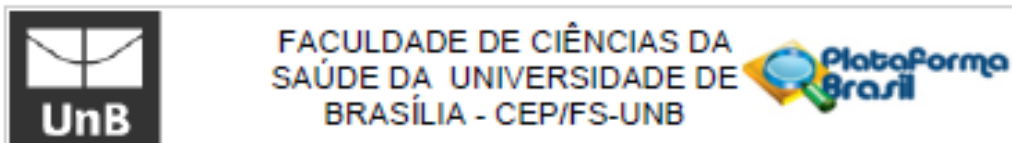
Número do Parecer: 788.054

Data da Relatoria: 10/09/2014

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa pretende investigar a prevalência e os possíveis fatores que interferem sobre o consumo de álcool e tabaco entre professores do ensino superior, na região Centro-Oeste do Brasil. O estudo, de caráter epidemiológico, transversal, descritivo e analítico, selecionará participantes pelo procedimento de censo. Pretende-se abordar 460 docentes, de diferentes cursos. O critério de inclusão de participantes refere professores que estejam em efetivo exercício durante o período da coleta de dados. O critério de exclusão refere professores, em efetivo exercício, procurados/abordados em mais de três tentativas, sem sucesso do pesquisador. As variáveis a serem pesquisadas incluem: perfil epidemiológico-social dos professores e relato de ingestão de álcool e consumo de tabaco. O instrumento de coleta de dados é composto por duas partes, sendo que a primeira parte contempla, um roteiro semiestruturado com perguntas referentes ao perfil epidemiológico-social e questões sobre consumo de álcool, integrantes do AUDIT (Teste de Identificação do uso problemático de álcool). A segunda parte abrange o relato do consumo de tabaco, segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde e o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND). Será realizado um estudo piloto com dez pessoas, as quais devem atender aos critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa. A coleta de dados será executada pela pesquisadora responsável, por meio da aplicação de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (81)3107-1947 Fax: (81)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 700.054

questionários, que são respondidos em aproximadamente 15 minutos. Nas análises entre as variáveis e suas possíveis associações, será utilizado o software Epi-Info para Windows - Versão 3.53, com previsão de uso de testes estatísticos χ^2 , cálculo da razão de chances-variáveis binomiais e teste exato de Fischer. O projeto foi elaborado em acordo às recomendações da Resolução número 466/12, que trata da pesquisa com seres humanos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Principal: Investigar a prevalência e possíveis fatores que podem interferir sobre o uso de álcool e tabaco entre professores universitários do ensino público e privado na região Centro-Oeste do Brasil.

Objetivo Secundário: descrever o perfil epidemiológico-social dos professores quanto à naturalidade, procedência, gênero, idade, estado marital, filhos, renda familiar, religião, número e tipo de vínculos empregatícios, carga horária, formação e tempo de atuação na área e pós-graduação; conhecer a prevalência e os fatores associados ao uso do álcool e identificar os tipos de bebidas alcoólicas ingeridas e quantidades; conhecer a prevalência e os fatores associados ao uso do tabaco, considerando formas de uso, teores respectivos e espaços físicos universitários utilizados para tal prática e tempo dispendido; realizar associação entre as variáveis do perfil epidemiológico-social e aquelas relacionadas ao consumo de álcool e tabaco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Embora a pesquisadora afirme que os participantes não sofrerão riscos, prejuízos, desconfortos ou lesões pela participação no estudo, recomenda-se que sejam explicitados os procedimentos a serem adotados no caso de eventual desconforto pessoal gerado por determinada(s) questão(ões) dos instrumentos.

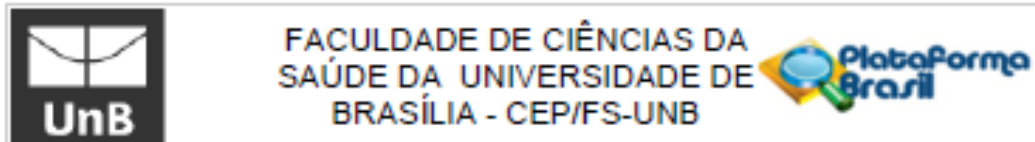
Benefícios:

Espera-se que a realização da pesquisa contribua com a divulgação de informações que auxiliem o fortalecimento de programas e políticas destinadas à prevenção de consumo de álcool e tabaco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os dados obtidos podem fomentar discussões, em ambiente universitário e em contextos de cuidados com a saúde, tendo como ênfase a promoção de saúde e de qualidade de vida de professores universitários. Os resultados de pesquisa serão divulgados às instituições participantes e podem subsidiar decisões que implementem melhores condições de cuidado e autocuidado aos trabalhadores.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 700.054

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes documentos: (a) Folha de Rosto, assinada pela Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB; (b) Termo de Responsabilidade e Compromisso de Pesquisa, assinado pela pesquisadora; (c) Projeto de pesquisa, na Inteira; (d) TCLE; (f) Termos de Anuência com a Pesquisa, assinados por três diretores de Faculdades Particulares (

Pesquisa, assinado pelo Rector da (g) Termo de Anuência com a e pelos Diretores das Faculdades de

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RESPOSTAS AS PENDENCIAS APONTADAS NO PARECER NUMERO 752055:

Considerando que, conforme resolução 466-2012 CNS/MS toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, solicitamos que sejam explicitados os possíveis riscos relacionados à pesquisa, bem como quais medidas serão adotadas para seu controle (PENDÊNCIA ATENDIDA))

Em relação ao TCLE, lê-se: "Sua participação é voluntária, por isso, não há pagamento ou ressarcimento decorrente de sua participação". Conforme item III.3.g o pesquisador deverá explicitar a garantia de ressarcimento das

despesas tidas pelos participantes (PENDÊNCIA ATENDIDA).

Não mais pendências.

Protocolo de pesquisa em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e complementares.

Situação do Parecer:

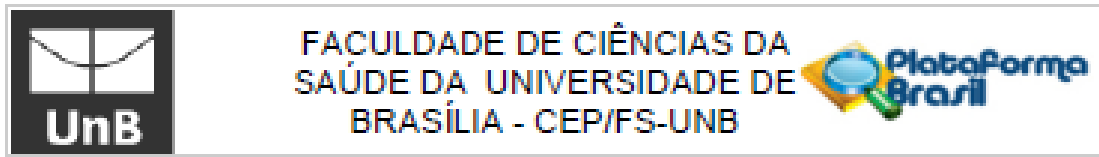
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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



Continuação do Parecer: 700.054

data de aprovação do protocolo de pesquisa.

BRASÍLIA, 11 de Setembro de 2014

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências de Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (81)3107-1947 Fax: (81)3307-3700 E-mail: cepfs@unb.br

ANEXO II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DO USO DE ALCOOL E TABACO ENTRE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS

Pesquisador: Letícia Cunha Franco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 328789/14.1.3001.5083

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 839.515

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa pretende investigar a prevalência e os possíveis fatores que interferem sobre o consumo de álcool e tabaco entre professores do ensino superior, na região Centro-Oeste do Brasil. O estudo, de caráter epidemiológico, transversal, descritivo e analítico, selecionará participantes pelo procedimento de censo. Pretende-se abordar 460 docentes, de diferentes cursos. Terá como de inclusão de participantes, professores que estejam em efetivo exercício durante o período da coleta de dados e como critério de exclusão professores, em efetivo exercício, procurados ou abordados em mais de três tentativas, sem sucesso do pesquisador. As variáveis a serem pesquisadas incluem: perfil epidemiológico-social dos professores e relato de ingestão de álcool e consumo de tabaco. O instrumento de coleta de dados é composto por duas partes, sendo que a primeira parte contempla, um roteiro semiestruturado com perguntas referentes ao perfil epidemiológico-social e questões sobre consumo de álcool, integrantes do AUDIT (Teste de Identificação do uso problemático de álcool). A segunda parte abrange o relato do consumo de tabaco, segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde e o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND). Será realizado um estudo piloto com dez pessoas, as quais deverão atender aos critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa. A coleta de dados será executada pela pesquisadora responsável, por meio da aplicação



Continuação do Parecer: 036.515

de questionários, que são respondidos em aproximadamente 15 minutos. Nas análises entre as variáveis e suas possíveis associações, será utilizado o software Epi-Info para Windows - Versão 3.53, com previsão de uso de testes estatísticos χ^2 , cálculo da razão de chances-variáveis binomiais e teste exato de Fischer. O projeto foi elaborado em acordo às recomendações da Resolução número 466/12, que trata da pesquisa com seres humanos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Principal: Investigar a prevalência e possíveis fatores que podem interferir sobre o uso de álcool e tabaco entre professores universitários do ensino público e privado na região Centro-Oeste do Brasil.

Objetivos Secundário: descrever o perfil epidemiológico-social dos professores quanto à naturalidade, procedência, gênero, idade, estado marital, filhos, renda familiar, religião, número e tipo de vínculos empregatícios, carga horária, formação e tempo de atuação na área e pós-graduação; conhecer a prevalência e os fatores associados ao uso do álcool e identificar os tipos de bebidas alcoólicas ingeridas e quantidades; conhecer a prevalência e os fatores associados ao uso do tabaco, considerando formas de uso, teores respectivos e espaços físicos universitários utilizados para tal prática e tempo dispendido; realizar associação entre as variáveis do perfil epidemiológico-social e aquelas relacionadas ao consumo de álcool e tabaco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a pesquisadora afirma que os riscos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos e de ordem moral e social, que serão minimizados pela garantia do sigilo e anonimato.

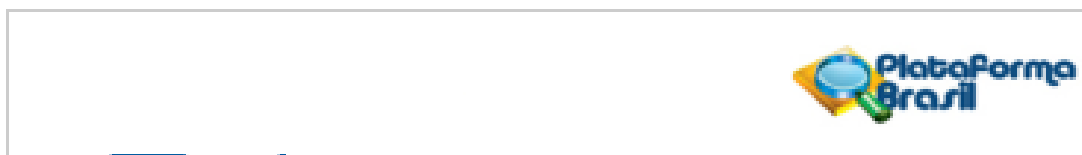
Benefícios: espera-se que a realização da pesquisa contribua com a divulgação de informações que auxiliem o fortalecimento de programas e políticas destinadas à prevenção de consumo de álcool e tabaco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os dados obtidos podem fomentar discussões, em ambiente universitário e em contextos de cuidados com a saúde, tendo como ênfase a promoção de saúde e de qualidade de vida de professores universitários. Os resultados de pesquisa serão divulgados às instituições participantes e podem subsidiar decisões que implementem melhores condições de cuidado e autocuidado aos trabalhadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram anexados. Foi incluído orçamento e especificado que os



Continuação do Parecer: 039.515

pesquisadores financiarão o projeto. Não consta no TCLE ligação a cobrar.

No cronograma só foi especificado a data de envio ao CEP, mas na metodologia foi colocado que o período de coleta de dados será de agosto/2014 a fevereiro de 2015.

Recomendações:

Anexar declaração de que não incluiu a pesquisa e adequar o cronograma para início da execução após aprovação pelo CEP.

Colocar no TCLE que o participante pode fazer ligação a cobrar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado com recomendação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Enviar as recomendações acima elencadas sob a forma de NOTIFICAÇÃO, via Plataforma Brasil ao

□

ANEXO III

DOI: 10.18471/rev.sab.1111940

1

PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO ENTRE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS

PATTERN OF ALCOHOL AND TOBACCO CONSUMPTION AMONG UNIVERSITY TEACHERS

PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO ENTRE LOS PROFESORES UNIVERSITARIOS

Leícia Cunha Franco¹
Pedro Sadi Monteiro²

Objetivo: estimar o padrão de consumo de álcool e tabaco entre professores universitários. **Método:** estudo transversal realizado com 212 professores universitários entre agosto de 2014 e março de 2015. Utilizou-se o Teste para Identificação do uso Prejudicial de Álcool e o questionário da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos. Os dados foram analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, utilizando, para análise, medidas de tendência central, porcentual de frequência, teste Qui-Quadrado e teste de Fisher. **Resultado:** foi evidenciado, na população investigada, que a bebida alcoólica era consumida por 64,0% dos professores de ensino superior privado e por 79,1% dos professores do ensino superior público. Quanto ao consumo de tabaco, os que nunca fumaram, no setor privado, totalizaram 85,5%; no setor público, 81,5%. **Conclusão:** o padrão de consumo de álcool e tabaco entre professores universitários mostrou-se pouco prevalente e de baixo risco.

Descritores: Álcool; Tabaco; Professor.

Objective: to estimate the pattern of alcohol and tobacco consumption among university teachers. *Method:* cross-sectional study conducted with 212 university teachers between August 2014 and March 2015. The Test for the Identification of Harmful use of Alcohol and the questionnaire of the Worldwide Survey on Smoking in Adults were used. Data was analysed in the *Statistical Package for the Social Sciences*, using, for analysis, central tendency measures, percentage frequency, Chi-Square and exact Fisher tests. *Results:* it was evidenced in the investigated population that 64.0% of private higher education teachers consume alcohol and 79.1% of public higher education teachers consume alcoholic beverages. In relation to tobacco, those who never smoked in the private sector, totaled 85.5% and in the public sector 81.5%. *Conclusion:* the consumption pattern of alcohol and tobacco among university teachers was of low prevalence and risk.

Descriptors: Alcohol; Tobacco; Teachers.

Objetivo: estimar el patrón de consumo de alcohol y tabaco entre los profesores universitarios. *Método:* estudio transversal realizado con 212 profesores universitarios, entre agosto de 2014 y marzo de 2015. Se utilizó la Prueba para la Identificación del uso Nocivo de Alcohol y el cuestionario de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Adultos. Los datos fueron analizados en el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences*, utilizando para el análisis de medidas de tendencia central, porcentaje de frecuencia, pruebas de Chi-Quadrado y exacto de Fisher. *Resultados:* se evidenció en la población investigada que la bebida alcohólica era consumida por 64,0% de los profesores de escuela superiores privadas y 79,1% de los profesores de la educación superior pública. En lo que

¹ Bolsista do Departamento de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, Campus Darcy Ribeiro, Brasília, Distrito Federal, Brasil. leiciafranco@unb.br

² Pós-Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública pela University College London, Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília, Campus Darcy Ribeiro, Brasília, Distrito Federal, Brasil. pmonteiro@unb.br

se refiere al tabaco, los que nunca fumaron, en el sector privado, totalizaron 83,5%, en el sector público 81,5%. Conclusión: el patrón de consumo del alcohol y del tabaco entre profesores universitarios se mostró poco prevalente y de bajo riesgo.

Descriptores: Alcohol; Tabaco; Profesores.

Introdução

Dentre as substâncias psicoativas licitas, as mais utilizadas são o álcool e o tabaco. Ambas legais, de fácil acesso, comercializadas na maior parte do mundo e prejudiciais à saúde. Por isso, a preocupação com o consumo dessas substâncias e os fatores interveicantes ao seu uso em diversos contextos e populações é crescente, frente aos danos individuais e coletivos⁽¹⁾.

A compreensão dos efeitos negativos resultantes do consumo de álcool é aspecto importante para a prevenção de danos associados ao uso dessa substância. Desse modo, a elaboração de padrões de consumo é estabelecida, observando-se aspectos médicos e psicossociais.

O tipo e a quantidade de bebida alcoólica consumida podem causar consequências detectáveis ou não. Nos Estados Unidos o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) usa o termo "uso moderado" para se referir ao consumo que não causa prejuízos individuais ao beber, nem problemas sociais. Considerando as unidades de bebida, como uso moderado é definido o consumo de até 14 unidades por semana para homens, até sete para mulheres e não mais que três para indivíduos de faixa etária superior a 65 anos (considerando a unidade-padrão de 14 g de etanol puro). Além disso, aconselha-se um ou dois dias semanais sem consumo de álcool. Para níveis diários, esse consumo refere-se a duas unidades alcoólicas para homens (28 g) e uma para mulheres (14 g)⁽²⁾.

No Brasil é adotado o padrão de consumo de álcool de acordo com as definições da *World Health Organisation* (WHO)⁽³⁾, que estabelece o beber moderado como o consumo de quantidades moderadas e que não causam problemas. Recomendado-se, para evitar problemas com o álcool, que o consumo aceitável é de até 15 doses/semana para os homens e 10 doses/semana

para as mulheres. 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. Tanto homens quanto mulheres não devem beber pelo menos, por dois dias seguidos na semana⁽³⁾.

Ainda que os prejuízos resultantes do consumo inadequado de álcool sejam notórios, em 2012, 3,3 milhões de mortes ocorreram devido ao consumo prejudicial de álcool no mundo. Foram consumidos por adultos brasileiros, em média, 8,7 litros de álcool por ano, entre 2008 e 2010. A média mundial calculada pela WHO é de 6,1 litros⁽³⁾. Esses dados consideram o público maior de 15 anos. Nos Estados Unidos, o problema atinge de 30% a 100% das pessoas na América Latina de 30% a 130% da população é acometida pela dependência do álcool⁽⁴⁾.

Em 2014, 16,50% dos adultos (≥ 18 anos) nas capitais brasileiras e no Distrito Federal afirmaram consumir bebidas alcoólicas de forma abusiva. Essa proporção foi maior na população de 15 a 34 anos (23,20%), em homens (24,00%) quando comparado às mulheres (9,40%) e entre a população com maior escolaridade (19,50% com 12 ou mais anos de estudo). Embora o Brasil ainda apresente um consumo elevado de álcool, verifica-se redução no consumo *per capita* entre 2005 (9,8 l) e 2010 (8,7 l)⁽⁵⁾.

Considerando a popularidade que o consumo de álcool atinge em diferentes regiões geográficas, faixas etárias, gêneros e grupos sociais, alguns autores apontam os fatores biopsicossociais como interveicantes ao consumo de bebida alcoólica. No quesito biológico, fatores hereditários e a predisposição ambiental são apontados como possíveis explicações para o consumo e a dependência do álcool^(6,7).

Outra substância psicoativa legal que também apresenta redução no consumo, mas ainda representa importante problema em saúde pública, é o tabaco. Estima-se que um terço da população mundial adulta, cerca de dois bilhões de pessoas, sejam fumantes. No Brasil o número de fumantes permanece em queda⁽³⁾. A prevalência de fumantes caiu de 34,8% em 1999, para 11,3% em 2013, como resultado da política de controle do uso de tabaco implementada no país⁽⁴⁾. Resulta-se que, para o consumo de nicotina, não há padrão de consumo tolerável, pois esta substância é danosa mesmo em quantidades reduzidas e em diferentes aplicações⁽⁵⁾.

O consumo de tabaco pode causar quase 50 tipos de doenças diferentes, sendo responsável por 25% das mortes por câncer e infarto do miocárdio, 90% dos casos de câncer no pulmão, 25% das doenças vasculares e 30% das mortes decorrentes de câncer⁽⁶⁾. No Brasil o tabagismo é apontado como segundo fator de risco mais importante para o câncer⁽⁴⁾.

No caso do tabaco, a literatura aponta como o principal fator interveniente à sua utilização, o estresse e a ansiedade^(4,7). A motivação é um fenômeno psicológico de relevância teórica e prática para a compreensão do consumo de tabaco e álcool. Este aspecto permite explicar padrão de consumo isolado ou persistente de uma substância no tocante às funções psicológicas específicas desempenhadas por estes comportamentos em cada indivíduo usuário⁽⁸⁾.

Revisando a literatura, nota-se que muitos dos estudos acerca do consumo de álcool e tabaco abordam o ambiente escolar, com foco em escolares e adolescentes. Apesar da escassa exploração deste tema no ambiente universitário, ainda existem poucos estudos no tocante ao uso de substâncias psicoativas entre os professores, mesmo com a dinâmica intensa e estressante vivenciada neste ambiente.

O cotidiano fatigante dos docentes vem se construindo nos últimos vinte anos, com a reestruturação da educação superior focada na expansão do número de vagas e cursos de graduação e pós-graduação, além de produção científica, para uma resposta social e mercadológica.

Este crescimento exigiu, dos docentes, aumento da qualificação e intensificação do trabalho, o que não foi acompanhado por melhorias na qualidade de vida e de trabalho.

As circunstâncias sob as quais os docentes mobilizam as suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para atingir os objetivos da produção acadêmica podem gerar sobre-esforço ou hiper-solicitação de suas funções psicofisiológicas. Se não há tempo para a recuperação, são desencadeados ou precipitados os sinais ou sintomas associados às atividades laborais⁽⁹⁾. Frustrações emocionais são peculiares a este fenômeno e podem conduzir a problemas como insônia, hipertensão, úlceras, consumo de álcool, tabaco e medicamentos, gerando e/ou aumentando problemas familiares e sociais⁽¹⁰⁾. Com isso, o docente pode apresentar prejuízos ao planejamento das aulas, perda de criatividade e entusiasmo, baixa tolerância à frustração, sentimentos hostis e depreciativos com relação ao trabalho e a si próprio e, muitas vezes, o arrependimento e o desejo de abandonar a profissão⁽¹¹⁾.

A literatura aponta para a acessibilidade de atenção à saúde do docente universitário, tendo em vista as peculiaridades laborais às quais estes profissionais estão expostos. Mesmo que as atividades dos docentes impliquem uma intensa exigência cognitiva e eles despendam tempo em jornadas que, muitas vezes, ultrapassam 40 horas semanais, o resultado de seu esforço é, em geral, impalpável. Ministrar aulas, pesquisar, participar de reuniões deliberativas, orientar estudantes, elaborar relatórios de produtividade a pedido de alguma instância da universidade; demandas acadêmicas ou administrativas de atualização de currículo acadêmico ou de informações acerca de sua formação ou qualificação; solicitações de financiamentos ou bolsas de pesquisa; pareceres de pesquisa para periódicos; leitura e resposta de e-mails de trabalho – tudo isso faz parte de uma produção quase sempre invisível aos olhos da própria comunidade acadêmica e, em particular, aos daqueles que estão fora desta coletividade⁽¹²⁾.

Considerando a insalubridade do cotidiano profissional dos docentes, é necessário desenvolver

os comportamentos adotados para adaptação à vida diária, como o consumo de substâncias psicoativas, especialmente o álcool e o tabaco, que se revelara em adição a situações de elevado estresse e em transtornos mentais⁽²⁴⁾.

Pesquisa realizada em uma universidade de Minas Gerais encontrou transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área de saúde, evidenciando que 90,3% usava tabaco e 74,6% dos docentes consumiam álcool. Destes 10,3% possuiam transtorno associado e mais significativo naqueles com maior esforço no trabalho⁽²⁴⁾. Outro estudo descritivo, que buscou determinar os padrões de consumo e dependência de nicotina, álcool e drogas em uma universidade em Medellín na Colômbia, investigou 330 professores, revelando frequência de consumo de 91,3% para álcool. Destes 4,9% relataram consumir álcool em razão de problemas no trabalho ou emocionais e 1,9% o fizeram por necessidade física⁽²⁵⁾.

Considerando que o cenário atual de trabalho do docente é fator predisponente para o adoecimento, considera-se como objeto de estudo a associação estreita entre estresse laboral e consumo de substâncias psicoativas.

O objetivo deste estudo é estimar o padrão de consumo de álcool e tabaco entre professores universitários. Espera-se gerar informações que possam colaborar na atenção à saúde e na qualidade de vida do docente universitário.

Métodos

Estudo transversal descritivo e analítico. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2014 e março de 2015, envolvendo 396 professores elegíveis da área de ciências da saúde de ensino superior público e privado da região Centro-Oeste do Brasil. Foram elegíveis todos os indivíduos que ministravam disciplinas para os cursos de Educação Física, Fisioterapia, Biomedicina, Biologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia e Medicina, que estivessem ativos no serviço durante o período da coleta de dados. Foram excluídos os docentes ativos procurados e/ou abordados sem êxito em até três tentativas. Resulta-se que os tipos de cursos

de graduação não foram coincidentes em todas as instituições participantes do estudo.

Decidiu-se trabalhar com a seleção de indivíduos por razão da utilização da modalidade censo, que consiste na enumeração estatística dos indivíduos ou de características de interesse de determinada população⁽²⁶⁾. Participaram professores de três instituições de ensino – uma pública e duas privadas – que foram denominadas A, B e C, para garantir o anonimato.

Todos os indivíduos elegíveis foram convidados a participar do estudo e orientados acerca da natureza, objetivos, metodologia, riscos e benefícios decorrentes da participação. Após o consentimento dos participantes, por meio de entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, procedeu-se à aplicação do questionário, que ocorreu em ambiente privativo, nas dependências das instituições e de acordo com a disponibilidade do participante.

Foram investigadas características socioeconômicas e demográficas; padrão de consumo de álcool, por meio do instrumento *Ten Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) elaborado pela WHO. O AUDIT possui dez 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 de álcool (perguntas que abordam o sentimento de culpa após o uso de álcool, esquecimentos após o uso, lesões causadas pelo uso de álcool, preocupações despertadas em terceiros devido ao uso de álcool). Cada questão 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. Esta classificação permite a adoção de intervenções específicas para cada indivíduo. Na Zona I, sugere-se Educação para o uso de álcool; Zona II, o Aconselhamento;

Zona III, Aconselhamento, psicoterapia e monitoramento contínuo; e Zona IV, o Encaminhamento a um especialista, para avaliação diagnóstica e tratamento⁽²⁴⁾.

Para a avaliação do consumo de tabaco foi adotado o questionário *Global Adult Tobacco Survey* (GATS), que consiste em um conjunto de perguntas elaboradas pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos em parceria com a Organização Mundial de Saúde⁽²⁵⁾. As questões do GATS abordam: fumantes, fumantes que não fumam diariamente e ex-fumantes.

Para a avaliação de dependência da nicotina, foi adotado o *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND), mediante a aplicação dos seguintes itens: tempo, após acordar, que leva o primeiro cigarro; dificuldade para não fumar em lugares proibidos; cigarro do dia traz mais satisfação; número de cigarros fumados por dia; frequência de fumo pela manhã; utilização de fumo quando está doente. Por meio de respostas com pontuações específicas, a escala de *Fagerström* consiste de seis questões sobre a frequência, quantidade e acessibilidade de consumir tabaco. Para sua interpretação, considera-se o somatório de pontos correspondentes às respostas: 0-2 (muito baixo), 3-4 (baixo), 5 (média), 6-7 (elevado), 8-10 (muito elevado)^(24,27).

Os dados foram analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Para a análise descritiva, foram utilizadas medidas de tendência central e percentual de frequência. As prevalências para o consumo de álcool e tabaco foram calculadas com intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Os testes Qui-Quadrado (χ^2) e Exato de Fisher foram utilizados para testar a significância das diferenças entre as proporções. Valores com p -valor $\leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

O desenvolvimento deste estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa com seres humanos, sendo submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. A pesquisa foi aprovada pelo Parecer número 039.515/14.

Resultados

Entre os 306 professores elegíveis para a pesquisa, participaram 212, sendo 75 professores do ensino privado e 137 do ensino público. Do total de sujeitos, houve aqueles que deixaram de responder a itens que poderiam causar-lhes algum desconforto. Portanto, os dados foram analisados e os resultados apresentados de acordo com as respostas válidas. Entre os participantes, 5,3% eram biólogos, 6,7% educadores físicos, 0,9% nutricionistas, 14,7% biomédicos, 10,7% farmacêuticos, 22,6% odontólogos, 24,0% enfermeiros, 24,1% médicos e 30,7% fisioterapeutas.

Nas instituições privadas a maior parte dos professores (59,5%) era adulto jovem, com idade entre 30 e 40 anos, enquanto no ensino público prevaleceram pessoas (39,4%) com idades entre 50 e 60 anos.

O gênero feminino foi predominante no ensino privado (53,3%) e público (54,5%). Quanto à naturalidade e procedência, no ensino privado, a maior parte das pessoas era do Centro-Oeste, 81,3% e 82,7%, respectivamente. No ensino público, prevaleceram pessoas advindas de outras regiões do país (55%). No ensino privado, a maior parte das pessoas ainda não possuía filhos e era católica (60%; 49,3%). No ensino público, a maior parte possuía filhos e também era católica (75,9%; 56,5%).

A renda familiar entre professores do ensino privado alcançou até 8 salários mínimos (45,1%), enquanto no ensino público prevaleceram rendas superiores a 12 salários (94,1%).

Quanto aos aspectos profissionais, tanto no ensino privado quanto no público prevaleceram os professores adjuntos e com carga horária de 40 horas semanais (53,3% e 70,7%; 42,0% e 90,3%, respectivamente). Tratando-se do tempo de atuação e da formação, predominaram, no ensino privado, professores com até seis anos de atuação e mestres (25,3% e 43,0%), enquanto, no ensino público, a maior parte atuava há mais de quinze anos e possuía doutorado (36,6% e 70,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Aspectos profissionais por tipo de instituição – Centro-Oeste, Brasil – 2014-2015 (n=211)

Aspectos Profissionais	Instituição				p-value
	Privada		Pública		
	n	%	n	%	
Vínculo Empregatício					
Auxiliar	7	9,3	3	2,3	< 0,001
Assistente	24	31,0	31	23,7	
Adjunto	40	53,3	55	42,0	
Titular	4	5,3	13	9,9	
Associado	-	-	20	15,1	
Total	75	100,0	131	100,0	
Carga Horária (horas)					
Vinte	22	29,3	11	8,4	< 0,001
Quarenta	53	70,7	119	90,6	
Total	75	100,0	131	100,0	
Tempo de Atuação na Área					
0 — 3	13	17,3	11	8,4	< 0,001
3 — 6	19	25,3	13	9,9	
6 — 9	16	21,3	12	9,2	
9 — 12	14	18,7	21	16,0	
12 — 15	12	16,0	26	19,9	
15 — 20	1	1,3	40	30,6	
Total	75	100,0	131	100,0	
Nível de Formação					
Especialista	25	33,3	4	3,1	< 0,001
Mestre	43	57,3	15	11,5	
Doutor	6	8,0	91	70,2	
Pós-doutor	1	1,3	20	15,3	
Total	75	100,0	131	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Usou-se o teste de Chi-quadrado.

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Teste: Qui-Quadrado e Exato de Fisher

Na avaliação do consumo de álcool, observou-se, no cenário superior privado: 64,0% dos professores consomem bebida alcoólica; 42,7% preferiam cerveja; 30,7% faziam ingestão de bebida alcoólica com frequência mensal ou raras; 52% ingeriam até uma dose quando consumiam bebida alcoólica; 90,7% referiram que nunca tiveram dificuldade para interromper o consumo; 86,7% relataram que a bebida nunca interferiu no cumprimento de suas atividades; 90,7% alegaram não beber pela manhã, após ter bebido muito a noite anterior; 90,7% nunca sentiram culpa por ter bebido; 93,3% nunca deixavam de lembrar da noite anterior; 89,3% acreditavam nunca ter

resgado alguma coisa devido o consumo de álcool; e 94,7% nunca receberam sugestão para interromper o consumo.

No cenário superior público, verificou-se: 79,1% consumiam bebida alcoólica; 41,0% preferiam a cerveja; 34,3% faziam ingestão de bebida alcoólica com frequência de duas a quatro vezes por mês; 42,9% ingeriam até uma dose quando consumiam bebida alcoólica e 15,9%, quatro ou cinco doses em um único episódio; 95,5% referiram que nunca tiveram dificuldade para interromper o consumo; 91,5% relataram que a bebida nunca interferiu no cumprimento de suas atividades; 100% afirmaram não beber pela

maqui, após ter bebido muito na noite anterior; 95,5% nunca sentiram culpa por ter bebido; 94% nunca deixaram de lembrar da noite anterior; 91,7% acreditaram nunca ter raçoado algum devido o consumo de álcool e; 94,3% nunca receberam sugestão para interromper o consumo.

Na avaliação do consumo de tabaco no cenário privado, verificou-se que 85,3% dos professores referiram nunca ter fumado, enquanto que, no público, a proporção foi de 81,3%. No cenário privado, os que referiram ter experimentado e

fumavam corresponderam a 1,3%; no público, não foram observados registros; que já experimentaram e não fumavam, no privado, foram 13,3%, enquanto que, no público, a proporção foi de 18,7%.

De acordo com a postulação do AUDIT e as perguntas do GATS, foi verificado tanto em instituições públicas como aquelas privadas: maior prevalência de consumo de álcool de baixo risco ($p\text{-valor}=0,248$) e maior prevalência de consumo de tabaco de baixo risco ($p\text{-valor}=0,361$). A Tabela 2 é ilustrativa.

Tabela 2 – Avaliação do consumo de álcool e tabaco entre professores universitários de acordo com o risco – Centro-Oeste, Brasil – 2014-2015 (n=211)

Variáveis	Instituição				$p\text{-valor}^{(a)}$	
	Privada		Pública			
	n	%	n	%		
Álcool	Baixo risco	57	76,0	107	78,1	0,248
	Uso de risco	14	18,7	28	20,4	
	Uso nocivo	2	2,7	2	1,5	
	Provável dependente	2	2,7	-	-	
	Total	75	100,0	137	100,0	
Tabaco	Muito baixo	73	97,3	136	100	0,361
	Elevado	1	1,3	1	1	
	Muito elevado	1	1,3	-	-	
	Total	75	100,0	137	100	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Teste estatístico utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resulta de arredondamento.

^(a) = Teste: Qui-Quadrado

Discussão

Verificou-se, nesta pesquisa, que a maioria dos professores das instituições participantes consumiam álcool e foram classificados como baixo risco. No entanto, observou-se que professores da instituição pública consumiam maior número de doses ($p\text{-valor}=0,005$) e com maior frequência ($p\text{-valor}=0,03$) que aqueles das instituições privadas.

Pesquisa realizada com 347 docentes de uma universidade pública da região Sudeste do Brasil encontrou, mediante a aplicação do AUDIT, que

77,5% dos docentes consumiam bebida alcoólica e 77,3% relataram um consumo classificado como de baixo risco⁽²⁸⁾, o que corrobora os resultados desta pesquisa. No entanto, estes resultados foram superiores aos encontrados entre os docentes da Universidade Federal de Ouro Preto (47,8%)⁽²⁸⁾ e da Universidade Estadual de Feira de Santana (41,1%)⁽²⁸⁾.

Em outra investigação⁽²⁹⁾, que objetivou analisar a percepção de qualidade de vida e nível de fatores de risco de 193 professores de uma instituição pública do Sul do Brasil, foram identificados 67,3% de docentes em consumo excessivo



de álcool em um único episódio, o que também corrobora os resultados desta pesquisa.

Todavia, estudo realizado em uma instituição privada de ensino, com o objetivo de avaliar transtornos mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde, revelou prevalência de consumo de bebida alcoólica de 74,6%⁽²⁴⁾. Enquanto outra pesquisa, que não relata o tipo de instituição investigada, revelou que, dentre 311 docentes, 92,3% faziam uso de bebida alcoólica⁽²⁵⁾, o que supera os resultados desta pesquisa em ambas as instituições.

Considerando as altas prevalências de consumo de álcool entre os docentes universitários, tanto nos resultados desta pesquisa como na literatura pesquisada, e de acordo com as recomendações da WHO, tem-se que é necessária a Educação para o uso de álcool, que consiste em discutir os resultados do teste e esclarecer sobre o nível dos riscos e as consequências de ultrapassá-los⁽²⁶⁾.

No intuito de compreender o padrão de consumo de álcool evidenciado na população estudada, abriu-se a possibilidade de relacionar esse comportamento a um hábito para adaptação ao cotidiano laboral, que se mostrava permeado por estresse emocional, ansiedade e exaustão, o que contribuiu para a busca de alívio, mediante adição de álcool, motivado por coping e autocurativo.

A associação entre sofrimento psíquico e busca por alívio dessa situação mediante o consumo de bebida alcoólica revela um cenário marcante e preocupante da prática docente no Brasil, da qualidade de vida de seus educadores e do sistema educacional vigente. Frente a isso, vislumbra-se uma política educacional voltada especialmente para a produtividade, indiferente às condições de trabalho e à recompensa pelos méritos alcançados por aqueles que elevam a condição científica de nosso país – os docentes.

Em contrapartida, a maior parte dos docentes de ambas as instituições participantes deste estudo não faz uso de tabaco, o que corrobora resultados de estudos com a mesma população em Porto Alegre (RS), com prevalência de fumantes de 4,9%⁽²⁷⁾ na área de ciência da saúde

e de 0,09%⁽²⁸⁾ em pesquisa numa Faculdade de Enfermagem. Na Universidade de São Paulo, Campus Bauru, foi encontrada prevalência de 15,3% de fumantes⁽²⁹⁾, o que revela valores acima da média nacional para adultos (13,3%)⁽³⁰⁾. Todavia, dados apresentados em 2015 revelam redução de 30,7% no consumo de tabaco no Brasil nos últimos nove anos⁽³¹⁾, o que justifica os resultados acima e revela o possível reflexo das políticas públicas nacionais e internacionais para o controle do tabagismo preconizadas pela Organização Mundial de Saúde e implementadas no Brasil.

Os resultados encontrados resultam de práticas adotadas no Brasil para controle do tabagismo. Este é um dos poucos países que dispõem de uma agência reguladora responsável pela regulamentação dos produtos derivados do tabaco, incluindo a comercialização, os preços das substâncias e a distribuição dos produtos. Os impostos correspondem a aproximadamente 74% dos preços dos cigarros, incluindo impostos de valor agregado que, apesar de elevados, não diminuem a facilidade de acesso ao produto⁽³¹⁾.

Por meio da Lei Federal n. 10.167, de 2000, também ficaram proibidos a propaganda, o patrocínio dos produtos derivados do tabaco e o fumo em locais públicos, além de restringir-se a propaganda nos pontos internos de venda, ficando vedada em revistas, jornais, rádio e televisão ou outdoors; proibiu-se a propaganda através de qualquer meio eletrônico, incluindo a Internet; a propaganda de caráter indireto, ou em estúdios, pistas de corridas, palcos ou locais semelhantes em público; proibiu-se a indústria de tabaco de patrocinar eventos esportivos internacionais ou culturais. A partir de 2003, a legislação proibiu o uso de produtos de tabaco em aeronaves e outros veículos utilizados para transporte público^(31,32).

Em 20 de março de 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da Resolução n. 46, determinou os níveis máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono da fumaça primária, no caso de cigarros comercializados no país. Esta resolução ainda proibiu o emprego de descritores, como *light*, *ultra light*

mento. A Resolução n. 104, de 31 de maio de 2004, emitida pela mesma agência, determinava que o material de propaganda e as embalagens de produtos de tabaco deviam incluir advertências acompanhadas por imagens que ilustrassem o seu significado, o número de telefones do "Disque Pare de Fumar", além de proibir o uso de qualquer tipo de caixa ou dispositivo que encobrisse ou dificultasse a visualização das advertências^(11, 16).

Com isso, as medidas citadas conseguiram reduzir drasticamente o consumo de tabaco em diversas populações e apresentações ao país.

Apesar de expor resultados preocupantes ao padrão de consumo de álcool e tabaco entre professores universitários, nota-se que, dentro das limitações deste estudo, houve profissionais que não responderam a todas as questões, presumindo-se que podem ter tido receio de compartilhamento de informações pessoais, apesar de ter sido garantido o sigilo e o anonimato. Diante disso, pode haver viés na apresentação dos resultados relativos às variáveis não respondidas.

Refletindo este comportamento, tem-se que o ambiente universitário mostra-se permeado por vaidade, relações de poder e de dominação⁽¹⁷⁾. Visto que a possibilidade de informações pessoais que tangenciamem algum estado de doença ou debilidade pudesse expor uma existência frágil e não conhecida ao meio de trabalho, muitos professores podem ter deixado de participar deste estudo ou de responder a todas as questões, por acreditar que poderia, em sua percepção, estigmatizá-lo ou torná-lo inferior perante o ambiente tradicional e impiedoso do meio acadêmico.

Os resultados apresentados neste estudo podem contribuir para que professores universitários e gestores educacionais reflitam acerca da atividade laboral e de hábitos diários dos docentes, na perspectiva de uma melhor qualidade de vida, compreendendo a importância do discernimento entre produtividade docente e produtividade no trabalho, com vistas especialmente à investigação científica como ferramenta para a transformação da realidade e evolução da humanidade.

Observando que os cursos de graduação não foram coincidentes entre todas as instituições participantes do estudo e que, apesar da existência de estudos que avaliam o consumo de álcool e tabaco em ambientes universitários, não foram encontradas na literatura pesquisas que comparassem instituições públicas e privadas de ensino superior, esses fatores limitaram algumas análises comparativas.

Considerações Finais

Diante da investigação do padrão de consumo de álcool e tabaco entre professores universitários, foi possível concluir-se, tanto na instituição pública como nas privadas, significativa prevalência de consumo de álcool de baixo risco e maior prevalência de consumo de tabaco de baixo risco.

Os resultados revelaram a necessidade de reconcepção para a Educação ao uso de álcool e de tabaco; realização de novos estudos que objetivem o aprofundamento no conhecimento de fatores associados à incorporação dos hábitos de ingestão de álcool e de uso de tabaco, assim como fomentar discussões que tragam à baila fatores que possam auxiliar na redução do uso das substâncias em referência.

Este estudo descortina possibilidades de novas discussões no meio universitário acerca da insalubridade mental à qual está exposto o docente e da redução da sua qualidade de vida ao longo dos anos no Brasil, o que torna os resultados desta pesquisa profícuos para a comunidade acadêmica, podendo também tornar-se ferramenta para gestores da educação superior na reformulação da estratégia à saúde do trabalhador universitário.

Referências

1. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases. [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2016 Feb 10]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
2. Gosselin I, Faden V, Zakher S, Warren K. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

- report on moderate drinking. *Alcohol clin exp res.* 2014;38(6):49-47.
3. World Health Organization. Global status report alcohol and health 2014. [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2016 feb 10]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
 4. Vargas B, Oliveira MAP, Araújo EC. Prevenção de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de São Carlos, São Paulo, Brasil. *Cad saú de pública.* 2009;25(8):1711-19.
 5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília; 2014. [Internet]. [cited 2016 fev 10]. Disponível em: <http://bvs.mh.fiocruz.br/handle/doc/1014/95/vigil-2013.pdf>
 6. Frosa MR. Are work stressors related to employee substance use? The importance of temporal context assessment of alcohol and illicit drug use. *J app psychol.* 2009;94(1):199-206.
 7. Cardoso EAP, Santos MISC, Ferradáselli LMM. A relação estilo de vida e tabagismo entre acadêmicos de enfermagem. *Rev eletr saú.* [Internet]. 2009. [cited 2016 fev 10];11(1):66-74. Disponível em: http://www.fea.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1_r1E.htm
 8. Instituto Nacional de Câncer. *Doenças associadas ao tabagismo.* [Internet]. Rio de Janeiro; 2015. [cited 2015 fev 10]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/contato/_view.sip?id=258
 9. Cooper JM. *Estimulantes e alucinógenos.* In: Ribeiro E, Coordenador. *Temas etiológicos brasileiros.* 1ª ed. Petrópolis: Vozes; 1996. vol. 1. *Etiologia.* p. 101-118.
 10. Gasparini SM, Ferraro IM, Arraújo AA. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educ psic.* 2005;31(1):189-99.
 11. Ferreira EC, Silveira AP, Di MAF, Feres IEL, Sousa JEM, Martins AMEEL. Transtorno mental e estressores no trabalho entre professores: Universitários da área da saúde. *Trab educ saú.* 2015;13(1):35-55.
 11. Oshiro APT, Velázquez-Trindo JD, García ARV, Ocampo JET. Consumo y dependencia a alcohol, alcohol y otras drogas, en docentes de una universidad de Medellín, Colombia. *Investig saúdes.* 2013;15(17):847-58.
 13. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
 14. Moretti-Silva EO, Comedi-Webster CM. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população brasileira do Interior de Aracaju, Brasil. *Cad saú de pública.* 2011;27(3):497-509.
 15. Grupo Colaborativo para a Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos. *Perguntas sobre tabaco para pesquisas: um subconjunto de perguntas chave da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos (Global Adult Tobacco Survey - GATS).* 1ª ed. Atlanta, GA: Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos; 2011.
 16. Guya SCM, Escudé AW, Loureiro SR, Crippa JAI. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. *J bras psiquiatr.* 2009;35(1):72-8.
 17. Santos JDP, Silveira DV, Oliveira DP, Cuffa WT. Instrumentos para avaliação de tabagismo: uma revisão sistemática. *Ciência saúde coletiva.* 2011;16(11):4707-10.
 18. Florença JMI. Saúde autorreferida de docentes e servidores técnicos administrativos de uma universidade pública de região suldeste (dissertação). Ouro Preto: Programa de Pós-Graduação em Saúde e Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto; 2013.
 19. Leite DE, Figueiredo AM, Moura FRS, Sol BAA. Trabalho docente em foco: relação entre as condições de trabalho e o adoecimento dos professores na Universidade Federal de Ouro Preto. *Trabalho educ.* 2008;17(3):71-83.
 20. Araújo TM, Sosa IP, Viana MA, Araújo EM. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. *Rev bras saú de pública.* 2005;29(1):6-11.
 21. Oliveira Filho A, Neto-Oliveira ER, Oliveira AAF. Qualidade de vida e fatores de risco de professores universitários. *Rev educ f. s.* 2011;37(1):57-67.
 21. Azeiteiro ADP, Rosa EI, Galla: CDM, Rappold CT, Teixeira MZ, Silva LOC. Prevenção do tabagismo em uma Universidade de Saúde em Porto Alegre, Brasil. *Rev AMBIO.* 2011;56 (4):500-5.
 23. Echer IC, Cordeiro ABA, Ferreira IAL, Lucena AP. Tabagismo em uma escola de enfermagem no sul do Brasil. *Texto contexto enferm.* 2011;20(1):151-9.
 24. Morais GCLR. *Prevalência de tabagismo e seu impacto na voz da população de campus de*

Escola da Universidade de São Paulo [dissertação].
Escola: Faculdade de Odontologia de São Paulo,
Universidade de São Paulo; 2012.

15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução n. 46, de 29 de março de 2001. Estabelece os limites máximos permitidos de alcatrão, alcatrão e nicotina de carbono presentes as correias primária de fumo, para os cigarros comercializados no Brasil. Brasília; 2001. [citado 2015 jul 3]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/Aaviva/Portal/Aaviva/Inicio/Derivados+do+Tabaco/Assuntos+de+Interesse/Legislacao/Legislacao+tabaco>

16. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução n. 104, de 31 de maio de 2001. Dispõe sobre as imagens nas embalagens de produtos fumígenos. Brasília; 2001. [citado 2015 jul 3]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/Aaviva/Portal/Aaviva/Inicio/Derivados+do+Tabaco/Assuntos+de+Interesse/Legislacao/Legislacao+tabaco>

Artigo apresentado em: 17/1/2016

Aprovado em: 30/5/2016

Verão Real apresentado em: 8/6/2016