

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

MARIA APARECIDA CARLOS

**PERFIL, QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE LABORAL, ABUSO E
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

UBERLÂNDIA

2017

MARIA APARECIDA CARLOS

**PERFIL, QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE LABORAL, ABUSO E
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT/UFU), como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

**Orientadora: Prof. Dra. Liliane Parreira
Tannús Gontijo**

UBERLÂNDIA

2017

MARIA APARECIDA CARLOS**Perfil, qualidade de vida, estresse laboral, abuso e dependência de álcool dos
trabalhadores da Estratégia Saúde da Família**

Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestre no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT/UFU), pela banca examinadora formada por:

Data ____/____/____

Resultado _____

Profa. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia - Faculdade de Odontologia

Profa. Dra. Marcelle Aparecida Barros Junqueira (Membro Interno)
Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Medicina

Profa. Dra. Maria Maura de Moraes (Membro Externo)
Faculdade Católica de Uberlândia

AGRADECIMENTOS

À Deus pela graça de viver e poder conviver com fabulosas pessoas as quais presto meus agradecimentos:

Aos meus filhos Nathanny e Daniel pelo apoio e incentivo, pelo amor, pela paciência permanente e pelo respeito às minhas decisões de vida e profissão, sem os quais eu não teria conseguido.

À minha família pelo apoio e incentivo.

Ao Luiz Cláudio companheiro fiel e carinhoso, por existir em minha vida.

À minha orientadora Liliane Parreira Tannús Gontijo pelo comprometimento, competência, paciência, pelos inúmeros momentos de aprendizagem e orientação, por ter acreditado e confiado em mim e pela imensa contribuição dessa conquista; é meu maior exemplo profissional.

Ao Álex por sua disponibilidade em me ouvir e refletir junto comigo sobre esse estudo e pela contribuição dada na finalização dele, minha eterna amizade e agradecimento.

Aos meus amigos, Patrícia Zuza, Lígia, André Vitorino, Maria Luíza, Isabel, Mirna, pessoas a quem dedico meu carinho e amizade por toda minha vida.

Aos mestrandos pelo companheirismo e troca de conhecimento.

Aos Professores pelos conhecimentos e auxílios tão importantes para o desenvolvimento desse trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG, por conceder a autorização para a realização dessa pesquisa junto a Estratégia Saúde da Família.

Aos profissionais das Equipes de Saúde da Família pela participação nessa pesquisa;

À banca examinadora que aceitaram o meu convite em participar da mesma com suas avaliações e sugestões que serão de grande importância e incentivo para enriquecimento e crescimento profissional.

A todos que me apoiaram durante toda essa trajetória, e torceram pelo meu sucesso, meu muito obrigada.

RESUMO

A globalização progressiva, sob a perspectiva de um processo internacional da integração econômica, social, cultural e política de forma desigual, em detrimento as singularidades de cada país, o capitalismo exacerbado, as incertezas do mercado de trabalho, o aumento do desemprego e a ansiedade pelo consumo acarretam inúmeros riscos à sociedade. Dentre os quais destaca-se o surgimento ou evolução do estresse e o consumo de álcool apontados como agravantes na influência da qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi traçar o perfil socioprofissional, analisar a prevalência do estresse no trabalho, a qualidade de vida e o grau de risco do uso e abuso de álcool dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de pesquisa quantitativa de caráter epidemiológico, de recorte transversal do tipo descritiva e analítica. A população total é de 967 trabalhadores da saúde da família de Uberlândia, Minas Gerais. A amostra de participantes corresponde a 13%, distribuídos em oito equipes, pertencentes a Estratégia de Saúde da Família e aos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, urbanos e rural. Utilizou-se quatro questionários estruturados e validados, perfazendo 75 questões. Quanto ao perfil dos entrevistados constatou-se que há forte feminização dos profissionais das equipes de saúde da família, autodeclaradas mulheres cisgênero e heterossexuais, casadas ou com união estável, acima de 40 anos de idade, católicas e protestantes, especialistas. O tempo de trabalho na saúde da família é inferior a cinco anos. Predomina vínculos exclusivos, celetistas e terceirizados. A renda familiar é entre 2 a 5 salários mínimos. A ausência de capacitação regular e frequente, a deficiência nas informações, a sobrecarga de trabalho e a forma de distribuição das tarefas revelam-se como fatores estressores de insatisfação e irritabilidade para os trabalhadores. Dos 118 indivíduos que participaram da pesquisa, 74,7% classificaram sua qualidade de vida como boa ou muito boa, e com relação a satisfação com a própria saúde (69,4%) avaliaram em satisfeito e muito satisfeito. As análises dos domínios da qualidade de vida demonstram que maiores escores foram obtidos pelo domínio físico e relações sociais que obtiveram resultado próximos com médias de 70,37 e 69,56 respectivamente. Logo após, está o domínio psicológico com média de 68,68. E por último o domínio meio ambiente que apresentou o pior escore com média de 57,72. Vale salientar que em média 72% dos trabalhadores da saúde da família estão satisfeitos tanto com a sua qualidade de vida quanto a própria saúde. A metade dos trabalhadores referiram nunca terem consumido bebida alcoólica. Os resultados do padrão “binge”, consumo em uma única ocasião apresenta grau preocupante (41%). Quanto a ocorrência de sintomas de dependência, 92% declararam que nunca perderam controle. Não é suficiente identificar, conhecer e analisar as mazelas que afligem o trabalhador da saúde, é necessário ir além, sensibilizar e exigir que os gestores garantam políticas e estratégias do cuidado dirigido ao trabalhador da saúde. As boas práticas no campo da atenção à saúde dos cidadãos da rede do Sistema Único de Saúde, em especial nesse momento da atenção em saúde da família, estão diretamente relacionadas ao potencial intelectual, emotivo, e de trabalho do trabalhador, que por sua vez, resulta do fortalecimento de sua qualidade de vida e saúde e no aumento de fatores não estressores laborais.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador. Esgotamento Profissional. Qualidade de Vida. Estratégia Saúde da Família.

LISTA DE ABREVIASÕES

AUDIT: Teste de Identificação dos Transtornos do Uso de Álcool

CID: Classificação Internacional de Doenças

EET: Escala Estresse no Trabalho

ESF: Estratégia Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social

LENAD: Levantamento Domiciliar sobre Drogas

NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

PPSGAT: Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

SGA: Síndrome Geral de Adaptação

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFU: Universidade Federal de Uberlândia

WHOQOL-Bref: Questionário de Qualidade de Vida Abreviado da Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	1
2. INTRODUÇÃO	3
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	5
3.1. Considerações Sobre Uso, Abuso e Dependência do Álcool	8
3.2. Estresse Ocupacional	11
3.3. Qualidade de Vida	13
4. OBJETIVOS	16
4.1. Objetivo Geral	16
4.2. Específicos.....	16
5. METODOLOGIA.....	17
5.1. Tipo de Estudo	17
5.2. Local do Estudo	17
5.3. Amostragem	18
5.4. Instrumentos de Coleta dos Dados	19
5.5. Coleta dos Dados	20
5.6. Análise dos Dados	21
5.7. Aspectos Éticos da Pesquisa.....	21
6. RESULTADOS	22
6.1. Artigo 1: Revista Ciência e Saúde Coletiva	22
6.2. Artigo 2: Physis	44
7. CONSIDERAÇOES FINAIS.....	60
BIBLIOGRAFIA	62
APÊNDICES	66
Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	66
ANEXOS	67
Anexo 1: Perfil Socioprofissional e Econômico.....	67
Anexo 2: Escala de Estresse no Trabalho.....	70
Anexo 3: Autorização para utilização do questionário Escala Estresse no Trabalho ..	71
Anexo 4: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool	72
Anexo 5: Qualidade de vida, versão abreviada "WHOQOL-bref"	74
Anexo 6: Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFU	77
Anexo 7: Comprovante de Submissão Revista Ciência e Saúde Coletiva	83
Anexo 8: Comprovante de Submissão Revista Physis	84

1. APRESENTAÇÃO

O presente relatório foi elaborado com o objetivo de submissão à Defesa Final do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT/UFU).

A seleção dos temas sobre perfil, qualidade de vida, estresse laboral, uso, abuso e dependência de álcool dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família emergiram das permanentes inquietações e reflexões que venho desenvolvendo ao longo dos anos, com ênfase junto ao vínculo profissional, da Secretaria Municipal de Saúde, do Município de Uberlândia- MG.

Vale destacar que em minha trajetória profissional percebi ao longo dos anos pouca valorização dos trabalhadores, que possuem a tarefa de se responsabilizar por cuidarem da saúde do cidadão. Alguns esforços nos âmbitos federal, estadual e municipal foram evidenciados, mas insuficientes pela escassez de estudos envolvendo os referidos cuidadores que, paradoxalmente, cuidam, porém, são, institucionalmente, via de regra negligenciados do cuidado em saúde. O panorama deste estudo foi pautado nos processos de trabalho das equipes de saúde da família, permitindo compreender as suas fragilidades evidenciadas pelos dados coletados por seus trabalhadores inseridos nesse universo tão complexo.

Concomitante aos conhecimentos adquiridos no contexto da trajetória do Mestrado Profissional sobre Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental tornou-se possível analisar criticamente e entender um pouco dos múltiplos desdobramentos no dia-a-dia dos trabalhadores. Ademais, a conquista de novos conhecimentos permitiu observar, harmonizar, compartilhar informações, reflexões teóricas, troca de experiências e acima de tudo, ser multiplicador no ambiente do trabalho.

Em adição, permitiu compreender a veracidade de realidades que possam minimizar as mazelas e os desafios advindos da organização do trabalho. Portanto, o foco central desta investigação foi contribuir para a compreensão e reflexão sobre os processos de adoecimento e saúde, no caso dos trabalhadores das equipes de saúde da família, vislumbrando possibilidades de promoção da saúde e qualidade de vida e prevenir doenças e agravos peculiares as suas atividades profissionais.

Sendo assim, enfrentar esse desafio foi gigantesco, porém gratificante na medida em que proporcionou o encontro da teoria com a prática. Foram concentradas forças para explicitar a motivação do trabalho, exemplificando de como o estudo em questão

poderia contribuir para a área de pesquisa e como os resultados provocariam avanços no conhecimento do panorama do trabalho em saúde na atualidade. E ainda, de que forma o material produzido poderia impactar na melhoria das condições de trabalho e da percepção de sua condição como trabalhadores e, também, como cidadãos.

Com base no exposto, foi possível abordar e discorrer sobre temas relevantes que envolvem a saúde do trabalhador para serem investigados, explorados e relacionados com qualidade de vida, estresse ocupacional e o uso abusivo de álcool como ponto principal do estudo. Indo além, vale registrar que a escolha dos temas se deu pelo fato dos mesmos permitirem um olhar sobre o trabalhador considerando não apenas características específicas do trabalho, mas dialogando constantemente com os aspectos sociais, econômicos e culturais.

Além do exposto, o objetivo dessa pesquisa buscou conhecer a prevalência do estresse, do padrão de consumo de álcool e a influência da organização do trabalho sobre a qualidade de vida dos trabalhadores inseridos na Atenção Básica no âmbito urbano e rural em um município de grande porte.

Após a apresentação sucinta do cerne desse estudo, a seguir será apresentado na modalidade de artigos, contendo em sua estrutura, os referenciais teóricos e metodológicos, resultados alcançados, discussão, considerações finais e seus anexos.

Para alcance de tais objetivos, buscou-se demonstrar, no primeiro capítulo o que se entende por estresse e qualidade de vida, bem como conhecer a prevalência do estresse ocupacional e a influência da organização sobre a qualidade de vida dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.

Por sua vez, no segundo capítulo identificou-se o padrão e a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas entre esses trabalhadores.

Introduzidas as três temáticas norteadoras do trabalho, partiu-se para a construção dos dois manuscritos científico elaborados a partir da pesquisa.

Com base no exposto, destacam-se as implicações da relação entre o processo saúde e doença e cuidado na prática dos trabalhadores de saúde e sua importância na implementação de políticas públicas em saúde do trabalhador pelos governos como medidas cruciais para que se promova o cuidado e todos sintam-se incluídos e acolhidos.

Nas considerações finais, procurou-se fazer o relato das experiências ao longo do estudo, bem como a recuperação dos aspectos positivos e restritivos da pesquisa.

2. INTRODUÇÃO

As demandas e configurações do trabalho, suas formas de organização em discrepantes processos de produção e seus impactos, principalmente no que diz respeito à saúde dos trabalhadores, tem sido largamente debatido e com o desenvolvimento do capitalismo se fortaleceu e agregou esforços de vários conhecimentos de ordem psicológica, social e biológica. Portanto, não se pode negar que houve um considerável avanço sobre os agentes e das circunstâncias causadoras de doenças relacionadas ao trabalho.

Com o processo da globalização, o setor terciário da economia foi o que mais cresceu no âmbito dos serviços, dentre eles, podemos citar: comércio, educação, telecomunicações, transporte, turismo, setor financeiro e saúde. No entanto, apesar desse crescimento são recentes os estudos sobre o trabalho envolvendo esse setor.

O trabalho em saúde possui características, especificidades e relações que vão desde as diferentes formas de organização, contratação e processos de produção. Dessa forma entende-se que o universo de trabalhadores é numeroso e diferenciado, abrangendo competências, habilidades, especialidades, cargos, funções escolaridade e diferentes níveis de autonomia no desempenho de suas atividades.

As análises que estruturam esse trabalho, reúne o esforço dos pesquisadores em potencializar reflexões no panorama da prática e fatores de adoecimento dos trabalhadores de saúde da família incluindo trabalhadores que não são especificamente do setor saúde, como: área administrativa, limpeza e segurança patrimonial. Além do mais, estes estabelecem relações entre si através do trabalho de equipe e dos processos de trabalho coletivos.

Importante ressaltar que os processos de trabalho em saúde provocam constantes desgastes físicos e psicológicos advindos das diversas fontes geradoras como: recursos físicos, materiais reduzidos ou insuficientes, falta de concursos públicos, contratos precários, baixa valorização do trabalho pelos usuários, enfrentar o sofrimento, a dor e as limitações. Da mesma forma, as relações de trabalho também são geradoras de condições de adoecimento para a saúde dos trabalhadores de saúde na atenção básica em detrimento da subjetividade de cada profissional, das atividades demandarem ações coletivas, além das tecnologias leve (acolhimento, humanização, vínculo, responsabilização e autonomia) caracterizam outras fontes de desgastes.

Com base no exposto, o estresse profissional, o uso abusivo de álcool são os grandes responsáveis por problemas que frequentemente atingem a maioria da

população comprometendo sua qualidade de vida nos aspectos físicos, ambientais, sociais e psicológicos. Dessa forma, na tentativa de investigar o processo que abrange especificamente essas temáticas e sua relação com o trabalho na saúde desenvolveu-se esse trabalho para comprovar se facilitam ou não o aparecimento ou agravamento de tais enfermidades.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser direito universal dos brasileiros, passando a ser dever do Estado garantir acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde, reforçado pelo artigo 196 “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

Em 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), mundialmente apontado como um dos maiores sistemas de saúde, padrão de referência para outros países. O SUS em suas diretrizes e princípios preconiza a universalidade, a integralidade, a igualdade na assistência à saúde e a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral. (BRASIL, 2000).

Importante ressaltar que no período que antecede ao SUS, apenas certo grupo de pessoas tinham direito a assistência médica e hospitalar, dentre elas as que podiam pagar ou quem contribuía para a Previdência Social, além de ser centrada na assistência médico-hospitalar. A Reforma Sanitária que teve início nos anos 70 surge para defender e lutar por um novo modelo de assistência no Brasil que fosse descentralizado, municipalizado e com participação popular. Ademais, a saúde passa a ser compreendida como qualidade de vida e não apenas como ausência de doenças. (BRASIL, 2011).

No intuito de responder velhas e novas demandas que indicavam a necessidade de implementar os princípios do SUS, em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), com a finalidade de gerar mudanças, rompendo com condutas passivas das unidades básicas de saúde e alargando as ações de saúde à toda a comunidade. Tal programa é conhecido atualmente como "Estratégia de Saúde da Família" (ESF), e visa revolucionar o padrão assistencial de atenção básica vigente até aquele momento em que predominava o atendimento emergencial ao doente, fundamenta-se em três grandes e amplos pilares: a família, o território e a responsabilização, amparando-se pelo trabalho em equipe. (BRASIL, 1994).

A ESF inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes dos indivíduos e da família, buscando a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros. Essas ações devem ser de forma integral e contínua, não se caracterizando, porém, como uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

No âmbito da Atenção Básica, grande destaque é dado à Saúde da Família, considerada estratégia para reorganização da atenção em saúde no país. As equipes de Saúde da Família são compostas por enfermeiro, médico generalista ou de família, técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e pelos auxiliares ou técnicos de saúde bucal (BRASIL, 1994). Para apoiar o desenvolvimento de ações estratégicas sobre os problemas de saúde levantados no território, outros profissionais de saúde foram incorporados por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, especialidades médicas, dentre outros profissionais de nível superior. (BRASIL, 2010).

A organização do trabalho cotidiano dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família é diversa, apresentando características diferentes do processo de trabalho dos demais trabalhadores inseridos na rede pública de saúde. O modo de atuação envolve a interdisciplinaridade e a equipe, valorização de saberes e práticas pautadas com enfoque na resolutividade e de forma integral. Nessa linha, sob a perspectiva da territorialização, esses profissionais assumem a responsabilidade pela comunidade além dos aspectos de caráter biológico e clínico, fomentando a inclusão dos fatores sociais, culturais e econômicos das famílias (BRASIL, 2001).

De acordo com Oliveira (2007), para esse novo modelo de assistência, os processos de trabalho exigem novas habilidades, competências e atitudes e para isso, precisam adquirir caminhos específicos, que designe aos profissionais da ESF formação, qualificação e perfil diferenciados.

A expansão da Estratégia Saúde da Família ganhou impulso com a Norma Operacional Básica de 1996, que reafirmou a descentralização de recursos e a municipalização da saúde, apresentando as orientações para o repasse, aplicação e mecanismos de controle e acompanhamento dos recursos financeiros que compõe o Piso da Atenção Básica, assim como a responsabilidade dos municípios enquanto gestores (BRASIL, 1997; COIMBRA *et al.*, 2005).

De acordo com os princípios constitucionais da regionalização e hierarquização, os municípios tornaram-se os principais gestores da força de trabalho, bem como se responsabilizaram por quesitos mínimos como: formação, vínculos, humanização, democratização das relações de produção e educação em saúde. Para a efetivação destas ações, faz-se necessário oferecer condições que estejam contempladas no arcabouço

legal do SUS buscando a valorização do trabalho e de seus atores, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho (BRASIL, 2006).

Deste modo para assistir à população do território de abrangência, é preciso que as equipes estejam estruturadas em quantidade de profissionais com perfis preparados para enfrentar o dinamismo dos problemas da realidade sanitária. A proximidade desses vínculos entre profissionais e usuários que muitas vezes estão convivendo com situações de conflitos, tensão, angústia, temor, incertezas e adoecimento, dentre tantas outras condições que são próprias do dia-a-dia desses trabalhadores, acabam sendo transferidas para o profissional de saúde (MARTINS, ROBAZI, BOBROFF, 2010).

Partindo-se deste pressuposto e de acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora entende-se que a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares (BRASIL, 2012).

No campo da Saúde Coletiva, a Saúde do Trabalhador se constitui um importante campo, no qual o objeto está centrado no processo saúde doença dos trabalhadores de diversos grupos populacionais em sua relação com o trabalho. Apresenta as expectativas da compreensão desta dinâmica e também se propõe a desenvolver alternativas de intervenção com olhar na dimensão humana do trabalho pelos próprios trabalhadores. Portanto, busca estabelecer causas de agravos à sua saúde, reconhecer seus determinantes, estimar riscos, dar a conhecer os modos de prevenção e promover saúde (MENDES, DIAS, 1999).

Segundo Carlotto (2004), muitas doenças psicossomáticas estão associadas às questões de insatisfação com o trabalho e qualidade de vida, a exemplo do estresse e do alcoolismo. São fatores que causam absenteísmo, baixa produtividade, comprometimento da qualidade dos serviços prestados e, consequentemente, redução da satisfação com a qualidade de vida dos trabalhadores.

Diante do exposto, é de extrema importância conhecer quais são os sentimentos, atitudes, conhecimentos pessoais e percepção de cada trabalhador a respeito do seu trabalho e sua forma de organização, bem como estas singularidades influenciam a sua vida pessoal e a assistência prestada aos usuários e suas famílias.

Partindo do princípio de que uma atenção primária forte é essencial para um sistema de saúde forte, espera-se, com esta pesquisa, contribuir para um olhar mais

cuidadoso com relação às organizações de saúde que atuam na atenção básica. O enfoque deste estudo se pautará nos processos de trabalho permitindo compreender as fragilidades deste cenário, buscando dados e informações que possam enriquecer o conhecimento sobre os trabalhadores inseridos nesse universo tão complexo.

Compreendendo a importância da Atenção Básica na saúde da população e as expectativas e exigências sobre o trabalho das equipes de Saúde da Família, o presente estudo buscou conhecer a prevalência do estresse, do uso, abuso e dependência do álcool e a influência da organização do trabalho sobre a qualidade de vida dos trabalhadores inseridos nas equipes de saúde da família, no âmbito rural e urbano, de um município de grande porte.

3.1. Considerações Sobre Uso, Abuso e Dependência do Álcool

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, o álcool etílico ou etanol, é seguramente, a substância psicoativa mais popular e consumida mundialmente, fazendo parte do grupo de substâncias que causam alterações da consciência, do humor, da cognição e de outras funções cerebrais (CEBRID,2003).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, alcoolismo é a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas. Destaca ainda, que o consumo nocivo de álcool nas populações jovens e adultas é um preocupante problema de saúde pública que dependendo da quantidade e frequência do uso, pode provocar danos graves a saúde e trazer implicações negativas para o indivíduo, a família e as condições de trabalho (LARANJEIRAS, 2014).

Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no Relatório Global sobre Álcool e Saúde ressalta ser o álcool consumido mundialmente, estimando que pessoas com idade de 15 anos ou mais consumiram por volta de 6,2 litros de álcool puro equiparado por volta de 13,5g por dia em 2010 (OMS, 2014). No Brasil o consumo total aproximado por pessoa é equivalente a 8,7L quantidade que excede à média mundial. (LARANJEIRAS, 2014).

Nesse sentido, levantamentos epidemiológicos no país sobre o uso de drogas na população revelaram elevados quadros de dependência para o álcool (12,3%) e para tabaco (10,1%). Somado a isso, tais levantamentos realizados por inquérito domiciliar evidenciaram que apenas 10% dos entrevistados buscaram tratamento para o abuso de álcool e/ou outras drogas (BASTOS, REIS, 2014). Dentro dessa perspectiva, o Relatório Brasileiro sobre Drogas, publicado em 2009, traz a informação de que no Brasil, 1,2%

de todas as internações no SUS estão diretamente associadas ao consumo de drogas, sendo o álcool o responsável por 69% desse total (DUARTE, STEMPLIUK, BARROSO, 2009).

Vale ressaltar que o álcool é consumido desde os tempos mais primitivos da sociedade e é visto como complemento dos momentos de alegria e de festa, no qual as pessoas se reúnem para comemorar e celebrar a vida (GIGLIOTTI, BESSA, 2004). Recorda-se assim, que as primeiras informações sobre o uso do álcool são de 6.000 a.C., muito utilizado por seus efeitos desinibidor e antidepressivo, bem como pelo fácil acesso, pode ser adquirido por todas as camadas sociais, tornando-se um dos maiores problemas de saúde que afetam homens e mulheres em qualquer idade e em todas as classes sociais (MANSUR, 2004).

Mesmo o consumo de álcool tendo assumido uma característica de normalidade na cultura popular, durante anos o consumo de bebidas alcoólicas foi considerado como um problema moral, fruto da falta de caráter da pessoa. Com o tempo, passou a ser considerado uma doença, cujo um dos pressupostos é que os dependentes teriam características genéticas e de personalidade diferentes do restante da população (ALMEIDA, 2010).

Dentro das substâncias psicoativas, os efeitos do álcool retratam duas fases: 1) estimulante como desinibição, euforia, maior destreza para se comunicar, 2) depressiva como ausência de coordenação motora, sonolência e falta de controle. Reforçando essa ambiguidade o Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho, elaborado pelo Ministério da Saúde diz que os efeitos do álcool podem ser calmantes, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono, anestésico e antisséptico (BRASIL, 2001).

Para Lima (2015), o álcool há muito tempo atrás é considerado pela classe trabalhadora como um dos principais recursos para enfrentar as agruras vivenciadas no cotidiano do ambiente laboral, sendo um dos raros lenitivos encontrados pelo operário para suportar as dores impostas pelas longas jornadas, além do mais é uma de suas fontes de prazer e relaxamento.

Alves (2015), em sua pesquisa bibliográfica sobre Saúde Mental e Trabalho no Brasil, citou uma obra publicada em 1929, por Léon Walther um professor da Universidade de Genebra que mencionou o álcool, o tabaco e os excitantes de toda espécie como estratégias individuais para impugnar os malefícios da fadiga no contexto do trabalho (ALVES, 2015, p. 166).

Seligmann-Silva (1986), já indicava nessa época o álcool como uma das formas incorporadas pelo sofrimento dos trabalhadores utilizado como recurso para combater a evolução do desanimo para a sensação cada vez maior de tristeza e de esvaziamento existencial culminando em depressões graves. Nas publicações da referida autora em 1994, ela reforça que o álcool pode ainda compensar as frustrações do trabalho ou a falta de prazeres disponíveis, incluindo a falta relevante de lazer. Nessa perspectiva, conclui que o uso do álcool pode ser individual ou grupal pelo coletivo profissional.

Le Guillant (2006), indica que determinadas formas de organização do trabalho ou as condições em que este é executado podem se tornar fonte de danos à saúde dos trabalhadores, podendo se tornar acentuados fatores de desgaste que vai além do cansaço físico, podendo abranger aspectos físicos e cognitivos dependendo das exigências que devem responder no contexto laboral cotidianamente.

Em conformidade com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10, as relações do alcoolismo crônico com o trabalho podem ser categorizadas pelos seguintes códigos: “fatores que influenciam o estado de saúde: (...) riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais” (seção Z55-Z65 da CID-10) ou aos seguintes “fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte” (seção Y90-Y98 da CID-10): problemas relacionados ao emprego e ao desemprego: condições difíceis de trabalho (Z56.5); circunstância relativa às condições de trabalho (Y96). (OMS,1997).

Dentre fatores no ambiente de trabalho que poderiam favorecer o risco do alcoolismo, Vaissman (2004), sinaliza para a pressão social para beber, a disponibilidade do álcool, situações de tensão e estresse no trabalho. A autora aponta ainda que a especificidade da ocupação, as condições em que o trabalho é executado e os diversos agentes estressores podem agir no trabalhador física e psicologicamente.

No Brasil, dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) mostram que o alcoolismo é o principal motivo de pedidos de auxílio-doença por transtornos mentais e comportamentais por uso de substância psicoativa. O número de pessoas que precisaram parar de trabalhar e pediram o auxílio devido ao uso abusivo do álcool teve um aumento de 19% nos últimos quatro anos, ao passar de 12.055, em 2009, para 14.420, em 2013 (VILELA 2014).

3.2. Estresse Ocupacional

Existem registros de que já no século XVII a palavra inglesa *stress* (estresse) se remete a fadiga, cansaço. Hans Selye é considerado por muitos como um dos pioneiros no estudo e definição do estresse como “um grau de deformação que um corpo sofre sob o influxo de uma força”. Para ele, o estresse é um elemento inerente a toda doença, que produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo, as quais podem ser observadas e mensuradas. Ao conjunto de modificações que ocorrem no organismo diante de diversas situações que exijam da pessoa esforço para adaptação, inclusive psicossociais nomeou como Síndrome Geral de Adaptação (SGA).

Esta síndrome comprehende inúmeras reações no corpo e estas situações podem permitir maior disposição a diversas doenças ou alterações identificáveis. A SGA é um conjunto de respostas que nem sempre possui especificação a uma lesão. A SGA tem um desenvolvimento classificado em três fases: a) Fase 1 (do alarme): com a presença perceptível de manifestações agudas; b) Fase 2 (de resistência): quando as manifestações agudas desaparecem; c) Fase 3 (de exaustão): quando as reações da fase 1 voltam a aparecer e o organismo pode entrar em um estado de colapso (SELYE, 1959).

Considerando que ao longo da vida é praticamente impossível viver sem exposição ao estresse, o mesmo pode ser um fator positivo ou negativo dependendo da forma de como é canalizado diante de cada situação ou problema. Para Bernal (2010, p. 145), na realidade, o mau não é estar submetido ao estresse em certas ocasiões, mas que esta situação perdure no tempo ou que se tenham recursos para lutar contra ela.

Limongi-França e Rodrigues (2005) ressalta que as reações de estresse são naturais e até necessárias para a vida; no entanto dependendo das circunstâncias, elas podem se tornar-se prejudiciais para o indivíduo. O eustress - stress positivo - determinado como tensão com equilíbrio entre esforço, tempo, realização e resultados é considerado um esforço sadio na segurança da sobrevivência. Logo, o distress – stress negativo - caracteriza-se como tensão com rompimento biopsicossocial por excesso ou falta de esforço, é incompatível com tempo, resultados e realização.

Limongi-França e Rodrigues (1996), entendem que os agentes estressores podem advir do meio externo, como o frio, o calor, condições de insalubridade; ou ainda do ambiente social, como o trabalho; e do mundo interno, aquele vasto mundo que temos dentro de nós, como os pensamentos e as emoções, angústia, medo, alegria, tristeza. Diante disso, muito comum no cotidiano das pessoas mediante as mais variadas

situações desde conflitos familiares e no trabalho, trânsito caótico, emprego novo, contas para pagar, violência, estudos, futebol, política dentre outros fatores rotineiros, se verificar a manifestação de algum grau de estresse.

Dentre as principais fontes desencadeadores do estresse ocupacional, Paraguay (1990), acredita que este ocorre quando há percepção do trabalhador da sua inabilidade para atender as demandas solicitadas pelo trabalho, causando sofrimento, mal-estar e um sentimento de incapacidade para enfrentá-las. Dessa forma quando o organismo se encontra sobre momento de estresse pode passar por distúrbios gastrintestinais, sono, circulatórios psicopatológicos, cardiovascular, muscular com sofrimento psíquico dentre outros.

Segundo Limongi-França e Rodrigues (1996, p 24), “o estresse relacionado ao trabalho é definido como aquelas situações em que as pessoas percebem seu ambiente de trabalho como ameaçador.” Nesse sentido, Adán (2003), reforça que o estresse laboral ocorre da instabilidade apoiada entre as demandas que o exercício profissional exige e as capacidades de enfrentamento do trabalhador. Portanto a maneira que o setor de trabalho se organiza influencia muito no aparecimento ou não do estresse.

De acordo com Moreno *et al.* (2010, p. 142) “quando a organização do trabalho se estrutura de forma rígida, valorizando somente o aspecto econômico, o resultado será um desajuste, uma incompatibilização entre o trabalhador e processo de trabalho”.

De acordo com alguns pesquisadores as reações decorrentes do desgaste no trabalho ocasionado pelo estresse continuo, foram divididas em três categorias, sendo elas, a) Reações Psicológicas: raiva, ansiedade, frustração e insatisfação no trabalho, b) Reações Físicas: sintomas físicos como tontura, dor de cabeça, taquicardia, problemas estomacais e doenças como o câncer e doenças do coração, c) Reações Comportamentais: acidentes, fumo, uso de substâncias e rotatividade (SPECTOR, 2010, p. 431).

Na área da saúde é muito comum o estresse. O trabalho em ambientes (unidades de saúde, hospitais, ambulatórios e similares) impacta não somente no registro de acidentes de trabalho, mas também no desencadeamento de frequentes situações de estresse e de fadiga emocional. Em uma pesquisa realizada com profissionais da saúde, Linch, Guido e Umann (2010), evidenciaram alguns fatores desencadeadores do estresse: a precariedade nas condições de trabalho, a longa jornada do trabalhador e a sobrecarga de trabalho, e ainda apontam como principais estressores a falta de

autonomia do profissional, a repetitividade de trabalhos, o conflito no trabalho em equipe e a falta de preparo e capacitação dos profissionais.

Conforme aponta Batista (2011) nas atividades em saúde há uma estreita relação entre o trabalho e o trabalhador, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença. Desta forma, é importante analisar cuidadosamente os fatores que geram estresse no ambiente de trabalho do profissional de saúde e sua relação com a saúde mental destes profissionais.

Em dois estudos realizados em Portugal foram identificados a carga de trabalho e a falta de recursos entre os principais fatores de estresse em profissionais de saúde (GOMES, CRUZ, 2004; McINTYRE, McINTYRE, SILVÉRIO, 2001). Da mesma forma foi apontado por Heim (1992), como principais fatores indutores de estresse em um grupo de enfermeiros, a sobrecarga de trabalho e os conflitos interpessoais, além da insegurança e da falta de autonomia.

No mundo do trabalho vem ocorrendo transfigurações que ocasionam severos efeitos na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores. Na atenção básica responsável por ser a porta de entrada nos serviços de saúde, os profissionais desenvolvem suas atividades com um público que impõe cada vez mais demandas que necessitam de habilidades específicas, técnicas e interpessoais (HERNÁNDEZ, 2003).

Para Farias e Vaitsman (2002), diante das diferenças de expectativas, objetivos e estratégias utilizadas para alcançar diferentes grupos e indivíduos, as organizações de saúde são espaços sociais frágeis e geradoras de conflitos para os profissionais.

3.3. Qualidade de Vida

Frente as inúmeras pressões da vida moderna, o mundo parece tomar uma configuração sentida pelo homem por causa da organização dos processos de trabalho. Alguns indicadores tais como: aumento dos índices de acidentes, surgimento de novas doenças, alcoolismo, utilização crescente de drogas, consumismo exagerado, perda do contato do homem com a natureza e até depredação da mesma, evidenciam a deterioração da qualidade de vida (RODRIGUES, 2005).

Da mesma forma que o trabalho pode ser fonte de realização, crescimento e subsistência, pode se tornar também nascente de insatisfação, irritação, desinteresse e prisão. Para Dejours (1999), se por um lado, o trabalho pode ser gerador de sofrimento, por outro lado pode desenvolver o prazer e criar oportunidades de desenvolvimento

psicossocial do ser humano contribuindo para a sua sobrevivência material, trazendo organização e estrutura à vida, dando-lhe um significado, uma identidade.

Na compreensão de Albornoz (2008), o trabalho não é somente um dever do homem, mas um direito, pois é por meio dele que o homem se realiza, aparece, cria, se relaciona com outros e com seu tempo se transforma, é reconhecido, além de deixar sua marca conhecida no planeta durante sua passagem.

O conceito de qualidade de vida se apresenta na literatura de forma diversificada e tem ganho cada vez mais atenção das diversas áreas do saber, como a educação, medicina, enfermagem, psicologia, sociologia entre outras. E apesar, das tentativas em descrever o termo tendo em vista seu caráter subjetivo, sua complexidade e suas várias dimensões em um conceito único, claro e universalmente aceito para definir qualidade de vida ainda não existe.

Diante disso, para este trabalho optou-se pela definição do grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS, que definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK *et al.*, 2003).

Gill e Feinstein (1994) afirmam que antes de ser um simples índice de condição de saúde, qualidade de vida é uma percepção individual que representa a maneira pela qual o indivíduo se sente em relação à sua condição de saúde e/ou aspectos não médicos de sua vida. Apesar das tentativas em se definir o termo, um conceito único, claro e universalmente aceito para definir qualidade de vida ainda não existe.

A qualidade de vida tem relação com à satisfação das necessidades mais incipientes da vida do ser humano: “alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos essenciais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva” (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000, p.5).

Considerando que o termo qualidade de vida é complexo e vasto, sem conceito pré-estabelecido, associado a fatores individuais, ambientais, sociais que envolvem o indivíduo dentro de um conjunto de circunstâncias sócio culturais, a busca de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a Organização Mundial de Saúde desenvolvesse um projeto colaborativo multicêntrico. E o resultado deste projeto foi a elaboração do WHOQOL-

100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida, composta de 100 itens e o WHOQOL-bref composto de 26 itens totalmente validados (FLECK, 2000).

O WHOQOL-BREF é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios, sendo estes: a) Físicos (7) Dor e desconforto, energia e repouso, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho; b) Psicológicos (6) Sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religião/crenças pessoais; c) Meio Ambiente (8) Segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima), transporte; d) Relações sociais (3) Relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Analisar a prevalência do estresse no trabalho, a qualidade de vida e o padrão do consumo de álcool dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família do município de Uberlândia-MG.

4.2. Específicos

- a) Traçar o perfil socioprofissional e econômico dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família;
- b) Analisar a influência do grau de estresse na organização dos processos de trabalho e na qualidade de vida desses trabalhadores;
- c) Compreender o padrão e a frequência de consumo de álcool entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família;
- d) Fornecer subsídios de pesquisa para reconhecimento dos riscos presentes no trabalho e de suas repercussões sobre o processo saúde-doença.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de Estudo

A pesquisa proposta neste projeto é quantitativa, de caráter epidemiológico, recorte transversal e do tipo descritiva e analítica.

Na abordagem quantitativa adotam-se estratégias sistemática, objetiva e rigorosa para gerar e refinar o conhecimento. Frequentemente quantifica relações entre variáveis (SOUZA, DRIESSNACK, MENDES, 2007).

Na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. De acordo com Rouquayrol *et al.* (2003) na epidemiologia, o estudo descritivo estuda a frequência das doenças e agravos a saúde coletiva em função das variáveis relacionadas ao ambiente e à população e tem como princípio prover ações de assistência e prevenção das doenças.

Durante os estudos transversais são descritas as características das populações estudadas no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição e também descrevem associações entre variáveis e são utilizados quando se conhece pouco sobre o fenômeno em particular e o pesquisador não interfere nesse tipo de estudo, somente observa, descreve e documenta os vários aspectos do fenômeno em estudo (CRESWELL, 2003).

5.2. Local do Estudo

De acordo com a estimativa de população dos municípios, divulgada no Diário Oficial da União pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), Uberlândia conta com uma população de 654.681 habitantes. As 74 Equipes de Saúde da família da Rede SUS Municipal, urbanas e rurais, são responsáveis por cobertura de 43% da população e são constituídas pelos seguintes trabalhadores, compondo a equipe mínima, apoio e de saúde bucal da família: 74 médicos, 74 enfermeiros, 28 cirurgiões-dentistas, 95 técnicos de enfermagem, 01 (um) técnico de saúde bucal, 27 auxiliares de saúde bucal, 444 agentes comunitários de saúde, 74 auxiliares de serviços gerais, 95 oficiais administrativos, e 55 agentes patrimoniais, perfazendo 967 trabalhadores da ESF.

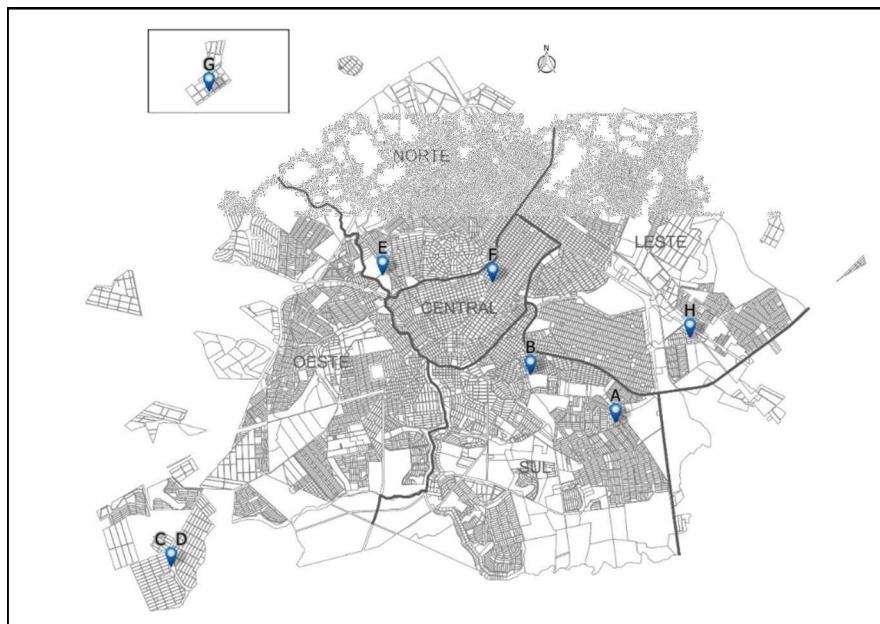
5.3. Amostragem

Considerando a população total de 967 trabalhadores, utilizou-se de uma precisão amostral de 8% e um nível de confiança de 95%, sendo que o tamanho amostral mínimo, de acordo a metodologia sugerida por Fonseca e Martins (2006), foi de 130 sujeitos de pesquisa. Desta maneira, a população alvo desse estudo recaiu em 13% da população total dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, do município.

Os dois critérios para escolha das oito equipes de saúde da família, definidas como população amostral, foram: (1) Equipes Saúde da Família com maior tempo de funcionamento, considerando a sua inserção no Cadastro Nacional de Estabelecimento Saúde CNES, sendo que nas unidades que foram inauguradas na mesma data houve o sorteio como critério de desempate; (2) Inclusão de Unidades de Saúde localizadas nos cinco Setores Sanitários, possibilitando incluir trabalhadores atuando em realidades e contextos demográfico, sociocultural e epidemiológico distintos (Figura 1).

Salienta-se que nos Setores Sanitários com maior número de equipes de saúde da família, foram selecionadas 02 equipes observando os critérios anteriores.

Figura 1 - Setores Sanitários do Município de Uberlândia-MG e localização das oito equipes Saúde da Família selecionadas para o estudo, Uberlândia, MG, 2016.



Fonte: Adaptado de Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, 2015.

5.4. Instrumentos de Coleta dos Dados

Para a coleta de dados adotou-se quatro questionários, objetivando a caracterização socioprofissional e econômica, o grau de estresse no trabalho, a prevalência do abuso e intensidade do uso de álcool e a qualidade de vida, dos trabalhadores de saúde da família, aplicados nessa ordem, e descritos a seguir:

a) *Perfil socioprofissional e econômico*: objetiva traçar os perfis socioeconômicos, profissional, familiar, estado civil, religião, gênero, condição sexual, escolaridade, formação profissional, ocupação, tempo e setor de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de uma adaptação dos dados solicitados pelo IBGE (2013) e informações da contemporaneidade que visa caracterizar a população estudada (Anexo 1).

b) *Escala Estresse no Trabalho (EET)*: este questionário é de fácil aplicação para identificação do nível de estresse no trabalho e pode ser utilizado em diversos ambientes de trabalho e para ocupações variadas. Visa conhecer o grau de estresse no ambiente corporativo, que fornece uma medida geral de estresse a partir da avaliação de 23 aspectos psicossociais do trabalho relativos à sobrecarga de trabalho, conflito entre papéis, ambiguidade de papéis, relacionamento interpessoal no trabalho e aspectos do desenvolvimento na carreira e autonomia/controle no trabalho. A EET gera um escore que varia de 1,0 a 5,0 pontos, e foi construída e validada para uso no Brasil (PASCHOAL, TAMOIO, 2004) (Anexo 2). Encontra-se também, em Anexo 3 a autorização da autora Tatiane Paschoal (Professora Adjunta do Departamento de Administração, da Universidade de Brasília), para utilização do referido questionário.

c) *Teste de Identificação dos transtornos do uso de álcool (AUDIT)*: para determinar a prevalência de abuso e intensidade de consumo de álcool que foi utilizado. Esse questionário foi criado pela OMS para identificar níveis variados de consumo de álcool que variam de uso de risco, uso nocivo e dependência. O AUDIT tem aplicação rápida e simplificada (CUNHA, 2002). O AUDIT é composto por 10 questões e avalia o uso recente de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool. As respostas a cada questão são pontuadas de 1 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas de problemas. Classifica-se o usuário em uma de quatro zonas de risco, de acordo com o escore obtido: zona I (até 7 pontos: indica uso de baixo risco ou abstinência); zona II (de 8 a 15 pontos: indica uso de risco); zona III (de 16 a 19 pontos: sugere uso nocivo) e zona IV (acima de 20 pontos: mostra uma possível dependência). Este é um instrumento de fácil e rápida aplicação, necessitando apenas de um

treinamento simples para a codificação dos dados. (Anexo 4). O AUDIT, sigla do inglês para *Alcohol Use Disorders Identification Test*, instrumento que investiga o uso do álcool, desenvolvido pela OMS em 1989, em sua primeira edição, tem como finalidade identificar pessoas com consumo de risco, uso nocivo e dependência de álcool. É utilizado por meio do autocompletamento anônimo. Compõe-se de 10 questões que avalia o consumo recente de álcool, sintomas de dependência e os problemas relacionados ao uso. Fundamental apontar que o AUDIT é um questionário de rastreamento e não de diagnóstico;

d) *Questionário de Qualidade de Vida Abreviado da OMS (WHOQOL- Bref)*: a partir da definição de qualidade de vida, foi construída a Avaliação da Qualidade de Vida, conhecido como WHOQOL-100. Este questionário avalia a qualidade de vida baseado em três aspectos fundamentais: subjetividade, a qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde e a presença de dimensões positivas e negativas (OMS, 2010). Neste estudo foi aplicada a versão em português abreviada desse questionário, o WHOQOL-bref, que consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (Anexo 5).

5.5. Coleta dos Dados

Utilizando os quatro questionários supramencionados, os dados foram coletados entre fevereiro e junho de 2016, após submissão e aprovação do comitê de ética em dezembro/2015, sob CAAE nº 50469015.3.0000.5152 (Anexo 6).

A coordenação da Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF foi contatada, para conhecimento e autorização da realização da pesquisa no espaço físico da unidade, sugerindo o melhor dia e horário para as entrevistas, evitando assim, interferências na rotina da Unidade de Saúde.

Os trabalhadores envolvidos na pesquisa que atendiam os critérios de inclusão foram convidados para uma reunião esclarecedora sobre os objetivos, métodos, benefícios previstos, riscos e o incômodo que esta pudesse lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitando suas singularidades. Após a concordância em participar da pesquisa, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando uma cópia com a pesquisadora e outra com o participante da pesquisa (Apêndice 2).

Os questionários foram respondidos individualmente e em situação de privacidade. A pesquisadora aguardou no local, o preenchimento dos mesmos, sendo que em determinados casos foi acertado um retorno para o recolhimento, tendo em vista a impossibilidade do pesquisando em responder no momento do agendamento.

5.6. Análise dos Dados

Os dados dos quatro questionários foram tabulados em planilhas eletrônicas e resumidos por meio de estatística descritiva, sendo apresentados em tabelas e em figuras na forma de média, desvio padrão (dados quantitativos).

5.7. Aspectos Éticos da Pesquisa

Antes do início da coleta de dados em campo, seguindo as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas, presente na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa passou por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia tendo sido aprovado sem recomendações.

Cabe ressaltar que a pesquisa também foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, por intermédio da coordenação da Atenção Primária que prontamente concordou com a coleta de dados nas unidades de Saúde da Família. Foi assegurado aos participantes da pesquisa o anonimato e confidencialidade dos dados através do TCLE. Para a não identificação dos participantes da pesquisa e das unidades de saúde pesquisadas foram utilizados números e letras para identificação dos questionários e a consolidação dos dados.

6. RESULTADOS

Os resultados e discussão serão apresentados em formato de dois artigos científicos. O primeiro artigo foi submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva (Anexo 7) e o segundo à Physis: Revista de Saúde Coletiva (Anexo 8)

6.1. Artigo 1: Revista Ciência e Saúde Coletiva

ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA ENTRE TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

INTRODUÇÃO: As relações entre o indivíduo e o trabalho podem desencadear o estresse, apontado como agravante na qualidade de vida.

OBJETIVO: Conhecer a prevalência do estresse e a influência da organização do trabalho sobre a qualidade de vida dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA: Estudo descritivo e transversal com 118 trabalhadores de equipes de Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de um questionário socioprofissional e econômico, da Escala de Estresse no Trabalho, e do Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde; e analisados de forma descritiva.

RESULTADOS: Em sua maioria, trabalhadores classificaram sua qualidade de vida como boa ou muito boa (74,7%), estando satisfeitos e muito satisfeitos com a própria saúde (69,4%). O pior escore de qualidade de vida foi obtido pelo domínio meio ambiente (57,72). Foram apontados como fatores estressores: a ausência de capacitações regulares; a deficiência nas informações da gestão; o volume e distribuição do trabalho; e as poucas perspectivas de crescimento profissional. A Atenção Básica parece se configurar como um campo onde qualidade de vida dos profissionais é pouco alterada por fatores estressores ligados ao trabalho.

Descritores: Qualidade de Vida. Saúde do Trabalhador. Atenção Primária à Saúde.

STRESS AND QUALITY OF LIFE BETWEEN FAMILY HEALTH TEAM WORKERS

ABSTRACT

INTRODUCTION: The relationships between the person and work can trigger stress, which is an aggravating factor in quality of life.

OBJECTIVE: To know the prevalence of stress and the influence of work organization on the quality of life of workers in the Family Health Strategy.

METHODOLOGY: Descriptive and transversal study with 118 workers of Family Health teams. Data were collected through a socio-professional and economic questionnaire, the Work Stress Scale and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire; and analyzed in a descriptive way.

RESULTS: Most workers classified their quality of life as good or very good (74.7%), being satisfied and very satisfied with their own health (69.4%). The worst quality of life score was obtained by the environmental domain (57,72). They were pointed as stressors: the absence of regular trainings; Deficiencies in management information; The volume and distribution of labor; And the few prospects for professional growth. Basic Attention seems to be configured as a field where the quality of life of professionals is little altered by stress factors related to work.

Keys-works: Quality of Life. Occupational Health. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida se apresenta na literatura de forma diversificada e tem ganhado cada vez mais atenção das diversas áreas do saber, possuindo ainda uma gama de conceitos. Dessa forma, o presente estudo optou por tomar como referência duas definições de qualidade de vida. A primeira é originada do grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS), que comprehende qualidade de vida como a percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹. A segunda definição é de Minayo, Hartz e Buss², os quais afirmam que a qualidade de vida tem relação com à satisfação das necessidades essenciais para a vida, tais como alimentação, água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. Para eles, esses elementos estão relacionados ao conforto, ao bem-estar e a realização individual e coletiva.

Ao compreender o trabalho como intrínseco à qualidade de vida, assim como outros fatores sociais e contextuais, torna-se fundamental assumir a noção de o trabalho pode ser promotor de prazer e de desenvolvimento psicossocial, bem como gerar um sofrimento patológico, responsável pelo adoecimento do trabalhador³.

É cabível especificar que determinadas características do ambiente organizacional em serviços de assistência à saúde podem ser fontes geradoras de doença e comprometimento da qualidade de vida dos trabalhadores. A qualidade de vida no trabalho parte do pressuposto de que as organizações devem proporcionar a sistematização na realização das tarefas e humanização das relações interpessoais favorecendo o bem-estar de todos os trabalhadores envolvidos⁴.

Nesse sentido, a organização do trabalho deve oferecer aos trabalhadores a possibilidade de realizar algo que tenha sentido, de praticar e de desenvolver suas

competências, de exercer seus julgamentos e seu livre-arbítrio, de conhecer a evolução de seus desempenhos e de se ajustar. Desse ponto de vista, é importante perceber os grandes malefícios em virtude do trabalho, entre os quais se evidencia o estresse que na atualidade acomete expressiva parcela da população trabalhadora⁵.

O estresse é considerado por alguns como a doença do século, configurando-se como uma epidemia global sem mostrar, contudo sua verdadeira fisionomia⁶. Cada indivíduo responde de uma forma a essa condição e, diante de formas graves ou persistentes em que os mecanismos adaptativos do indivíduo são insuficientes para lidar com o estresse, este pode ser considerado como fator causal primário e essencial a diversas condições de saúde⁷. No contexto do trabalho, o estresse torna-se um problema quando mal gerenciado, episódio que está cada vez mais frequente, na medida em que os trabalhadores não conseguem lidar de maneira eficiente com muitos estressores e seus ambientes⁸.

A atenção básica em saúde, enquanto campo de trabalho, possui uma elevada complexidade, aglutinando um conjunto de ações integrais de âmbito individual e coletivo, cuja principal forma de organização são as equipes de Saúde da Família. Os profissionais dessas equipes devem utilizar saberes e práticas socialmente aceitas, com foco na resolutividade e na atenção integral a uma população territorialmente definida⁹. Dessa forma, os processos de trabalho na Saúde da Família exigem novas habilidades, competências e atitudes, além de um profissional de saúde com formação, qualificação e perfil diferenciados¹⁰.

Compreendendo a importância da Atenção Básica na saúde da população e as expectativas e exigências sobre o trabalho das equipes de Saúde da Família, o presente artigo buscou identificar a prevalência do estresse e da qualidade de vida entre os

trabalhadores da atenção básica em um município com baixa cobertura populacional de equipes de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado com 130 trabalhadores de oito equipes de Saúde da Família do município de Uberlândia (Minas Gerais). Este município está situado no extremo oeste do estado de Minas Gerais, na região denominada de Triângulo Mineiro, sendo atualmente o segundo município mais populoso de Minas Gerais (669.672 habitantes), cuja cobertura de equipes de Saúde da Família no ano de 2016 era de 39,84% de cobertura.

O município possuía no ano do estudo 74 equipes de Saúde da Família, 27 equipes de Saúde Bucal e 10 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, perfazendo um total de 967 trabalhadores na Estratégia de Saúde da Família.

Para o cálculo amostral, considerou-se uma precisão de 8% e um nível de confiança de 95%, resultando em uma amostra de 130 trabalhadores de saúde. Para seleção desses trabalhadores, foram identificadas as oito equipes de Saúde da Família com maior tempo de funcionamento em cada um dos seis setores sanitários do município, de acordo com a data de inserção no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Nos setores em que foram identificadas mais de uma unidade de saúde cadastradas na mesma data, procedeu-se o sorteio da equipe para inclusão no estudo.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2016, por meio de três instrumentos, sendo eles: (1) Caracterização Socioprofissional e Econômica, uma adaptação dos dados solicitados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013)¹¹; (2) Escala Estresse no Trabalho (EET), destinada a conhecer o grau de estresse no ambiente de trabalho¹²; e (3) Questionário Abreviado de Qualidade de Vida

(WHOQOL- Bref), em sua versão abreviada em português com 26 questões que avaliam a percepção sobre a qualidade de vida e o estado geral de saúde, junto a quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) da qualidade de vida¹³.

Os questionários foram distribuídos aos 130 trabalhadores das equipes Saúde da Família, sendo que apenas 90,77% (118) foram considerados apropriados para a análise dos dados neste artigo. Os demais estavam incompletos e os sujeitos não foram encontrados para completa-los, mesmo após sucessivas tentativas. Os dados obtidos pelos questionários foram analisados de forma descritiva.

A análise EET foi realizada conforme instruções do próprio instrumento, que utiliza os critérios de apontamento onde as médias entre 1,00 e 1,90 indicam pouco ou nenhum estresse; médias entre 2,00 e 2,50 indicam níveis intermediários de estresse ocupacional; médias acima de 2,50 indicam nível alto de estresse ocupacional¹². Para análise do WHOQOL-Bref foram considerados escores variando de 0 a 100, em que quanto mais perto de 100, melhor a qualidade de vida¹³.

O estudo seguiu as exigências éticas para a pesquisa em seres humanos e em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE nº 50469015.3.0000.5152). Foi assegurado aos participantes da pesquisa o anonimato e confidencialidade dos dados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram analisados os questionários de 102 (86,41%) profissionais do sexo feminino e 16 (13,59%) do sexo masculino, distribuídos principalmente na faixa etária entre 41 a 60 anos (40,70%), demarcando a feminização do cuidado e idades mais

avançadas, no contexto do trabalho de saúde da família. Os agentes comunitários de saúde compuseram a principal categoria profissional do estudo (34,7%). Em relação a escolaridade, observou-se que 54,2% dos entrevistados possuem nível médio, 38,1% nível superior e 7,6% ensino fundamental. Quanto a Pós-Graduação, dos 45 profissionais de nível de escolaridade superior, 64,4% são especialistas e 4,4% são mestres.

Verificou-se que 94,4% possuem somente um vínculo empregatício. A renda familiar média declarada foi entre três e cinco salários mínimos (35,6%). Houve predomínio de vínculos celetistas e terceirizados (89,7%) e o tempo de trabalho na Saúde da Família foi inferior a cinco anos em 67,7% dos profissionais de saúde entrevistados.

Na Tabela 1 estão apresentados os valores para média, mediana e desvio padrão das respostas obtidas pela aplicação do EET aos profissionais de saúde. Observa-se que os fatores estressores que obtiveram médias mais altas referem-se à deficiência nos treinamentos para capacitação profissional (3,08); as poucas perspectivas de crescimento na carreira (2,95); a forma como as tarefas são distribuídas (2,72); o tempo insuficiente para realizar o trabalho (2,71); divulgação de informações sobre decisões organizacionais (2,69); e realização de tarefas que estão além da capacidade (2,61).

Na Tabela 2, estão descritos os valores obtidos em cada domínio analisado da qualidade de vida dos trabalhadores das equipes de Atenção Básica, por meio do *WHOQOL-Bref*. As análises dos domínios da qualidade de vida demonstram que maiores escores foram obtidos pelos domínios físico e relações sociais que obtiveram resultado próximos com médias de 70,37 e 69,56 respectivamente. Logo após, está o domínio psicológico com média de 68,68 e, por último, o domínio meio ambiente que apresentou a pior escore com média de 57,72.

Quanto a percepção dos participantes relativas à sua qualidade de vida conclui-se que com base nos resultados 60,3% dos entrevistados consideram sua qualidade de vida boa, e 22% nem ruim, nem boa, 14,4% consideram muito boa; e 3,3% ruim. Não houve resposta para a classificação muito ruim. Em relação a avaliação do trabalhador sobre o nível de satisfação com sua própria saúde, a maioria dos entrevistados 55,9% responderam estarem satisfeitos, 22,0% disseram que não estão satisfeitos e nem insatisfeitos, 13,5% que estão muito satisfeitos e 8,4% que estão insatisfeitos. Não houve respondentes na classificação “muito insatisfeitos”.

DISCUSSÃO

O presente trabalho possibilitou traçar o perfil socioprofissional e econômico, a identificação dos principais itens estressores no trabalho, a qualidade de vida e a satisfação dos mesmos com a própria saúde dos trabalhadores da Saúde da Família dados estes contidos na Tabela 1 e Tabela 2.

Um ponto de destaque dentre os fatores estressores está ligado a organização do trabalho: a forma como as tarefas são distribuídas e o tempo insuficiente para realizar o trabalho. O trabalho na Saúde da Família é extremamente específico e complexo, somando ações que abrangem desde a promoção da saúde até o tratamento e reabilitação, as quais precisam ser desenvolvidas de forma integrada entre os profissionais de saúde e resultar em um cuidado democrático e participativo⁹. Esse contexto exige do profissional habilidades, competências e atitudes decorrentes de uma formação, qualificação e perfil muito específicos, frequentemente não constituintes da formação acadêmica¹⁰. Em contraponto a isso, observou-se que 64,4% são especialistas, o que leva a questionar o tipo de especialidade realizada pelo profissional: se coerente ou não com o trabalho na Saúde da Família.

Dessa forma, uma possível solução para essa questão seriam as atividades de educação permanentes construídas com base na organização dos serviços, qualificação, capacitação e valorização na prática das equipes. Merhy¹⁴ acentua que não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema e se nele não se reconhecem em sua singularidade. Portanto, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas¹⁵.

A implementação qualificada da educação permanente é significativa nesse estudo, uma vez que outro fator estressante apontado foi a falta de treinamentos e capacitação profissional. A capacitação profissional dá sentido ao trabalho. Ela possibilita a exploração de todo o seu potencial, dando maior importância para o seu trabalho dentro da equipe¹⁶.

Em estudo realizado com enfermeiros vinculados à Saúde da Família, a importância da capacitação foi citada como importante estratégia de permanência dos enfermeiros, além de ampliar os conhecimentos para o atendimento da comunidade¹⁷. Entre os médicos, a satisfação é maior quando estão capacitados para a realização do seu trabalho, sendo um dos fatores contribuintes para os menores índices de rotatividade¹⁸. Já entre os cirurgiões-dentistas, a falta de capacitação profissional foi relatada como um problema de gestão, pois não há incentivo de capacitação para novas práticas e, assim, o profissional não acompanham os avanços tecnológicos e científicos da profissão¹⁹.

O estímulo à capacitação é um dos preceitos da atenção básica, sendo de responsabilidade das três esferas governamentais: municipal, estadual e federal, realizá-lo⁹. Cabe aos gestores identificar as necessidades de seus profissionais e estimular a sua

capacitação, oferecendo cursos ou realizando acordos com universidades para solucionar tais lacunas de conhecimento.

Outro fator estressante apontado foram as poucas perspectivas de crescimento na carreira dentro da instituição, o que pode estar associado aos vínculos empregatícios prevalentes, celetistas e terceirizados. Esse resultado assemelha-se aos encontrados por uma pesquisa desenvolvida na Croácia, que identificou dentre distintos fatores estressores o ambiente de trabalho e as possibilidades de crescimento profissional²⁰.

Evoluir na carreira profissional proporciona sentido ao trabalho, e quando isso não acontece traz uma preocupação para os profissionais. As chances de promoção na carreira são almejadas por todos os profissionais, pois com ela está presente na conquista de melhores salários e, consequentemente, a chance de adquirir bens desejados, além de impactar na qualidade de vida¹⁶.

Acredita-se que a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais, elencada como outro fator estressor importante, possa causar sentimentos de inutilidade, de falta de compromisso da gestão para com o profissional, além de caracterizar como um ato desumanizador devido ao profissional não ter o conhecimento do que ocorre no seu próprio local de trabalho. Muitas decisões e ações planejadas têm sido elaboradas por profissionais que ocupam níveis hierárquicos elevados, deixando assim os profissionais que realizam as atividades junto à comunidade, alienados as decisões dos superiores. Essa realidade mostra uma visão equivocada, que implica em uma incapacidade dos profissionais de saúde de decidirem sobre o planejamento das ações²¹.

A realização de tarefas que estão além da capacidade, também compreendida como um fator estressante, pode estar relacionada com a falta de segurança, criatividade e autonomia para realização de atividades podendo desencadear tensões e estresse no

trabalho e a saúde dos profissionais. Nesse sentido, Robbins²² comenta que quando as habilidades do profissional e as exigências do cargo são coerentes ocorre um melhor desempenho dos trabalhadores. Contudo, o ambiente do trabalho vem se modificando e tem acompanhado o avanço das tecnologias com maior velocidade do que a capacidade de adaptação dos trabalhadores²³. Entretanto é nele que se constituem as demandas psicológicas relacionadas ao trabalho e o profissional experimenta variados graus de controle sobre as atividades que executa²⁴.

No dia a dia pode-se verificar que os trabalhadores da saúde se confrontam ainda com situações de conflito que abarcam controle, acumulo de tarefas, desgaste físico e estresse que podem comprometer sua qualidade de vida influindo de modo direto na prestação dos serviços ofertados prejudicando os processos de atendimento aos usuários e assim, ocasionar prejuízos à assistência. Para Tobin²⁵, essas situações podem gerar o rompimento de relações interpessoais, desestruturação da organização do trabalho, o absenteísmo, os adoecimentos e afastamentos, a redução da eficiência e da produtividade além de deteriorar a imagem da instituição representada pelos trabalhadores.

Nas atividades em saúde há uma estreita relação entre o trabalho e o trabalhador, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença²⁶. Além do mais a alta demanda e a confrontação com recursos insuficientes acarretam na assimilação de perda de controle²⁷. Desta forma, é importante analisar cuidadosamente os fatores que geram estresse no ambiente de trabalho do profissional de saúde e sua relação com a saúde mental destes profissionais.

Percebeu-se a necessidade de prevenção e de intervenção visando minimizar o índice de estresse moderado encontrado. As alterações podem ser introduzidas desde o processo de formação, ao ingressar no serviço (integração do trabalhador a instituição), com foco no desenvolvimento de habilidades específicas para o trabalho em Saúde da Família, por meio da educação permanente. Poderão também, ser implantados programas de promoção da saúde e prevenção de agravos, abordando as causas e as consequências decorrentes do estresse ocupacional. Assim, a pesquisa apontou processos de trabalho e de gestão que estão relacionados ao aumento do nível de estresse nos trabalhadores da Saúde da Família, em especial na realidade analisada, e apontam os pontos cruciais que merecem atenção especial por parte dos gestores.

Frente as inúmeras pressões da vida moderna, o mundo parece tomar uma configuração sentida pelo homem por causa da organização dos processos de trabalho. Alguns indicadores tais como: aumento dos índices de acidentes, surgimento de novas doenças, alcoolismo, utilização crescente de drogas, consumismo exagerado, perda do contato do homem com a natureza e até depredação da mesma, evidenciam a deterioração da qualidade de vida²⁸.

Em relação à qualidade de vida, a maioria dos profissionais de Saúde da Família participantes desse estudo avaliaram bem a sua qualidade de vida e estão satisfeitos com a própria saúde, resultado semelhante ao estudo de Gessner²⁹. Este estudo de avaliação da qualidade de vida das equipes de Saúde da Família do município de Timbó (Santa Catarina) mostrou que 80% de respostas como muito boa ou boa para a qualidade de vida e 76% de satisfação com a própria saúde.

Ao analisar os domínios do *WHOQOL-bref*, observou-se que este estudo se aproximou a outros realizados com profissionais de saúde. No estudo realizado por Vasconcellos e Costa³⁰ com os agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa (Minas

Gerais) o domínio físico apresentou maior escore (82,8%) e o do meio ambiente o menor (59,5%). Estudo sobre a qualidade de vida dos profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da Unicamp realizado por Souza e Stancato³¹, constatou que o domínio físico apresentou maior escore (68,1%) enquanto o domínio meio ambiente apresentou o menor escore (55,2%). Spiller, Dyniewicz e Slomp³², verificou em uma pesquisa realizada em um hospital universitário que analisou a qualidade de vida dos profissionais nutricionistas, enfermeiros e fisioterapeutas que todas as categorias entrevistadas o domínio meio ambiente recebeu os menores escores.

Estes estudos corroboram com os resultados deste estudo, demonstrando que o domínio meio ambiente caracterizado com a menor pontuação demonstra sua importância para a compreensão da realidade vivenciada pelos trabalhadores da saúde da família e necessita obter maior atenção para a promoção de ações que visem a qualidade de vida dos respectivos trabalhadores. Importante destacar que nas facetas abordadas no respectivo domínio é comum encontrar trabalhadores da saúde da família queixando-se da falta de: lazer, recursos financeiros, segurança, informações, habilidades, além de ambientes físicos insalubres. Destaca-se também que as ações de promoção da qualidade de vida não devem se restringir a questões relacionadas ao trabalho, abrangendo questões de moradia, o acesso aos serviços de saúde e transporte, a segurança na vida diária, oportunidades de lazer, disponibilidade de informações e satisfação monetária.

Cercado de elementos que contribuem para a qualidade de vida de um indivíduo, o trabalho talvez seja um dos mais significativos por dois motivos: primeiro é por meio do trabalho que as pessoas conseguem ter acesso à educação, à cultura e ao lazer; segundo é que de um modo geral, o indivíduo passa a maior parte ativa de seu tempo trabalhando³³.

Para os trabalhadores da área da saúde a relação qualidade de vida e trabalho se torna maior em decorrência das grandes dificuldades esbarradas no exercício profissional que englobam um ambiente cercado por estímulos emocionais, dentre eles o contato com a dor e o sofrimento, o cuidado com pacientes terminais, deprimidos, queixosos, rebeldes e com dificuldades em aderir o tratamento, além de lidar com as deficiências e limitações do sistema de assistência que muitas vezes não correspondem as expectativas dos pacientes e familiares.

Além disso, no que se refere à qualidade de vida, o instrumento *WHOQOL-Bref* revelou uma avaliação positiva da mesma onde os entrevistados relataram satisfação com a própria saúde e particularmente em relação aos domínios físico, relações sociais e psicológico e uma classificação negativa para o domínio meio ambiente. Independentemente desses dados, os trabalhadores da ESF relataram satisfação com a própria saúde e com a qualidade de vida sugerindo que foi considerado a percepção individual e a interpretação de significados diferentes que cada um possui de analisar a qualidade de vida e sua relação com a saúde, desconsiderando outros aspectos importantes que envolvem o cotidiano das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em linhas gerais, o conjunto dos trabalhadores da Saúde da Família estudados revelaram que a ausência de capacitações, regular e frequente, a deficiência nas informações, o volume de trabalho, a forma de distribuição das tarefas e as poucas perspectivas de crescimento profissional são fatores estressores que implicam na insatisfação e irritabilidade entre esses trabalhadores. Foi possível por meio dessa pesquisa compreender melhor a interferência da organização do trabalho na qualidade

de vida dos trabalhadores e como o evento estresse e suas consequências leva a impactos negativos no ambiente de trabalho e na vida dos trabalhadores.

Não é suficiente identificar, conhecer e analisar os fatores que afligem o trabalhador da saúde, é necessário ir além, sensibilizar e atuar na promoção de políticas e estratégias do cuidado dirigido ao coletivo de trabalhadores da saúde. Nesse sentido, é importante salientar que, diante do tema de pesquisa, houve grande interesse dos trabalhadores em participar do estudo percebendo-se valorizados, ouvidos e reconhecidos, demonstraram alto grau de interesse e curiosidade quanto a análise dos dados, superando as expectativas dos pesquisadores. Contudo, os trabalhadores se mostraram pouco confiantes que o estudo pudesse convergir em intervenção institucionais reais frente aos resultados investigados.

Cabe ressaltar que esse trabalho possui limitações que se concentram: (1) no tamanho representativo, mas reduzido da amostra; (2) na abordagem exclusivamente quantitativa; e (3) as relações de causa e efeito ainda não foram estabelecidas. Dentre essas questões, um destaque precisa ser dado a abordagem escolhida. A investigação quantitativa não permitiu que fossem registrados depoimentos extremamente relevantes sobre o objeto de pesquisa, aferidas durante a coleta de dados ou mesmo nos diálogos informais no cotidiano das equipes de saúde. Dessa forma, consideramos que os resultados do estudo representaram um reflexo inicial, abrangente, mas ainda incipiente sobre o estresse e a qualidade de vida no contexto das equipes de Saúde da Família, sendo indicado a outras investigações nesse campo uma abordagem mista, associando as abordagens quantitativa e qualitativa.

Na visão dos pesquisadores muitas vezes a falta de recursos, apoio da gestão, os desgastes físicos, emocionais e também os riscos ocupacionais de ordem química, biológica e ergonômicos relatados em conversas informais pelos trabalhadores da saúde

da família tem sido fatores estressores e prejudiciais a qualidade de vida. Cabe, então inferir que o conhecimento das relações de trabalho somente é possível conhecer a partir dos trabalhadores que realizam as tarefas e suas experiências, do que compreendem e de como compreendem.

Na investigação foi possível apreender, independentemente de ainda exigir futuros aperfeiçoamentos em nossos estudos, a complexidade das situações de trabalho que configuram a ESF. O processo investigativo descrito nesse trabalho deu início a mecanismos de novas hipóteses que devem ter continuidade em outros processos investigativos, como por exemplo a aplicação de novos instrumentos que visem avaliar e configurar os processos de trabalho e os riscos ocupacionais por subgrupo de trabalhadores. E assim, colaborar para a repercussão de mudanças que produzam medidas de segurança, tranquilidade e cuidados à saúde mental dos trabalhadores como premissas essenciais a melhoria da qualidade assistencial.

Finalmente, os dados encontrados nesse estudo recomendam que a aplicação desses questionários pode obter um formato válido de acompanhamento e monitoramento da influência da organização do trabalho sobre a qualidade de vida e satisfação com a saúde dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família permitindo a expressão de opiniões e posicionamento dos mesmos, aspirando ações de promoção, prevenção, recuperação e proteção da saúde. Além disso, os resultados sinalizam para adoção de medidas de enfrentamento e prevenção do estresse e promoção da qualidade de vida dos trabalhadores como investimento da gestão municipal na eliminação, redução ou alteração de aspectos estressores no contexto do trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):178-83.
2. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciêns Saúde Col* 2000; 5(1):7-18.
3. Dejours C. *A banalização da injustiça social*. São Paulo: Fundação Getulio Vargas; 1999.
4. Basso RP, Jamami M, Pessoa BV, Labadessa IG, Regueiro EMG, Di Lourenço VAP. Assessment of exercise capacity among asthmatic and healthy adolescents. *Rev Bras Fisioter* 2010; 14(3):252-258.
5. Morin EM. Os sentidos do trabalho. *RAE* 2001; 41(3):8-19.
6. Souza AD, Campos CS, Silva EC, Souza JO. *Estresse e o trabalho* [monografia]. Campo Grande: Sociedade Universitária Estácio de Sá; 2002.
7. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Classificação Internacional de Saúde*. 10^a edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 2009.
8. Jex SM, Cunningham JL, La Rosa G, Broadfoot A. Stress e eficácia dos funcionários. In: Rossi AM, Meurs JA, Perrewé, PL. *Stress e qualidade de vida no trabalho*. São Paulo: Atlas; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
10. Oliveira MMC. *Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária em Porto Alegre*: uma análise agregada [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Atlas do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
12. Paschoal T, Tamayo A. Validação da escala de estresse no trabalho. *Estud psicol.* 2004; 9(1):45-52.
13. Fleck MPA. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
14. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface* 2005; 9(16):161-77.
15. Jaeger ML, Ceccim RB. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Morin E, Tonelli MJ, Pliopas ALV. O trabalho e seus sentidos. *Psicol Soc* 2007; 19(esp):47-56.
17. Barbosa SP, Aguiar AC. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia saúde da família em Ipatinga, Minas Gerais – Brasil. *Rev. APS* 2008; 11(4):380-88.
18. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Publica* 2008; 42(2):347-368.
19. Gonçalves ER, Ramos FRS. O trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. *Interface* 2010; 14(33):301-314.
20. Ogesta J, Rusac S, Zorec L. Relation Between Burnout Syndrome and Job Satisfaction Among Mental Health Workers. *Croat Med J* 2008; 49:364-74.
21. Faria HP, Werneck MAF, Santos MA, Teixeira PF. *Processo de trabalho em saúde*. Belo Horizonte: Nescon/Coopmed; 2009

22. Robbins SP. *Comportamento Organizacional*. 8^a edição. Rio de Janeiro: LTC; 2002.
23. Santos PR. *Estudo do processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica: cargas de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
24. Silva JLL. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
25. Tobin, T. Organizational determinants of violence in the workplace. *Aggress Violent Behav* 2001; 6(1):91-102.
26. Batista KM. Stress e Hardiness entre enfermeiros hospitalares [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.
27. Adán JCM, García SP. *Estrés en la enfermería: el cuidado do cuidador*. Madrid: Díaz de Santos; 2003.
28. Rodrigues MVC. *Qualidade de Vida no Trabalho*. 2^a edição. Petrópolis: Vozes; 2005.
29. Gessner CLS. *Qualidade de vida das equipes de saúde da família do município de Timbó-SC* [dissertação]. Itajaí: Universidade Vale do Itajaí; 2006.
30. Vasconcellos NPC, Costa-Val R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa-MG. *Rev APS* 2008; 11(1):17-28.
31. Souza MA, Stancato K. Avaliação da Qualidade de Vida de Profissionais de Saúde em Campinas. *Rev Adm Saúde* 2010; 12(49):154-162.
32. Spiller APM, Dyniewicz AM, Slomp MGFS. Qualidade de vida de profissionais de saúde em hospital universitário. *Cogitare Enferm* 2008; 13(1):88-95.

33. David LML, Bruno-Faria MF. Quality of live in the work: construction and validation of a scale in military organizations in the Army. *Rev Adm* 2007; 42(4):431-442.
34. Lourençao LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saude e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(1):81-91.

Tabela 1. Valores de média, mediana e desvio padrão obtidos pela aplicação do EET aos trabalhadores das equipes de Saúde da Família. Uberlândia, 2016.

	Afirmativas do ETT	Média	Mediana	Desvio Padrão
1	A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	2,72	3	1,22
2	O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita	2,38	2	1,22
3	A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante	2,42	2	1,23
4	Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho	2,02	2	1,23
5	Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais	2,69	2	1,24
6	Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho	2,27	2	1,23
7	A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado	2,22	2	1,24
8	Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho	1,77	1	1,25
9	Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade	2,61	2	1,25
10	Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas	2,39	2	1,25
11	Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	1,92	2	1,24
12	Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho	2,45	2	1,25
13	Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional	3,08	3	1,25
14	Fico de mau humor por me sentir isolado na organização	2,25	2	1,22
15	Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores	2,43	2	1,23
16	As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado	2,95	3	1,23
17	Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade	2,17	2	1,19
18	A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor	2,09	2	1,20
19	A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação	2,42	2	1,21
20	Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias	1,98	2	1,20
21	Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas	2,03	2	1,22
22	O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso	2,71	2	1,27
23	Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes	2,05	2	1,12

Tabela 2 – Valores obtidos em cada domínio analisado da qualidade de vida dos trabalhadores das equipes de Atenção Básica, por meio do *WHOQOL-BREF*-Uberlândia, MG, 2016

Domínios <i>WHOQOL-BREF</i>	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Físico	70,37	71,40	14,55	35,70	100,00
Psicológico	68,68	70,80	14,78	29,20	95,80
Relações Sociais	69,56	75,00	13,93	25,00	100,00
Meio Ambiente	57,72	59,40	13,72	31,30	93,80

6.2. Artigo 2: Physis

CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE OS TRABALHADORES DA SAÚDE DA FAMÍLIA

ALCOHOL CONSUMPTION AMONG FAMILY HEALTH WORKERS

RESUMO

OBJETIVO: Identificar o padrão e a prevalência de consumo de bebida alcoólica entre trabalhadores de equipes de Saúde da Família de um município com baixa cobertura de serviços de Atenção Básica.

METODOLOGIA: Estudo quantitativo, descritivo e transversal conduzido com 118 trabalhadores da Atenção Básica. Os dados foram coletados por meio um questionário socioprofissional e econômico e do Teste de Identificação dos Transtornos do Uso de Álcool, cujos resultados foram analisados de forma descritiva.

RESULTADOS: A frequência do consumo de álcool foi de 50% dos entrevistados, 41% revelaram ter consumido seis ou mais doses de álcool em uma única ocasião (*Binge*), 19% alegaram ao menos um episódio de *Binge* por mês, 12% mensalmente, 8% semanalmente e 2% todos ou quase todos os dias.

CONCLUSÕES: Faz-se necessário prevenir o risco do uso nocivo de álcool entre os trabalhadores assim, como suas implicações para seu o trabalho, sociedade e sua família, aumentando os fatores protetores e prevenção nos âmbitos individual e coletivo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Alcoolismo. Saúde do Trabalho.

INTRODUÇÃO

O número de equipes de Saúde da Família está em expansão contínua no país, representando atualmente o principal campo de trabalho para diversas profissões. O trabalho na Saúde da Família possui elevada complexidade, aglutinando um conjunto de ações integrais de âmbito individual e coletivo, cuja principal forma de organização são as equipes de Saúde da Família. Além disso, os profissionais dessas equipes devem utilizar saberes e práticas socialmente aceitas, com foco na resolutividade e na atenção integral a uma população territorialmente definida (BRASIL, 2012).

Diante dessa complexidade, é necessário atentar ao fato de que determinadas formas de organização ou condições de trabalho podem se tornar fonte de danos à saúde dos trabalhadores, pois atuam como fatores de desgaste que vão além do cansaço físico, abrangendo aspectos físicos e cognitivos (LE GUILLANT, 2006).

Estudos científicos sobre a relação entre a organização do trabalho e o uso do álcool ainda são novas e cheias de lacunas. Apesar disso, o álcool é considerado pela classe trabalhadora como um dos principais recursos utilizados para enfrentar as agruras vivenciadas no cotidiano do ambiente laboral, além de ser fonte de prazer e relaxamento (LIMA, 2015). Deve-se considerar, ainda, que o álcool é uma substância licita de fácil acesso e que tem seu consumo frequentemente estimulado pelos meios de comunicação. Além disso, a pressão social para beber, a disponibilidade do álcool, situações de tensão e estresse ocupacional são fatores relacionados ao ambiente de trabalho que favorecerem o seu uso (VAISSMAN, 2004).

Existem diversas terminologias para conceituar os padrões de consumo do álcool. Nesse trabalho optou-se pelas definições adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a saber: (a) Consumo moderado ou de baixo risco: ingerir quantidades moderadas e que não causam problemas; (b) Beber problemático ou abusivo: padrão de beber que causa problemas, individuais ou coletivos, de saúde ou sociais; (c) Consumo compulsivo periódico de bebida (em inglês: *binge drinking*), que se define pelo padrão de ingestão intensa durante um período prolongado, escolhido de maneira propositada. Ocorre em determinadas ocasiões. Esse padrão também é conhecido como “porre” e “pileque”. Os bebedores deste padrão em geral intercalam esses períodos com períodos de abstinência. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

A identificação do padrão de consumo de álcool entre os trabalhadores nas diferentes realidades de trabalho corresponde a estratégia inicial de promoção da saúde e a prevenção de agravos decorrentes do consumo abusivo de álcool, tanto para o trabalhador, quanto para a família e sociedade (FARIAS, VAITSMAN, 2002). Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar o padrão e a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores de equipes de Saúde da Família de um município com baixa cobertura de serviços de atenção básica.

METODOLOGIA

Este artigo é parte de uma dissertação de mestrado em que foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado com 130 trabalhadores de oito

equipes de Saúde da Família do município de Uberlândia (Minas Gerais). Este município está situado no extremo oeste do estado de Minas Gerais, na região denominada de Triângulo Mineiro, com uma população 669.672 habitantes. A cobertura de equipes de Saúde da Família, calculada com base na população estimada para o ano de 2016, foi de 39,84% de cobertura.

A Atenção Básica do município era composta durante o estudo por 74 equipes de Saúde da Família, 27 equipes de Saúde Bucal e 10 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, perfazendo um total de 967 trabalhadores na Estratégia de Saúde da Família.

Para o cálculo amostral, considerou-se uma precisão de 8% e um nível de confiança de 95%, resultando em uma amostra de 130 trabalhadores de saúde. Para seleção desses trabalhadores, foram identificadas as oito equipes de Saúde da Família com maior tempo de funcionamento em cada um dos seis setores sanitários do município, de acordo com a data de inserção no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Nos setores em que foram identificadas mais de uma unidade de saúde cadastradas na mesma data, procedeu-se o sorteio da equipe para inclusão no estudo.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados de autocompletamento: um questionário para identificação do perfil socioprofissional e econômico, referente a uma adaptação dos dados solicitados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013); e o Teste de Identificação dos Transtornos do Uso de Álcool (AUDIT), utilizado para determinar a prevalência de abuso e intensidade de consumo de álcool.

O AUDIT foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado no Brasil por Méndez (1999) para identificar níveis de consumo de álcool que variam de uso de risco, uso nocivo e dependência. Esse instrumento é composto por 10 questões e avalia o uso recente de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool. As respostas a cada questão são pontuadas de 1 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas de problemas. Este é um instrumento de fácil e rápida aplicação, necessitando apenas de um treinamento simples para a codificação dos dados. Os escores do AUDIT variam de 0 a 40, podendo agrupar os usuários em quatro zonas de risco em diferentes níveis: zona I – os escores de 0 a 7 identificam consumo de baixo risco ou abstêmios; zona II - os escores entre 8 e 15 apontam um consumo de risco; zona III - os escores entre 16 e 19 fazem referência ao uso nocivo ou consumo de alto risco; zona IV - os escores entre 20 a 40 indicam uma provável dependência.

Fundamental apontar que o AUDIT é um questionário de rastreamento e não de diagnóstico.

Os questionários foram distribuídos aos 130 trabalhadores das equipes Saúde da Família, sendo que apenas 90,77% (118) foram considerados apropriados para a análise dos dados neste artigo. Os demais estavam incompletos e os sujeitos não foram encontrados para completa-los, mesmo após sucessivas tentativas. Os dados obtidos pelos questionários analisados de forma descritiva.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas eletrônicas e analisados de forma descritiva. A análise do AUDIT foi realizada conforme instruções do próprio instrumento, onde as respostas a cada questão são pontuadas de 1 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas de problemas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (Minas Gerais), sob CAAE nº 50469015.3.0000.5152. Foi assegurado aos participantes da pesquisa o anonimato e confidencialidade dos dados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram analisados os questionários de 118 profissionais sendo 102 (86,41%) do sexo feminino e 16 (13,6%) do masculino, predominando a faixa etária entre 41 a 60 anos (40,7%). Os agentes comunitários de saúde compuseram a principal categoria profissional do estudo (34,7%). Em relação a escolaridade, observou-se que 54,2% dos entrevistados possuem nível médio, 38,1% nível superior e 7,6% ensino fundamental. Quanto a pós-graduação, dos 45 profissionais de nível de escolaridade superior, 64,4% são especialistas, 31,1% não possuem nenhuma especialização, 4,4% são mestres e não houve registro para doutorado.

Verificou-se que a maioria dos entrevistados possuem apenas um vínculo empregatício (94,1%). Houve predomínio de vínculos celetistas e terceirizados (89,7%) e de um tempo de trabalho na Saúde da Família inferior a cinco anos (67,7%). A renda familiar média declarada foi entre três a cinco salários mínimos (35,6%). Com relação ao gênero contatou-se que a maioria autodeclarou mulheres cisgênero (83,1%). No que diz respeito ao estado civil, a maioria eram casados ou com união estável (59,4%). Verificou-se também que 52,5% dos pesquisados se intitulam católicos.

A primeira pergunta do AUDIT que se refere a frequência do consumo de álcool, 59 (50%) dos entrevistados relataram fazer uso de bebidas alcoólicas e 59 (50%)

responderam que são totalmente abstêmios. Dessa forma, nas Tabela 1 e II estão aglutinadas as respostas obtidas em relação aos entrevistados que fazem consumo de álcool (n=59) e foram excluídos os sujeitos da pesquisa que responderam nunca terem ingerido bebida alcoólica.

Na Tabela 1 estão apresentados os dados referentes a quantidade e frequência de consumo de álcool entre os profissionais, representado pelas questões 2 e 3 do AUDIT. Destaca-se que a quantidade de doses mais frequente foi de 1 a 2 doses e 2% consumiam álcool quase todos os dias. Do total dos participantes que responderam à questão sobre frequência de consumo de álcool, 41% revelaram ter consumido seis ou mais doses de álcool em uma única ocasião (*Binge*). No que diz respeito a frequência dos episódios de *Binge*, 19% alegaram que o episódio ocorre pelo menos uma vez por mês.

Na Tabela 2, estão expressos os sintomas de dependência, dificuldades de controlar o uso e da importância de consumir álcool pela manhã referente às questões 4, 5 e 6, e ao sentimento de culpa e da frequência de apagamentos (esquecimentos) após o uso de álcool, correspondente às questões 7 e 8. Nota-se que 9% dos entrevistados apresentaram a percepção de não obter êxito em parar de beber uma vez que tinham iniciado (menos que uma vez ao mês, mensalmente, ou todos ou quase todos os dias); que 7% já tinham deixado de fazer o que era esperado devido o consumo de álcool; e que apenas 2% assumiram necessidade de beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia. Verificou-se ainda que 86% dos trabalhadores nunca sentiram culpa ou remorso depois de beber enquanto 9% tiveram apagamentos.

Na Tabela 3 estão relacionadas às questões aferidas de toda a amostra (n=118) e referem-se aos problemas que podem estar relacionados ao uso de álcool, como por exemplo, lesões causadas pelo uso e preocupações de outros sobre o estilo de beber. Nela observa-se que 3% alegaram ter causado ferimentos ou prejuízos a si mesmo ou a outras pessoas após ingestão de álcool e que 6% foram aconselhados a parar de beber.

A tabela 4 apresenta a distribuição dos trabalhadores nas chamadas zonas de risco do AUDIT. A maioria dos entrevistados (92%) da amostra foram classificados como usuários compatível com baixo risco, 6% dos entrevistados foram identificados como consumidores de uso de risco, 1% como consumidores de uso nocivo e 1% como consumidores classificados em provável síndrome de dependência do álcool.

DISCUSSÃO

O estudo possibilitou conhecer o perfil socioprofissional e econômico e identificar o padrão de consumo, sintomas de dependência e os problemas relacionados ao uso de álcool. Verificou-se que, enquanto a metade dos trabalhadores referiram não terem consumido bebida alcoólica, a outra metade declarou uso em alguma frequência nos últimos doze meses. Esse resultado está alinhado com uma pesquisa realizada pelo II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LARANJEIRA, 2014), onde foi estimado que a metade da população brasileira é abstêmia, 32% exibem prática de beber moderado e 16% consomem quantidades nocivas de álcool.

A prevalência dos entrevistados 92% exibiu consumo compatível com a zona I contudo, 8% dos trabalhadores se encontraram nas zonas II; III; e IV, isto é, em padrão de consumo apontados como excessivo e consequentemente denotando riscos à saúde. Cabe mencionar que de acordo com a Organização Internacional de Migração não é necessariamente ser dependente para apresentar problemas relacionados ao consumo de álcool (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990). Portanto, nenhum padrão de consumo de bebidas alcoólicas apresenta isenção de riscos.

Compreendendo que o consumo de álcool identificado pelos trabalhadores pode ser inerente a história cultural presente na sociedade desde os tempos mais primitivos e é visto como complemento dos momentos de alegria e de festa, no qual as pessoas se reúnem para comemorar e celebrar a vida (GIGLIOTTI, BESSA, 2004). As primeiras informações sobre o uso do álcool são de 6.000 a.C., muito utilizado por seus efeitos desinibidor e antidepressivo, bem como pelo fácil acesso, tornando-se um dos problemas de saúde que afetam homens e mulheres em qualquer idade e em todas as classes sociais (MANSUR, 2004).

Mesmo o consumo de álcool tendo assumido uma característica de normalidade na cultura popular, durante anos o alcoolismo foi considerado como um problema moral, fruto da falta de caráter da pessoa, sendo que posteriormente passou a ser considerado uma doença, cujo um dos pressupostos é que os dependentes teriam características genéticas e de personalidade diferentes do restante da população (ALMEIDA, 2010).

Posto isso, para o enfrentamento do consumo de álcool torna-se importante analisar a prevalência e os determinantes dos hábitos de riscos levando em consideração que são vários fatores agregados e não apenas a inclinação pessoal e psíquica dos indivíduos que determina os componentes etiológicos multicausais para o agravamento

do uso de álcool. Na investigação de trabalhos bibliográficos com ênfase na compreensão etiológica do alcoolismo realizada por Moraes e Barrocco (2016), foram destacados os determinantes biológicos orgânicos, psicológicos e comportamentais, sociais e ambientais. Foi identificado a prevalência nos aspectos biológicos (sexo, idade, fatores genéticos, marcadores orgânicos como enzimas, e taxas sanguíneas, morbidades psiquiátricas e clínicas e psicofármacos).

O alcoolismo é uma doença crônica influenciada por fatores genéticos e psicossociais. Entretanto, sabe-se hoje que a dependência não está apenas associada ao sistema cerebral de recompensa e prazer, mas também a região do cérebro associada aos riscos e benefícios, na qual se concentram as tomadas de decisão (LIMA et al., 2010). Além das questões biológicas, fatores psicológicos e sociais também estão relacionados ao alcoolismo (RIBEIRO, 2004). Logo, o uso abusivo de álcool provoca um distúrbio cerebral que altera os circuitos de recompensa e prazer, tomada de decisões, controle inibitório e aprendizado (BUCHALLA, 2007).

No olhar desse estudo, o consumo de álcool pode estar relacionado com as condições e formas de organização do trabalho imperativo pela organização. Para Guerardi-Donato *et. al* (2011), as motivações para o consumo de bebidas alcoólicas não são unicamente associadas a fatores orgânicos podendo da mesma forma estar ligado a fatores biopsicossociais, e para isso deve se considerar reflexões sobre aspectos organizacionais do trabalho e avaliar sua relação entre estresse ocupacional e o consumo de álcool.

No trabalho de Lima (2015), que retrata o aprofundamento no envolvimento de como acontece a relação entre trabalho e uso de álcool, apresentou comprovações importantes que em múltiplos contextos profissionais surge o desenvolvimento de quadros de consumo de álcool. Os estudos foram realizados em torno dos trabalhadores da construção civil, policiais militares, cobradores e motoristas de ônibus urbano, categorias estas identificadas por estudos epidemiológicos com problemas relacionados ao uso de álcool; além de outras profissões como: garis, bombeiros, mecânicos de veículos e advogados.

Logo, o resultado dessas investigações sugeriu em suas considerações, sem desprezar os fatores fisiológicos e psicológicos, concluir que o uso de álcool se tornou uma maneira de enfrentar situações adversas e inerentes as atividades profissionais, dentre as quais destaca-se as frustrações, pressões, ritmos acelerados, competitividade,

desgastes físicos, relações desiguais, falta de autonomia, conflitos com a gerência, falta de clareza nas regras, pressão dos amigos para beber e outros fatores (LIMA, 2015).

Um estudo realizado por Rocha e Davis (2015), com o objetivo de descrever e discutir a prevalência e padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde, demonstrou que em torno de 67,6% concordaram que o uso de drogas por funcionários pode estar relacionado ao estresse e/ou condições de trabalho. Verificou-se que o estudo ampliado dessa pesquisa que inclui também as variáveis estresse e qualidade de vida desses trabalhadores de saúde da família, corrobora com essa informação, pois apresentou tratar-se de um grupo de trabalhadores da saúde que revelaram a ausência de capacitações, regular e frequente, a deficiência nas informações, o volume de trabalho, a forma de distribuição das tarefas e as poucas perspectivas de crescimento profissional são fatores estressores que implicam na insatisfação e irritabilidade entre esses trabalhadores. Foi possível por meio dessa pesquisa compreender melhor a interferência da organização do trabalho na qualidade de vida dos trabalhadores e como o evento estresse e suas consequências leva a impactos negativos no ambiente de trabalho e na vida dos trabalhadores.

Mais do que estudar sobre a prevalência de estresse no trabalho, uso e dependência de álcool, oportunamente cabe ressaltar sobre a importância de discutir os impactos de nossa sociedade capitalista em períodos de graves crises política e econômica na vida dos trabalhadores e nos processos de saúde doença, como se dá o processamento das exigências e demandas do agitado ritmo de vida e trabalho, a degradação das condições de moradia e transporte para a população e a deterioração da qualidade da qualidade de vida, geralmente marcadas pela violência e insegurança em todos os aspectos físicos, sociais, econômicos e ambientais.

A frequência maior de casos individuais de consumo de bebidas alcoólicas tem sido observada em determinadas ocupações, especialmente aquelas que se caracterizam ~~por~~ serem socialmente desprestigiadas e mesmo determinantes de certa rejeição, como as que implicam contato com cadáveres, lixo ou dejetos em geral, apreensão e sacrifício de cães; atividades em que a tensão é constante e elevada, como nas situações de trabalho perigoso (transportes coletivos, estabelecimentos bancários, construção civil), de grande densidade de atividade mental (repartições públicas, estabelecimentos bancários e comerciais), de trabalho monótono, que gera tédio, trabalhos em que a pessoa trabalha em isolamento do convívio humano (vigias); situações de trabalho que

envolvem afastamento prolongado do lar (viagens frequentes, plataformas marítimas, zonas de mineração) (BRASIL, 2001).

No Brasil, dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) mostram que o alcoolismo é o principal motivo de pedidos de auxílio-doença por transtornos mentais e comportamentais por uso de substância psicoativa. O número de pessoas que precisaram parar de trabalhar e pediram o auxílio devido ao uso abusivo do álcool teve um aumento de 19% nos últimos quatro anos, ao passar de 12.055, em 2009, para 14.420, em 2013. (VILELA, 2014).

Nessa perspectiva uma pesquisa realizada por Oliveira et al. (2013), que teve como objetivo descrever os padrões de uso de álcool por trabalhadores de enfermagem e a associação com o trabalho revelou que 26,6% dos trabalhadores associaram o consumo de bebidas alcoólicas com o trabalho e 18,8% dos entrevistados referiram insatisfações e estresse decorrentes do trabalho e 9,9% identificaram prejuízos laborais como: absenteísmo, atrasos, trabalhar sobre a influência de álcool e conflitos com a autoridade no trabalho.

Os resultados do padrão *Binge*, também considerado grau de risco encontrou-se em grau preocupante entre os trabalhadores da saúde da família, onde o percentual de bebedores problemáticos foi maior do que encontrados em estudos realizados no Brasil. Dos entrevistados 41% assumiram consumo de seis ou mais doses de álcool em uma única ocasião.

Importante ressaltar que os episódios de *Binge* estão ligados a problemas importantes como maior quantidade de comportamentos de risco, por exemplo, sexo desprotegido e suas consequências: gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, violências de todos os tipos, agravos a saúde, aumento da criminalidade e evasão escolar dentre outros inúmeros riscos. Estudo sobre o perfil dos indivíduos que bebem nesse padrão realizado no Brasil por Castro et al. (2012) indicaram que os adultos têm maior possibilidade de padecer com as consequências desse uso.

O consumo de bebidas alcoólicas encontrados nesse estudo foi confrontado com o consumo da população brasileira em geral onde 28% dos adultos bebem em binge, 48% não consomem bebidas alcoólicas e 24% bebem sem binge, 3% fazem uso nocivo de álcool e 9% são considerados dependentes. (LARANJEIRA et al.,2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constitui-se em estudo relevante por estar concentrado na construção do conhecimento sobre os padrões de consumo de álcool dos trabalhadores das equipes de saúde da família e para orientar a promoção de ações e diálogos no sentido de prevenção primária do uso prejudicial do álcool, para o diagnóstico precoce e referência para a rede de assistência dos quadros moderados e graves. Além do mais, são indicativos e subsidiam os gestores do Serviço de Saúde do Trabalhador, tendo em vista a escassez de pesquisas de rastreamento do padrão de consumo de álcool entre trabalhadores da saúde, em especial nesse momento da saúde da família.

Importante ressaltar que a pesquisa teve algumas limitações, dentre elas o fato de ser de caráter transversal que não permite conceber a relação causa e efeito, o questionário ser de rastreamento e não de diagnóstico, o preenchimento dos questionários pelo próprio trabalhador e no local de trabalho, além da desconfiança apesar de garantia do sigilo. Por outro lado, houve concordância e boa receptividade pela maioria dos trabalhadores em participar do estudo superando as expectativas.

Pode-se concluir que é necessário prevenir o risco do uso nocivo de álcool entre os trabalhadores assim, como suas implicações para seu o trabalho, sociedade e sua família. A promoção e prevenção desse agravo deve ser abordada não apenas no âmbito individual, mas no coletivo, no social e presumir medidas desde a educação em saúde agregada a intervenção breve ou assistência junto ao serviço de referência em Saúde do Trabalhador. Para isso, as estratégias de prevenção dos transtornos advindos do uso de álcool não devem convergir unicamente no consumidor em excesso, mas sim na população de forma universal.

Outra questão elencada que vale ressaltar e para evitar indisposições é que não se pretende nesse estudo afirmar que todo e qualquer padrão de uso de álcool esteja relacionado com toda ocupação profissional, porém se destaca a importância de reflexões a respeito das condições e organização do trabalho como colaborador para a manifestação, agravante ou manutenção dessa problemática que tem se destacado como um problema relevante de saúde pública.

Em suma, é de extrema importância que estudos que englobem o uso de drogas licitas e não licitas, em especial destaque o álcool entre os trabalhadores da saúde no Brasil sejam intensificados. Além disso, é necessário observar essa relação com as condições de trabalho que podem ou não acentuar tal uso, e oportunamente propor medidas de enfrentamento pelo segmento dos trabalhadores e das instituições de saúde.

Nesse momento é oportuno mencionar que em qualquer agravo os sujeitos não devem serem responsabilizados de forma individual por seu processo de adoecimento ou por sua recuperação. É necessária uma visão ampliada que peresse as relações sociais e de trabalho vigentes nos modos de produção na sociedade capitalista sobretudo em períodos arrastados por crises econômicas e políticas. Por sua vez, o que deveria ser analisado são os impactos, as exigências, o consumo desenfreado e o acelerado ritmo de vida e trabalho dessa sociedade na vida dos cidadãos.

Considerando que não existe nível seguro para o consumo de álcool e que todas as substâncias psicoativas e psicotrópicas podem ser capazes de levar a dependência ou uso nocivo é significativo, é premente que no âmbito do trabalho as organizações de saúde devem priorizar o bem-estar de seus trabalhadores, principais responsáveis pelo cuidado da população assistida e que apesar de cuidadores não os exime de necessitar também de cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, M. da G. B. **A violência na sociedade contemporânea**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001
- BUCHALLA, A. P. Para desligar o circuito do vício. **Veja**, n. 20, p. 78-85, 2007.
- CASTRO, D. S. et al. Sociodemographic Characteristis associated with binge drinking amang Brazilians. **Drug Alcohol Dependence, Philadelphia**, v. 126, n. 1, p. 272-276, 2012.
- FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cad Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1229-1241, 2002.
- GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, supl. 1, 2004.
- GUERARDI-DONATO, E. C. S. et al. Consumo de álcool como estratégia para lidar com o estresse no trabalho. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; MEURS, J. **Stress e qualidade de vida no trabalho: stress social: enfrentamento e prevenção**. São Paulo: Atlas; 2011.p. 42-51.
- INSTITUTE OF MEDICINE. **Broadening the base of treatment for alcohol problems**. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

LARANJEIRAS, R. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - 2012.** São Paulo: UNIFESP. 2014.

LARANJEIRA, R. et al. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. **Rev Bras Psiq.** v. 32, p. 231-241, 2010.

LE GUILLANT, L. **Escritos de Louis de Le Guillant:** da ergoterapia à psicopatologia do trabalho. Tradução: Guilherme Teixeira). Petrópolis: Vozes. (2006).

LIMA, H. P.; et al. Significados do feminino no discurso de alcoolistas e interface com a saúde mental. **Texto Contexto Enf.** v. 19, n. 3, p. 496-503. 2010.

LIMA, M. E. A. (org.). **Álcool e trabalho:** revisitando conceitos à luz de novas descobertas. Curitiba: Juruá, 2015.

MANSUR, J. **O que é alcoolismo.** São Paulo: Brasiliense, 2004. (Coleção Primeiros Passos, 205).

MÉNDEZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT-** Alcohol Use Disorders Identification Test. Dissertaçao (Mestrado) - Universidade de Pelotas, Pelotas. 1999.

MORAES, R. J. S.; BARROCO, S. M. S. Concepções do alcoolismo na atualidade: pesquisas hegemônicas, avanços e contradições. **Rev Bras Psi Teor Pesq.** Brasília, 2016.

OLIVEIRA, E. B. et al. Padrões de uso de álcool por trabalhadores de enfermagem e a associação com o trabalho. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **Self-help strategies for cutting down or stopping substance use:** a guide. Genebra: OMS, 2010.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. **Rev Bras Psiq.** v. 26, supl.1, p. 59-62, 2004.

ROCHA, P. R. de; DAVID, H. M. S. L. Padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde: retrato de alunos de cursos lato sensu de uma instituição pública. **SMAD,** v. 11, n. 1, p. 42-48, 2015.

VAISSMAN, M. **Alcoolismo no Trabalho.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2004.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the pattern and prevalence of alcoholic beverage use among workers of Family Health teams in a county with low coverage of Primary Care services.

METHODOLOGY: A quantitative, descriptive and transversal study conducted with 118 Primary Care workers. Data were collected through a socio-professional and economic questionnaire and the Alcohol Use Disorder Identification Test. These data were analyzed in a descriptive way.

RESULTS: The frequency of alcohol consumption was 50% of respondents, 41% reported having consumed six or more doses of alcohol on a single occasion (Binge), 19% reported at least one episode of Binge per month, 12% monthly, 8% weekly and 2% all or almost every day.

CONCLUSIONS: It is necessary to prevent the risk of harmful use of alcohol among workers, as well as their implications for their work, society and their families, increasing protective factors and prevention at the individual and collective levels.

Key-words: Primary Health Care. Binge Drinking. Occupational Health.

Tabela 1 – Quantidade e frequência de consumo de álcool entre os profissionais das equipes de Saúde da Família. Uberlândia, 2016 (n=59)

Item	Descriptivo	N	%
2. Número de doses consumidas em dia típico	1-2	30	51
	3-4	20	34
	5-6	6	10
	7-8	0	0
	9 ou mais	3	5
3. Frequência de cinco ou mais doses em uma única ocasião	Nunca	35	59
	Menos que uma vez ao mês	11	19
	Mensalmente	7	12
	Semanalmente	5	8
	Todos ou quase todos os dias	1	2

Fonte: Coleta de dados realizada pelas autoras, 2016.

Tabela 2 – Sintomas e problemas relacionados com o uso do álcool entre os profissionais das equipes de Saúde da Família. Uberlândia, 2016 (n=59).

Item	Descriptivo	N	%
4. Frequência de beber sem conseguir parar após ter começado	Nunca	54	91
	Menos que uma vez ao mês	3	5
	Mensalmente	1	2
	Semanalmente	0	0
	Todos ou quase todos os dias	1	2
5. Deixou de fazer algo esperado ou de responder um compromisso devido ao uso de álcool	Nunca	55	93
	Menos que uma vez ao mês	4	7
	Mensalmente	0	0
	Semanalmente	0	0
	Todos ou quase todos os dias	0	0
6. Necessidade de beber uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor	Nunca	58	98
	Menos que uma vez ao mês	1	2
	Mensalmente	0	0
	Semanalmente	0	0
	Todos ou quase todos os dias	0	0
7. Frequência de sentimento de culpa ou remorso depois de beber	Nunca	51	86
	Menos que uma vez ao mês	6	10
	Mensalmente	1	2
	Semanalmente	1	2
	Todos ou quase todos os dias	0	0
8. Frequência de incapacidade em lembrar-se do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido	Nunca	54	92
	Menos que uma vez ao mês	4	7
	Mensalmente	1	2
	Semanalmente	0	0
	Todos ou quase todos os dias	0	0

Fonte: Coleta de dados realizada pelas autoras, 2016.

Tabela 3 –Problemas relacionados ao uso de álcool entre os profissionais das equipes de Saúde da Família. Uberlândia, 2016 (n=118).

Item	Descriptivo	N	%
2. Prejuízos ou ferimentos a si mesmo ou a outros após beber	Não	115	97
	Sim, mas não nos últimos 12 meses	3	3
	Sim, nos últimos 12 meses	0	0
3. Sugestão de parentes ou terceiros para que parasse de beber	Não	112	94
	Sim, mas não nos últimos 12 meses	3	3
	Sim, nos últimos 12 meses	3	3

Fonte: Coleta de dados realizada pelas autoras, 2016.

Tabela 4 – Caracterização do consumo de álcool de acordo com as zonas de risco pelos trabalhadores das equipes saúde da família do município de Uberlândia, MG, 2016 (n=118).

Níveis de Risco	Escores	Frequência	Percentual
Zona I (baixo risco)	0 a 7	109	92
Zona II (uso de risco)	8 a 15	7	6
Zona III (uso nocivo)	16 a 19	1	1
Zona IV (provável dependência)	20 a 40	1	1

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar um mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador significou uma aproximação da minha formação acadêmica como assistente social. Essa trajetória permitiu abordar o processo saúde doença do homem determinados por fatores ambientais, sejam eles físicos, químicos, biológicos e sociais. Foi possível compartilhar das experiências e troca de informações de colegas inseridos nas mais diversas áreas de atuação, mas que aspiravam dos mesmos desejos que era de compreender e repensar os processos de adoecimento e saúde.

Por outro lado, foi possível constatar o afastamento de como os modos de produção e os adoecimentos advindos da organização do trabalho não são evidenciados pelos gestores e nem tão pouco pelos próprios trabalhadores da saúde. Essa constatação me mostrou enquanto profissional e me instigou a observar as relações profissionais no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente sobre os processos de trabalho nas equipes de Saúde da Família.

O tema de pesquisa se tornou motivo de satisfação e inquietação. Entender as conturbações e sofrimentos do trabalho na saúde é considerar as circunstâncias do coletivo de trabalhadores, melhor dizendo, nenhuma pessoa trabalha sozinha por mais que ignore a integração de várias disciplinas. Dessa forma, o trabalho em equipe que respeita o outro e o conhecimento da comunidade que são submetidos cotidianamente esses trabalhadores têm o meu respeito e preocupação.

Compreendendo que o cuidado é a essência das práticas efetivas sobre as necessidades dos usuários, é necessário alcançar as singularidades dos trabalhadores da saúde da família dentro dos processos de trabalho e entender que produzir saúde implica em cuidar e ser cuidado reciprocamente. Além disso, a experiência de coletar dados dentro das unidades de saúde da família mostrou a receptividade, interesse e contribuição de praticamente a totalidade dos trabalhadores frente ao estudo superaram as expectativas dos pesquisadores, em contrapartida verificou-se desconfiança e descrédito quanto a ocorrência de ações de intervenção institucionais frente aos resultados investigados.

Sabemos que não é suficiente identificar, conhecer e analisar as mazelas que afligem o trabalhador da saúde, é necessário ir além, sensibilizar e exigir que os gestores garantam políticas e estratégias do cuidado dirigido ao trabalhador da saúde. As boas práticas no campo da atenção à saúde dos cidadãos da rede SUS, em especial nesse momento da atenção em saúde da família, estão diretamente relacionadas ao potencial

intelectual, emotivo, e de trabalho do trabalhador, que por sua vez, resulta do fortalecimento de sua qualidade de vida e saúde e no aumento de fatores não estressores laborais.

Por fim, frente a toda essa vivência, podemos destacar a riqueza adquirida pelo mestrado profissional à prática em saúde ambiental e do trabalhador, seja nas reflexões sobre os processos de trabalho e na troca de experiências, como no aprendizado promovido nas aulas e no desenvolvimento da pesquisa.

BIBLIOGRAFIA

- ADÁN, J. C. M.; GARCIA, S. P. **Estrés em la enfermeira: el cuidado do cuidador.** Madrid: Díaz de Santos; 2003.
- ALBORNOZ, S. **O que é trabalho.** 3. edição. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- ALVES, N. C. R. (2015). A construção sociopolítica dos Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2015.
- ALMEIDA, M. da G. B. **A violência na sociedade contemporânea.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.
- BASTOS, F. I.; REIS, N. B. dos. Epidemiologia do uso de drogas no Brasil. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** 6.ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2014. p. 105-121.
- BATISTA, K. M. **Stress e Hardiness entre enfermeiros hospitalares.** Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.
- BERNAL, O. A. **Psicologia do trabalho em um mundo globalizado, integrando teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família.** Brasília: COSAC, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
- BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa de saúde da família.** Brasília; 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS:** a saúde do Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARLOTTO, C. M. Ruptura ou esforço da dominação: gênero em perspectiva. In: GODINHO, T.; SILVEIRA, M. L. (Org.). **Políticas públicas e igualdade de gênero**. São Paulo, 2004. p. 149-156.

CEBRID. **Livro de drogas psicotrópicas**. São Paulo: CEBRID, 2003.

COIMBRA et al., 2005

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CUNHA, J. Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e FiveShot para identificação de consumo excessivo de álcool. Located at: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul, 2002

DEJOURS, Christophe. **A banalização da in-justiça social**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DUARTE, P. C. A. V.; STEMPLIUK, V. de A.; BARROSO, L. P. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília: SENAD, 2009.

FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad Saúde Pública*, v. 18, n. 5, p. 1229-1241, 2002

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev Saúde Públ**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FLECK, A. P. M.; CHACHAMOVISCH, E.; TRENTINI, M. C. Projeto WHOQOL-old: métodos e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saúde Públ.**, v. 37, n. 6, p.793-799. 2003.

FONSECA, J. S.; MARTINS, G. A. **Curso de Estatística**. São Paulo: Atlas, 2006.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 26, suppl. 1, 2004.

GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, v. 272, n.8, p.619-26, 1994.

GOMES, A. R.; CRUZ, J. A experiência de stress e burnout em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. **Psiquiabros**, v. 9, n. 2, p.193 – 212, 2004.

HEIM, E. Stressors in health occupations: do females have a greater health risk? **Z Psychosom Med Psychoanal**, v. 38, n. 3, p. 207 – 226, 1992.

HERNANDEZ, J. R. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. **Rev Cub Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 103-110, 2003.

IBGE. **Atlas do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

LARANJEIRAS, R. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - 2012**. São Paulo: UNIFESP. 2014.

LE GUILLANT, L. **Escritos de Louis de Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho**. Tradução: Guilherme Teixeira. Petrópolis: Vozes, 2006.

LIMA, M. E. A. (org.). **Álcool e trabalho: revisitando conceitos à luz de novas descobertas**. Curitiba: Juruá, 2015.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 1996.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LINCH, G.F.C; GUIDO, L.A; UMANN, J. Estresse e profissionais da saúde: produção do conhecimento no centro de ensino e pesquisas em enfermagem. Santa Maria. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 542-547. 2010.

MANSUR, J. **O que é alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. do C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, 2010.

McINTYRE, T. M., McINTYRE, S., SILVÉRIO, J. – **Estudo aprofundado da satisfação profissional, stress e recursos de coping dos profissionais dos serviços de saúde na região norte – centros de saúde**. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, 2001.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.431-458.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORENO, F. N. et al. Estratégias e Intervenções no Enfrentamento da Síndrome de Burnout. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, p. 140-145, 2010.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária em Porto Alegre**: uma análise agregada. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Global sobre Álcool e Saúde – 2014.** OMS: Luxemburgo, 2014.

PARAGUAY, A. I. B. Estresse, Conteúdo e Organização do Trabalho: Contribuições da Ergonomia para melhoria das condições de trabalho. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 70, p. 40-43, 1990.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estud Psicol**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

RODRIGUES, M. V. C. Qualidade de Vida no Trabalho. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** 6ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SELIGMAN SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado.** Rio de Janeiro: Cortez, 1994, 322 p.

SELYE, H. Stress, a tensão da vida. São Paulo: **Ibrasa**; Difusão Cultural, 1959.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designis. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 502-507, 2007.

SPECTOR, E. P. **Psicologia nas organizações.** 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

VAISSMAN, M. **Alcoolismo no Trabalho.** Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond, 2004.

VILELA, F. Alcoolismo é a principal causa de afastamento do trabalho por uso de drogas. **Agência Brasil.** Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-02/alcoolismo-e-o-principal-motivo-de-pedidos-de-auxilio-doenca-por-uso-de-drogas>>. Acesso em: 11 fev 2017.

APÊNDICE

Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Impactos do abuso e dependência de álcool no trabalho e na qualidade de vida dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Profª Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo e Maria Aparecida Carlos.

Nesta pesquisa nós estamos buscando identificar a prevalência do abuso e dependência do álcool e seus impactos no trabalho e na qualidade de vida entre os trabalhadores da área da saúde, inseridos na Estratégia Saúde da Família, dos setores urbano e rural, do município de Uberlândia-MG, em busca de ações de promoção da saúde e prevenção deste agravo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelos pesquisadores supracitados antes da aplicação dos questionários e a entrevista deverá ser realizada de preferência em local que se possa ter um mínimo de privacidade e de interferências do ambiente para que não se comprometa a sua concentração e participação na entrevista.

Na sua participação você responderá a questionários objetivando a caracterização demográfica, socioeconômica, bem como a prevalência, abuso e intensidade do uso de álcool, a qualidade de vida e o grau de estresse no trabalho. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem apenas na possibilidade de sua identificação, porém todos os cuidados serão observados para que isso não ocorra. Enfatizamos que serão tomadas providencias necessárias para garantir a não utilização das informações em prejuízo das pessoas.

Com relação aos benefícios, esta pesquisa contribuirá para a proposição de estratégias de cuidado para reduzir os fatores de riscos relacionados ao trabalho que influenciam no uso abusivo de álcool, intensificando reflexões sobre a reorganização dos processos de trabalho nas Equipes de Saúde da Família. Por meio deste estudo será possível também pensar em meios de promover, acompanhar e reabilitar profissionais comprometidos pelo uso abusivo de álcool. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a Universidade Federal de Uberlândia na Avenida Pará, 1720 – Umuarama - Uberlândia - MG, 38405-320, bloco 2H, sala 15 – Campos Umuarama – Tel. (34) 3225-8631. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239-4131.

Pesquisador Responsável: Liliane Parreira Tannus Gontijo - Telefone: (34) 3218-2344

Pesquisador Executante: Maria Aparecida Carlos - Telefone: (34) 3253-5428

Uberlândia, dede 20.....

Assinatura dos pesquisadores

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

ANEXOS

Anexo 1: Perfil Socioprofissional e Econômico

1. Estado Civil

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 () solteiro (a) | 6 () viúvo (a) com companheiro (a) |
| 2 () casado (a) | 7 () união estável/vive junto |
| 3 () divorciado (a) | 8 () separado (a) |
| 4 () divorciado (a) com companheiro | 9 () prefiro não declarar |
| 5 () viúvo (a) | |

2. Sexo

- 1 () Feminino 2 () Masculino

3. Faixa Etária

- 1 () 18 a 30 anos 2 () 31 anos a 40 anos 3 () 41 anos a 60 anos 4 () mais de 61 anos

4 Com quem você mora atualmente?

- | | |
|---|---|
| 1 () Sozinho(a). | 6 () Com meu (s) filho (s) |
| 2 () Com amigos/ colegas. | 7 () Prefiro não declarar |
| 3 () Com meus pais (mãe e pai/ mãe ou pai) | 8 () Com esposa/marido/companheiro(a) sem filhos |
| 4 () Com meus pais e/ou outros familiares | 9 () Outros: _____. |
| 5 () Com esposa/marido/companheiro(a) e filho(s) | |

5. Como você descreve sua família atualmente?

- 1 () Família nuclear – pai, mãe e filhos do casal.
 2 () Família monoparental'ou uniparental – mãe (ou pai). Quando o ônus da criação do filho é apenas da mulher ou do marido.
 3 () Família recasada – Pai e/ou mãe vivendo uma nova união + filhos da união atual e/ou da união anterior.
 4 () Família não convencional – Família nuclear + parentes diretos de ambos os lados (ex: avô, avó...)
 5 () Família homoafetiva – Casais do mesmo sexo + filhos.
 6 () Família de pais separados – Família dissolvida com guarda compartilhada dos filhos.
 7 () Família de filhos adotivos – Casal + filhos adotivos
 8 () Família sem filhos
 9 () Outros. Especifique _____.

6. Qual é a renda mensal de seu grupo familiar (considere a soma de renda de todos que moram em sua casa)? (Salário mínimo = R\$880,00)

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 () Até dois salários mínimos. | 4 () Mais de 10 salários mínimos. |
| 2 () De três a cinco salários mínimos. | 5 () Prefiro não declarar |
| 3 () De seis a 10 salários mínimos. | |

7. Em relação a religião/crenças, você diria que é:

- | | |
|---|--|
| 1 () Ateísta ² | 8 () Budista |
| 2 () Agnóstico ³ | 9 () Muçulmano |
| 3 () Acredito em Deus mas nãoigo nenhuma religião | 10 () Praticante de religião afro brasileira (umbanda, candomblé) |
| 4 () Católico | 11 () Judeu |
| 5 () Católico não praticante | 12 () Prefiro não declarar |
| 6 () Espírita kardecista | 13 () Tenho outra religião.
Qual? _____. |
| 7 () Protestante (evangélico, batista, mórmon, calvinista, luterano, testemunha de Jeová ou outro) | |

8. Gênero⁴ (sexo):

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 1 () Homem cisgênero ⁵ | 5 () Mulher cisgênero |
| 2 () Homem transgênero ⁶ | 6 () Mulher transgênero |
| 3 () Intersexual ⁷ | 7 () Androgino |
| 4 () Prefiro não declarar | |

9. Condição (ou orientação) sexual:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 () Assexual ⁹ | 4 () Heterossexual |
| 2 () Homossexual | 5 () Bissexual ¹¹ |
| 3 () Pansexual ¹⁰ | 6 () Prefiro não declarar |

10. Escolaridade:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| 1 () Ensino Fundamental | 2 () Ensino Médio | 3 () Ensino Superior | 4 () pós graduação concluído |
| 5 () Especialização concluída | 6 () Mestrado concluído | 7 () Doutorado concluído | |

11. Formação

11.1. Formação profissional (correspondente ao ensino escolar e/ou universitário, levando a um nível da formação que determinará qual profissão um indivíduo será capaz de exercer:

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 1 () Médico | 2 () Enfermeiro | 3 () Cirurgião-dentista |
| 4 () Assistente Social | 5 () Psicólogo | 6 () Nutricionista |
| 7 () Técnico de Enfermagem | 8 () Técnico de Saúde Bucal | 9 () Auxiliar de Saúde Bucal |

10 () Outros: Nível Escolaridade Superior/Técnico/Auxiliar: _____

11.2. Formação para aprendizagem (consiste na alternância entre períodos de teoria e períodos de práticas em uma organização para exercer determinada função)

- | | |
|---|---------------------------------|
| 11 () Oficial/Auxiliar/Assistente/Apoio Administrativo | 12 () Segurança Patrimonial |
| 13 () Auxiliar de Serviços Gerais | 14 () Agente Comunitário Saúde |
| 15 () Outros _____ | |

12. Cargo que exerce atualmente: _____.

13. Tempo de trabalho no exercício na ESF:

- 1 () < 1 ano 2 () 1 a 5 anos 3 () 5 a 10 anos 4 () >10 anos

14. Número de vínculos empregatícios:

- 1 () um 2 () dois 3 () três 4 () mais de quatro

15. Vínculo empregatício:

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------|-------------------------|
| 1 () Fundasus | 2 () Missão Sal da Terra | 3 () Estatutário | 4 () Fundação Maçônica |
| 5 () Outros: especifique _____ | | | |

16. Trabalho autônomo, independente ou próprio

- 1 () sim 2 () não 3 especifique:

¹Família monoparental ocorre quando apenas um dos pais de uma criança arca com as responsabilidades de criar o filho ou os filhos. Tal fenômeno ocorre, por exemplo, quando o pai não reconhece o filho e abandona a mãe, quando um dos pais morrem ou quando os pais dissolvem a família pela separação ou divórcio. Normalmente, depois da separação do casal, os filhos ficam sob os cuidados da mãe, e mais raramente, do pai.

²Ateísmo é a condição daqueles que não acreditam em Deus. O ateu, por conseguinte, é uma pessoa que não crê em nenhuma divindade ou entidade sobrenatural. Pode-se dizer que o ateísmo é o contrário/oposto de teísmo, que é a doutrina daqueles que defendem a existência de uma ou mais divindades.³ Os agnósticos são seguidores da doutrina denominada "agnosticismo" que considera inútil discutir temas metafísicos, pois são realidades não atingíveis através do conhecimento. Para os agnósticos, a razão humana não possui capacidade de fundamentar racionalmente a existência de Deus.

³Um agnóstico pode ser teísta ou ateísta.

⁴Gênero é um termo para várias referências. Gênero pode significar principalmente a diferença entre os homens e as mulheres. Pode ser usado como sinônimo de sexo e também na referência as diferenças sociais.

⁵Cisgênero ou cissexual são termos utilizados para se referir às pessoas cujo gênero é o mesmo que o designado em seu nascimento. Isto é, configura uma concordância entre a identidade de gênero e o sexo biológico de um indivíduo e o seu comportamento ou papel considerado socialmente aceito para esse sexo. A origem da palavra vem do Latim,

onde o prefixo *cis*- significa "ao lado de" ou "no mesmo lado de", fazendo alusão à identificação, à concordância da identidade de gênero da pessoa com sua configuração genital e hormonal.

⁶Transgênero é um conceito abrangente que engloba grupos diversificados de pessoas que têm em comum a não identificação com comportamentos e/ou papéis esperados do sexo biológico, determinado no seu nascimento. Esses grupos não são homogêneos dado que a não identificação com o gênero de nascimento se dá em graus diferenciados e refletem realidades diferentes. O prefixo *trans* significa "além de", "através de".

⁷ Intersexualidade, em seres humanos, é qualquer variação de caracteres sexuais incluindo cromossomos, gônadas e/ou órgãos genitais que dificultam a identificação de um indivíduo como totalmente feminino ou masculino. Essa variação pode envolver ambiguidade genital, combinações de fatores genéticos e aparência e variações cromossômicas sexuais diferentes de XX para mulheres e XY para homens. Pode incluir outras características de dimorfismo sexual como aspecto da face, voz, membros, pelos e formato de partes do corpo.

⁸ Androgino é um adjetivo que se refere ao que apresenta simultaneamente características do sexo masculino e feminino. É o mesmo que "hermafrodita", que é o animal ou vegetal que reúne em si os caracteres dos dois sexos.

⁹Assexualidade é uma orientação sexual caracterizada pela indiferença à prática sexual.

¹⁰ A pansexualidade é caracterizada pela atração sexual, romântica e/ou emocional independentemente da identidade de gênero do outro. Inclui, portanto, pessoas que não se encaixam na binariedade de gênero homem/mulher.

¹¹ A bissexualidade consiste na atração afetiva (seja ela sexual, romântica ou emocional) por pessoas de ambos os sexos (feminino, masculino), independentemente do gênero a que correspondem.

Anexo 2: Escala de Estresse no Trabalho

Abaixo estão listadas várias situações que podem ocorrer no dia a dia de seu trabalho. Leia com atenção cada afirmativa e utilize a escala apresentada a seguir para dar sua opinião sobre cada uma delas.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

Para cada item, marque o número que melhor corresponde à sua resposta.

- Ao marcar o número 1 você indica discordar totalmente da afirmativa
- Assinalando o número 5 você indica concordar totalmente com a afirmativa
- Observe que quanto **menor** o número, mais você **discorda** da afirmativa e quanto maior o numero, mais você **concorda** com a afirmativa

1	A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	1	2	3	4	5
2	O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita	1	2	3	4	5
3	A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante	1	2	3	4	5
4	Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho	1	2	3	4	5
5	Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais	1	2	3	4	5
6	Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho	1	2	3	4	5
7	A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado	1	2	3	4	5
8	Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho	1	2	3	4	5
9	Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade	1	2	3	4	5
10	Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas	1	2	3	4	5
11	Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	1	2	3	4	5
12	Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
13	Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional	1	2	3	4	5
14	Fico de mau humor por me sentir isolado na organização	1	2	3	4	5
15	Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores	1	2	3	4	5
16	As poucas perspectivas de crescimento na carreira tem me deixado angustiado	1	2	3	4	5
17	Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade	1	2	3	4	5
18	A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor	1	2	3	4	5
19	A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação	1	2	3	4	5
20	Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias	1	2	3	4	5
21	Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas	1	2	3	4	5
22	O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso	1	2	3	4	5
23	Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes	1	2	3	4	5

Anexo 3: Autorização para utilização do questionário Escala Estresse no Trabalho

Date: Tue, 15 Sep 2015 16:45:06 +0000

From: tatipas@yahoo.com

To: mariaaparecida-carlos@hotmail.com

Subject: Re: Autorização

Bom dia, Maria Aparecida.

Pode utilizar o questionário, sem problemas. Seguem os itens e alguma orientações gerais.

Att,

Tatiane Paschoal

Universidade de Brasília

Professora Adjunta do Departamento de Administração

From: Maria Aparecida Carlos <mariaaparecida-carlos@hotmail.com>

To: "tatipas@yahoo.com" <tatipas@yahoo.com>

Sent: Monday, September 14, 2015 6:14 PM

Subject: Autorização

Boa tarde,

Estou desenvolvendo um projeto de mestrado profissional na área de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Universidade Federal de Uberlândia, sob a orientação da Profª Drª Liliane Parreira Tannus. O tema do meu projeto de pesquisa é Impactos do uso e abuso de álcool na qualidade de vida dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. Será também avaliado o grau de estresse do trabalho na área da saúde, para tal, solicito a autorização para utilização do questionário EET de acordo com a versão de 2004.

Desde já agradeço.

Atenciosamente,

Maria Aparecida Carlos

Anexo 4: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Orientação: Escreva o número que melhor corresponde à sua situação no quadrado ao lado da questão.

<p>1. Com que freqüência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca (vá para as questões 9-10) (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) <u>4 ou mais</u> vezes por semana</p>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todas ou quase todas as dias</p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) <u>7 ou 8</u> (4) 9 ou mais</p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu enojado ou com raiva depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>3. Com que freqüência você consome cinco ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todas ou quase todas os dias Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 6 a 10</p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todas ou quase todas os dias</p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguia parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>9. Você já causou problemas ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todas ou quase todas os dias</p>	<p>10. Alguém parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p>
Respostas: <input type="text"/>	

Equivalentes de dose padrão
Para Consulta:

CERVEJA	1 copo (de chope – 350ml) Ou 1 lata = 1 DOSE 1 grande = 2 DOSES	CACHAÇA, VODCA, UISQUE OU CERVEJA	Meio copo americano (80ml) = 1,5 DOSES Ou 1 grande = mais de 20 DOSES
VINHO	1 Copo comum (250ml) = 2 DOSES Ou 1 grande = 3 DOSES	Uísque, rum, licor etc.	1 copo da garrafa (250ml) = 1 DOSE

Classificação do nível de uso de Álcool de acordo com o AUDIT
Para Consulta:

Escores	Níveis de Risco	Intervenção
0-7	Zona I Pessoas que se localizam na zona I, geralmente fazem uso de baixo risco de álcool ou são <u>abstêmicas</u> . De uma forma geral, são pessoas que bebem menos que duas doses-padrão em <u>uma única ocasião</u> .	Prevenção Primária A Intervenção adequada nesse nível é a Educação em Saúde, para a manutenção do uso atual de álcool.
8-15	Zona II Pessoas localizadas nessa zona não chegam ao nível de riscos da risco. Ou seja, são pessoas que fazem um uso acima de 2 doses-padrão todos os dias ou mais de 5 doses-padrão numa única ocasião, porém não apresentam nenhum problema sério.	Orientação Básica A Intervenção adequada nesse nível é a orientação básica sobre o uso de baixo risco e sobre os possíveis riscos orgânicos, psicológicos ou sociais, que o usuário pode apresentar, se manter nesse padrão de uso.
8-19	Zona III Nessa zona de risco, estão os usuários com padrão de uso ruivo. Ou seja, são pessoas que consomem álcool em quantidade e freqüência acima da média de baixo risco e já apresentam problemas decorrentes do uso de álcool. Por outro lado, são pessoas que não apresentam sintomas de dependência.	Intervenção breve e motivante
20-40	Zona IV Pessoas que se encontram nesse nível apresentam grande chance de ter um diagnóstico de dependência.	Nesse caso, é preciso fazer uma avaliação mais detalhada e, se confirmado o diagnóstico q. deve-se melhorar a usuária a prover acomodamento especializado para acompanhamento de caso.

Anexo 5: Qualidade de vida, versão abreviada "WHOQOL-bref".

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
	1	2	3	4	5

2. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

		nada	muito pouco	mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente p/ satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

Continue verso

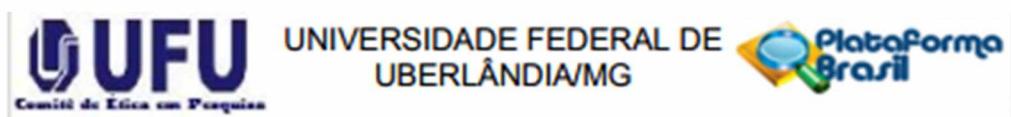
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15. Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

		Nunca	Algumas vezes	Vezes frequente	Muito frequente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 6: Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: Impactos do Abuso e Dependência de Álcool no Trabalho e na Qualidade de Vida dos Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: Liliane Parreira Tannús Gontijo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50469015.3.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Geografia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.373.073

Apresentação do Projeto:

Segundo apresenta o protocolo:

"O presente estudo tem como objetivo identificar a prevalência do abuso e dependência de álcool e seus impactos no trabalho e na qualidade de vida, bem como o grau de estresse entre os trabalhadores de saúde inseridos nas equipes de saúde da família, no âmbito urbano e rural, de um município de grande porte. Refere-se a um estudo epidemiológico, de recorte transversal do tipo descritivo e analítico. A coleta de dados utiliza quatro questionários estruturados e validados, objetivando a caracterização demográfica e socioeconómica, a prevalência, abuso e intensidade do uso de álcool, a qualidade de vida e o grau de estresse no trabalho, juntos aos trabalhadores de saúde da família."

*Hipótese:

Considerando que a hipótese de pesquisa deve ser verificável, comprovável ou negável, este estudo comporta três hipóteses gerais, sendo elas: (1) A especificidade e grau de estresse do trabalho de algumas categorias, em especial nesse estudo os técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e vigilantes, os quais estão sujeitos a maiores adversidades econômicas e sociais, podem constituir-se em fatores influenciadores de alta

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.405-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Páginas: 1.373.073

prevalência do uso e abuso de álcool por esses profissionais.(2) A insegurança em relação ao trabalho e vínculos empregatícios precários, presentes em tempos de crise, em adição a ritmo estressante de atividades, sentimento de desqualificação frente às exigências do posto de trabalho, aspirações frustradas, conflito de valores e problemas de relacionamento são outros elementos considerados gatilhos para aumento do consumo de álcool e prejuízos na qualidade de vida.(3) A qualidade de vida do trabalhador da atenção primária em saúde sofre influência marcante, quando ocorre uso abusivo e dependência do álcool na modalidade "beber pesado episódico", também denominado "beber em binge".¹ O uso pesado episódico ou beber em binge pode ser definido como o consumo de cinco ou mais drinques de bebida alcoólica em uma única ocasião para homens e de quatro ou mais drinques para mulheres. Um drinque é o equivalente a uma lata de cerveja (350 mililitros) ou a uma taça de vinho (150 ml) ou a uma dose de destilado (50 ml). Causa outros tipos de problemas não menos importantes: sexo desprotegido e todas as suas consequências, como gravidez indesejada e doença sexualmente transmissível; violência de todos os tipos (brigas em bares, homicídio, violência doméstica, acidente de trânsito, crise hipertensiva ou descontrole de diabetes ou doenças crônicas), entre outros (SILVA, 2014).²

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa possui como objetivo: "Identificar a prevalência do abuso e dependência de álcool e seus impactos no trabalho e na qualidade de vida entre os trabalhadores da área da saúde, inseridos na Estratégia Saúde da Família, dos setores urbano e rural, do município de Uberlândia-MG, em busca de ações de promoção da saúde e prevenção deste agravo" Ponto alto do estudo: aspectos metodológicos detalhados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos:

Não existe uma pesquisa sem riscos, verifica-se que nesta pesquisa o cuidado se refere a preservar o sigilo e a identificação do sujeito de pesquisa, conforme estabelece a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde CNS. Assim, a equipe de pesquisadores se compromete com o sigilo absoluto da identidade dos sujeitos. No desenvolvimento dessa pesquisa são apontados prováveis riscos aos sujeitos envolvidos, como: sentimento de invasão de privacidade e ou constrangimento no ato da realização da entrevista, receio/desconforto em expor aspectos da vida individual, além da possibilidade de divulgação de informações. Pretende-se, no entanto, eliminar ao máximo tais riscos ao facultar aos entrevistados a livre opção de participar ou não da pesquisa, e esses riscos ainda serão minimizados considerando que no instrumento de coleta de

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica	
Bairro: Santa Mônica	CEP: 38.408-144
UF: MG	Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131	Fax: (34)3239-4335
	E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Pesoar: 1.373.073

dados os sujeitos não serão identificados, sua identidade terá sigilo absoluto sendo que os dados serão apresentados no seu conjunto.

Benefícios:

- Permite a proposição de estratégias de cuidados para reduzir os fatores de riscos relacionados ao trabalho que influenciam no uso abusivo de álcool e também demonstrar a complexidade e particularidade em que estes trabalhadores estão expostos quer seja mental ou fisicamente.
- Intensificar reflexões sobre a reorganização dos processos de trabalho nas ESF local, o que de certa forma terá efeitos positivos aos usuários dos serviços de saúde compreendendo uma assistência assegurada de danos e riscos eventuais.
- Sistematizar informações para tomada de decisões em saúde referente aos impactos no trabalho e na qualidade de vida em uma parcela considerável de trabalhadores da saúde e de se pensar em meios de promover a saúde, acompanhar e reabilitar os profissionais comprometidos pelo uso abusivo de álcool.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em relação ao conteúdo do projeto é possível afirmar que ele está bem fundamentado, discute a questão que orienta a pesquisa retratando os temas a ela relacionado de forma a orientar adequadamente o leitor. Por se tratar de um estudo a ser desenvolvido em um curso de mestrado profissional, então, ser faz necessário que a proposta guarde contribuições de ordem prática para a organização parceira e isto se confirma no presente estudo. Assim, além da discussão e relevância do ponto de vista das contribuições teóricas, o estudo também é importante sob ponto de vista prático pois pretende diagnosticar e até propor soluções a uma questão que transita pelo cotidiano organizacional. Em relação a forma é necessário ampliar o arcabouço teórico e estabelecer uma conexão entre as citações e as referencias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE e os outros termos de obrigatórios.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.373.073

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: novembro de 2016.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica	CEP: 38.408-144
Bairro: Santa Mônica	
UF: MG	Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131	Fax: (34)3239-4335
	E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.373.073

projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_605513.pdf	22/10/2015 18:00:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	22/10/2015 17:58:47	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PARA_QUESTIONARIO_EET.pdf	16/10/2015 12:38:46	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MARIA_APARECIDA_CARLOS_PROJECTO_DE_PESQUISA.pdf	16/10/2015 12:38:07	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	16/10/2015 12:31:44	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Outros	Links_curriculo_lattes.pdf	15/10/2015 10:19:43	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EQUIPE_EXECUTORA.pdf	12/10/2015 20:48:36	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INSTITUICAO_CO_PARTICIPANTE.pdf	12/10/2015 20:46:56	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Outros	QUESTIONARIO4.pdf	12/10/2015 20:10:43	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Outros	QUESTIONARIO3.pdf	12/10/2015 20:10:19	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Outros	QUESTIONARIO2.pdf	12/10/2015 20:09:59	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Outros	QUESTIONARIO1.pdf	12/10/2015 20:08:44	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Orçamento	RECURSOS_FINANCIEROS.pdf	09/10/2015 12:29:20	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/10/2015 12:28:54	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Processo: 1.373.073

Não

UBERLÂNDIA, 17 de Dezembro de 2015

Assinado por:

Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "IA", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

Digitado: M. A. M.

Anexo 7: Comprovante de Submissão Revista Ciência e Saúde Coletiva**Submission Confirmation**[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2017-0604

Title
ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA ENTRE TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Authors
Carlos, Maria

Date Submitted
12-Mar-2017

Author Dashboard

Anexo 8: Comprovante de Submissão Revista Physis

Submission Confirmation



Thank you for your submission

Submitted to
Physis Revista de Saúde Coletiva

Manuscript ID
PHYSIS-2017-0063

CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE OS TRABALHADORES DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Authors
Carlos, Maria
Gontijo, Liliane
Herval, Álex

Date Submitted
14-Mar-2017

Author Dashboard