



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Instituto de Geografia
Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental
e Saúde do Trabalhador**



MAYRINÊS APARECIDA DA SILVA RODRIGUES

**AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: uma análise entre técnicos
administrativos da odontologia em Uberlândia/MG**

UBERLÂNDIA

MAIO/2017

MAYRINÊS APARECIDA DA SILVA RODRIGUES

**AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: uma análise entre técnicos
administrativos da odontologia em Uberlândia/MG**

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) como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Marlene T. de Muno Colesanti

UBERLÂNDIA

MAIO/2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

R696d
2017

Rodrigues, Mayrines Aparecida da Silva, 1964-
As doenças crônicas não transmissíveis: uma análise entre técnicos
administrativos da odontologia em Uberlândia/MG / Mayrines Aparecida
da Silva Rodrigues. - 2017.
88 f. : il.

Orientadora: Marlene Teresinha De Muno Colesanti.
Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.
Inclui bibliografia.

1. Geografia médica - Teses. 2. Saúde e trabalho - Teses. 3. Fatores
de risco - Teses. 4. Promoção da saúde - Uberlândia (MG) - Teses. I.
Colesanti, Marlene Teresinha De Muno. II. Universidade Federal de
Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde
do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

MAYRINÊS APARECIDA DA SILVA RODRIGUES

AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: uma análise entre técnicos administrativos da odontologia em Uberlândia/MG

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marlene Teresinha de Muno Colesanti (Orientadora)

Universidade Federal de Uberlândia- Instituto/Departamento de Geografia

Profa. Dra. Gerusa Gonçalves Moura (Membro)

Universidade Federal de Uberlândia – Instituto/Departamento de Geografia

Profa.Dra. Lucia Aparecida Ferreira (Membro)

Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Centro em Graduação em Enfermagem

A todos que se dedicam à Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

AGRADECIMENTOS

Uma dissertação de mestrado é um processo realizado com a colaboração de várias pessoas e foram muitas as que contribuíram para que eu desse início e persistisse nessa caminhada. Dentre elas, agradeço humildemente:

A Deus, pela minha vida, pela minha família, pelas oportunidades que tenho tido.

À minha orientadora, por me acompanhar nessa trajetória e por acreditar que eu poderia dar conta deste projeto.

À Professora Dra. Rosimár por sua participação nas Bancas de Análise de Projeto e de Qualificação. Pela sua disponibilidade, atenção, avaliação, leitura, questionamentos e correções.

À Professora Gerusa por aceitar meu convite para compor as Bancas Examinadoras de Qualificação e Dissertação de Mestrado, e sua valiosa contribuição, questionamentos, posicionamentos.

À Professora Rosana Ono pela sua importante contribuição na elaboração do meu Projeto de Pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho da Odontologia pela solidariedade e cooperação durante este projeto do qual os trabalhadores/as foram objeto de estudo.

Aos meus colegas de curso de Mestrado que muito contribuíram na minha formação. Em especial à Sílvia que acreditou muito na criação e sucesso do curso. Amei estar com vocês, nos muitos estudos e discussões enriquecedoras realizadas em grupo.

Aos meus pais Sebastião e Alvina que não estão mais presente neste mundo, mas que sempre me incentivaram a estudar. Quase tudo que sou, aprendi com eles.

Ao meu marido Luismar e os filhos Leriane e Vitor por partilharem comigo cada passo conquistado.

RESUMO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) vêm causando impactos significativos no sistema de saúde brasileiro, elevando significadamente os gastos em função do absenteísmo no trabalho, aposentadorias precoces e morte da população economicamente ativa. As causas estão relacionadas com o estilo vida escolhido pelos sujeitos de subsistir, trabalhar e morrer, mas que podem ser evitadas por meio de ações preventivas. Assim, este estudo descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, foi realizado entre os Técnicos Administrativos da Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Teve como objetivo identificar as DCNTs que acometem os trabalhadores/as e de forma específica identificar o perfil de risco para o desenvolvimento dessas doenças, avaliar o conhecimento dos desses sujeitos quanto à sua saúde, a presença de doenças e a participação em atividades ou programas de promoção à saúde. Foram utilizados como referência os últimos resultados das pesquisas do Ministério da Saúde e estudos de autores tais como Lacaz, Rouquayrol, Mendes e outros que estudam as DCNTs, Saúde do Trabalhador e o processo saúde-doença no trabalho. A amostra foi composta por 98 trabalhadores/as de duas unidades da UFU. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário composto por questões semiestruturadas, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, destes 72,22% eram do gênero feminino e 27,78% do gênero masculino. A faixa etária predominante foi de 50 a 59 anos para ambos os gêneros. O nível de instrução predominante foi o superior completo. Os cargos com maior número de funcionários/as foram o de assistente administrativo, auxiliar de enfermagem, cirurgiões dentistas e secretárias. Quanto ao estado de saúde 55,55% consideraram bom, 42,22% ótimo e 2,22% ruim. Foi identificado que 47,69% dos trabalhadores/as são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e, em 10% destes apresentam pelo menos mais uma doença crônica associada como a tendinite, asma, artrose e glaucoma. Em relação ao estilo de vida 84,44% não são fumantes e 5,56% são fumantes e consomem até 25 cigarros por dia, 48,89% dos dois gêneros consomem bebida alcoólica, 54% consomem pouco sal, quanto ao consumo de frutas, verduras e legumes 86,67% têm o hábito de consumir e ainda, 58,89% praticam atividade física. Quanto aos processos de trabalho, 64% não se sentem cansados após o trabalho e 56% não se sentem irritados durante o trabalho. Os trabalhadores/as das unidades onde ocorreu a pesquisa conhecem os riscos de saúde, entretanto, não participam de programas preventivos de promoção da saúde oferecidos pela instituição, estando, dessa forma, expostos aos fatores de risco para o desenvolvimento de DCNTs, já que são doenças de desenvolvimento lento e gradual ao longo da vida. Enfim, o estudo serve como fonte de pesquisas para direcionar novos caminhos a percorrer na promoção da saúde e prevenção dos agravos das DCNTs. Espera-se, ainda, que ações e intervenções sejam direcionadas não só aos servidores/as das unidades estudadas, mas a todos da instituição.

Palavras-chave: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Saúde do Trabalhador. Fatores de risco.

ABSTRACT

Chronic Noncommunicable Diseases (CNCDs) have been causing significant impacts on the Brazilian health system, increasing expenses in the Brazilian health system due to absenteeism at work, early retirements and death of the economically active population. The causes are related to the lifestyle chosen by the subjects to live, work and die, and can be avoided through preventive actions. Thus, this descriptive study, with a qualitative and quantitative approach, was carried out among Administrative Technicians of Dentistry of the Federal University of Uberlândia (UFU). It aimed to identify the CNCDs that affect the workers and specifically to identify the risk profile for the development of these diseases, to evaluate workers' knowledge about their health and the presence of diseases, and to participate in health promotion activities or programs. The last results of the studies of the Ministry of Health and study of authors such as Lacaz, Rouquayrol, Mendes and others on CNCD, Worker's Health and the health-illness process at work were used as reference. The sample consisted of 98 workers from two UFU units. The instrument used to collect data was a questionnaire composed of semi structured questions, respecting the inclusion and exclusion criteria, of which 72.22% were female and 27.78% were male. The predominant age range was 50-59 years for both genders. The predominant level of education was the complete upper level. The positions with the largest number of workers were administrative assistant, nursing assistant, dental surgeons and secretaries. Regarding health status 55.55% considered good, 42.22% optimum and 2.22% bad. It was identified that 47.69% of workers have Systemic Arterial Hypertension and in 10% of them they have at least one more associated chronic disease such as tendonitis, asthma, arthrosis and glaucoma. Regarding lifestyle, 84.44% are non-smokers and 5.56% are smokers and consume up to 25 cigarettes per day, 48.89% of both genders consume alcoholic beverages, 54% consume little salt, and consumption of fruits, Vegetables and vegetables 86.67% have a habit of consuming and still, 58.89% practice physical activity. Regarding work processes, 64% do not feel tired after work and 56% do not feel irritated during work. The workers of the units where the research took place know the health risks, but do not participate in preventive health promotion programs offered by the institution, being thus exposed to the risk factors for the development of CNCDs, since they are diseases of slow development and Lifelong learning. Finally, the study serves as a source of research to guide new paths to travel in the promotion of health and prevention of diseases of CNCDs. It is also hoped that actions and interventions will be directed not only to the workers of the units studied, but to all the workers of the institution.

Keywords: Chronic Non Communicable Diseases. Worker's health. Risk factors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Uberlândia (MG): características sociodemográficas, 2016.....	50
Tabela 2	Uberlândia (MG): Funções exercidas pelos participantes da pesquisa, 2016.....	51
Tabela 3	Uberlândia (MG): Presença de DCNTs de acordo com sua autoavaliação do estado de saúde dos participantes da pesquisa, 2016.....	54
Tabela 4	Uberlândia (MG): Distribuição de acordo com a presença ou não de doenças crônicas entre os participantes da pesquisa, 2016.....	55
Tabela 5	Uberlândia (MG): Presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis entre os participantes da pesquisa, 2016.....	55
Tabela 6	Uberlândia (MG): Características dos hipertensos de acordo com a etnia, a faixa etária, tempo de diagnóstico de HAS, 2016.....	57
Tabela 7	Uberlândia (MG): O conhecimento sobre a hipertensão entre os participantes da pesquisa, 2016.....	59
Tabela 8	Uberlândia (MG): O uso de medicamentos para o controle de hipertensão entre os participantes da pesquisa, 2016.....	60
Tabela 9	Uberlândia (MG): A presença de valores indesejáveis para indicadores nutricionais entre os participantes da pesquisa, 2016.....	60
Tabela 10	Uberlândia (MG): Distribuição de frequências e porcentagens dos fumantes ativos, ex-fumantes e fumantes passivos entre os participantes da pesquisa, 2016.....	64
Tabela 11	Uberlândia (MG): O consumo nocivo de álcool entre os participantes da pesquisa, 2016.....	65
Tabela 12	Uberlândia (MG): Distribuição de frequências e porcentagens da ingestão diária de sal entre os participantes da pesquisa, 2016.....	67

Tabela 13	Uberlândia (MG): Distribuição de frequências e porcentagens do consumo diário de frutas, verduras e legumes entre os participantes da pesquisa, 2016.....	68
Tabela 14	Uberlândia (MG): Distribuição de frequências e porcentagens da prática de atividades físicas entre os participantes da pesquisa, 2016.....	69
Tabela 15	Uberlândia (MG): Motivos referidos pelos participantes da pesquisa para não praticarem atividades físicas, 2016.....	70
Tabela 16	Uberlândia (MG): Distribuição das frequências e porcentagens das sensações físicas e emocionais durante e após o trabalho entre os participantes da pesquisa, 2016.....	71
Tabela 17	Uberlândia (MG): Participação dos Técnicos Administrativos em projetos de promoção da saúde, 2016.....	72
Tabela 18	Uberlândia (MG): Motivos dos participantes da pesquisa não participarem do Projeto de Saúde na Instituição, 2016.....	73
Tabela 19	Uberlândia (MG): Teste Qui-Quadrado para as associações de variáveis quanto à independência ou dependência para o desenvolvimento das DCNTS.....	74
Tabela 20	Uberlândia (MG): Teste exato de Fisher.....	75

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1	Uberlândia (MG): Autoavaliação do estado de saúde dos participantes da pesquisa, 2016.....	53
------------------	--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DO	Declaração de Óbito
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
FOUFU	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HO	Hospital Odontológico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	Federação Internacional de Diabetes
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
POF	Pesquisa do Orçamento Familiar
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PASS	Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
RJU	Regime Jurídico Único
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
ST	Saúde do Trabalhador
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIASS	Sistema de Atenção à Saúde do Servidor

SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informações sobre a Mortalidade
SIPEC	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
SISOSP	Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TAs	Técnicos Administrativos
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
VIGITEL	Vigilância por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO, SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS.....	23
1.1 Saúde e trabalho na contemporaneidade.....	23
1.2 Autoavaliação do estado de saúde.....	33
2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	36
2.1 Promoção de saúde e cuidado integral das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	45
3 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CENÁRIO DO HOSPITAL ODONTOLÓGICO E FACULDADE DE ODONTOLOGIA.....	49
3.1 Caracterizações Sócio demográficas dos Trabalhadores da Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.....	49
3.2 Autoavaliação do Estado de Saúde dos Trabalhadores.....	52
3.3 Estilo de Vida dos Trabalhadores da Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.....	63
3.4 Influências dos processos de trabalho na saúde dos trabalhadores...	71
3.5 Participações nos projetos institucionais para promoção da saúde...	72
3.6 Verificações das correlações entre as variáveis no Desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICE A – Questionário.....	86
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido TCLE.....	89

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um problema de saúde pública, pois são responsáveis por elevadas taxas de causas de morte no território brasileiro e também pelo aumento considerável da taxa de aposentadorias precoces. Além disso, afetam indivíduos de todos os perfis socioeconômicos, embora acometam de maneira mais intensa as camadas sociais de baixa renda, devido à exposição a diversos fatores determinantes do processo de adoecimento (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde Brasil (2013), as modificações econômicas, políticas, sociais e culturais geradas pelas sociedades humanas ao longo do tempo alteraram a maneira como os sujeitos organizam suas vidas, escolhem determinados modos de viver e repercutem diretamente na alteração dos padrões de adoecimento.

De uma forma geral, as modificações ocorridas nas sociedades proporcionaram mudanças no perfil das doenças na população em decorrência da transição epidemiológica, demográfica e nutricional, ou seja, ocorreram alterações do perfil de morbimortalidade, caracterizando-se pela diminuição das doenças infectocontagiosas e crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) diferindo entre as regiões de acordo com suas características socioeconômicas, diminuição da taxa de fecundidade e natalidade e aumento da expectativa de vida, resultando no aumento do número de idosos, constituindo um dos maiores desafios da saúde pública no momento (BRASIL, 2013).

Assim, respectivamente, outro fator que contribuiu para o aumento foi a transição nutricional decorrente das alterações do perfil nutricional e hábitos alimentares dos brasileiros, e no aumento do sedentarismo, levando ao aumento das prevalências de obesidade e sobrepeso em todas as faixas etárias da população (MALTA et al., 2013).

Segundo Daudat (2013), as doenças crônicas de maior impacto mundial quanto à morbidade e mortalidade são as do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Apresentam fatores de riscos em comum que são a inatividade física, o tabagismo, o consumo de

álcool e a alimentação não saudável. Somando-se a hipertensão arterial (responsável por 13% do total de mortes), sendo que este pequeno conjunto de fatores de riscos é responsável por 50% da mortalidade mundial. Segundo um novo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) dos 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNT, 16 milhões, ou seja, 42% eram prematuras e evitáveis.

Para a prevenção e o controle das DCNTs são necessárias ações de promoção da saúde com vistas a favorecer comportamentos e hábitos de vida mais saudáveis, bem como o monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de risco modificáveis, visando apoiar intervenções em saúde pública.

De acordo com Lacaz et al (2013), nas últimas décadas a sociedade brasileira vem procurando concretizar avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador (ST) que incluem ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. Entretanto, são grandes os obstáculos à consolidação de programas e ações que poderiam contribuir de forma mais efetiva para a melhoria dos indicadores nacionais, que colocam o país em situação crítica quando comparado com nações socialmente mais desenvolvidas.

Para monitorar os fatores de riscos relacionados às DCNTs, em 2006, o Ministério da Saúde implantou o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis). O resultado desta pesquisa colaborou na definição de metas para a redução das DCNTs e seus fatores de riscos na elaboração do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, proposto pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2012), englobando três eixos fundamentais – Vigilância, Informação e Monitoramento, Promoção da Saúde e Cuidado Integral.

É verdade que as ações de prevenção se valem de abordagens distintas do ponto de vista teórico e metodológico, com maior ou menor impacto sobre os determinantes dos agravos presentes nas situações de trabalho. O campo da Saúde do Trabalhador, como parte integrante da Saúde Coletiva, constitui-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional que apreende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde

Ainda que seja complexo relacionar os fatores de riscos com a incidência das DCNTs, não se pode esquecer que as mesmas estão relacionadas com os estilos de vida não saudáveis, de acordo com a Organização Mundial de Saúde. Entretanto, Buss (2007) ressalta que o desenvolvimento de doenças não está relacionado apenas aos comportamentos individuais, mas também com os determinantes sociais, como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Pode-se dizer que é fundamental entender que o desenvolvimento de ações preventivas, tomando por base os aspectos comportamentais e os demais determinantes sociais, são essenciais em se tratando da prevenção da saúde do trabalhador e trabalhadora, assim como da população em geral.

Desse modo, para gerenciar o processo saúde-doença foi implantada a vigilância, promoção à saúde e assistência à saúde retratando a nova realidade dos trabalhadores/as. Estudos em ambientes laborais acerca da saúde e segurança no trabalho têm ganhado importância nas organizações públicas, nas quais se busca melhorar as condições de vida dos servidores/as em suas instituições, pois com a criação de um banco de informações epidemiológicas é possível promover programas de promoção à saúde de forma personalizada (BRASIL, 2010).

Baseado nisto, esta pesquisadora, Graduada em Educação Física, especialista em Saúde Pública e servidora da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) no exercício de suas funções foi acometida por algumas inquietações relacionadas com o processo saúde-doença dos colegas de trabalho em que vários deles mencionaram usar constantemente medicamentos hipertensivos, a ocorrência de acidentes vasculares cerebrais com apresentação de sequelas, óbitos relacionados com DCNTs e afastamentos por diversos motivos.

Enfim, sentiu-se a necessidade de fazer algo, não só pelos colegas da unidade, mas empreender algumas proposições que pudessem contribuir para melhor qualidade de vida dos servidores da instituição. Neste contexto, ocorreu o processo seletivo para Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde

do Trabalhador e com ele a oportunidade de desenvolver uma pesquisa que pudesse colaborar por meio de uma análise científica dos dados coletados acerca das DCNTs e fornecer informações necessárias aos gestores das unidades promotoras de ações preventivas e de vigilância em saúde voltadas para os Técnicos administrativos estatutários da UFU e da Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia (FAEPU).

De posse dos resultados da pesquisa poderemos agregar informações, colaborar e sugerir novas ações integradas de promoção e assistência aos trabalhadores/as das unidades estudadas, assim como aos demais colaboradores da instituição.

Vale ressaltar que uma instituição pública, promotora de saúde e detentora do conhecimento científico, precisa incorporar ações de saúde eficazes para seus servidores. As ações podem empoderar os indivíduos sobre os benefícios de estilos de vidas saudáveis na redução de doenças crônicas.

Nesse sentido, o tema proposto mostra-se bastante relevante, uma vez por intermédio da coleta de dados e uma análise científica confiável poderemos colaborar com a promoção à saúde, à prevenção de doenças crônicas, tratamento e acompanhamento dos trabalhadores/as portadores de DCNTs, já diagnosticadas e, ainda, contribuir para a redução da mortalidade prematura, afastamentos e aposentadorias relacionados com essas enfermidades.

Neste estudo objetivou-se principalmente identificar as DCNTs que acometem os servidores e de forma específica analisar o perfil de risco para o desenvolvimento dessas doenças, avaliar o conhecimento dos trabalhadores/as quanto à sua saúde e presença de doenças e, a participação em atividades ou programas de promoção à saúde.

O perfil de risco considerado no instrumento de pesquisa foi a presença de hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grandes quantidades, o diabetes mellitus, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado de acordo com o gênero. E, ao final do estudo, a proposta é sugerir novas ações de atenção à saúde dos trabalhadores/as lotados nas unidades estudadas, podendo ser estendido aos demais servidores/as da instituição de ensino, pesquisa e extensão.

Para contemplar a análise do perfil de riscos para DCNTs entre os trabalhadores/as, esta proposta de trabalho científico visa responder às seguintes questões norteadoras: Os perfis de risco para o desenvolvimento de DCNTs têm influenciado no aparecimento de doenças crônicas entre os Técnicos Administrativos da Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia?

Para que sejam levantadas informações necessárias para responder às indagações acima citadas e sugerir novas ações de promoção à saúde dos trabalhadores/as, em um primeiro momento foi realizado um estudo substancial para o embasamento teórico por meio de artigos científicos, livros e teses que possuem contribuições sobre o assunto. Consideramos, ainda, de forma significativa, os estudos e análises realizadas pelo Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde e produções científicas dos últimos cinco anos que constituem grande contribuição para o tema em questão.

A abordagem da pesquisa foi caracterizada como Quali/Quantitativa, em que a obtenção de respostas foram precisas e sem interferência da pesquisadora e, por meio de dados que não foram traduzidos em números, ou seja, uma abordagem complementando a outra.

Assim, os cenários escolhidos para o estudo e coleta de dados foram a Faculdade de Odontologia (FOUFU) e o Hospital Odontológico (HO) da UFU, ambos envolvidos no processo de ensino, aprendizagem e pesquisa de aproximadamente 400 alunos de graduação e 80 alunos de pós-graduação (residência, mestrado, doutorado) e 172 colaboradores (professores e técnicos administrativos), atendendo em média 480 pacientes/dia, distribuídos nas diversas especialidades em 06 ambulatorios, 01 Pronto Socorro e 01 Centro Cirúrgico.

As duas unidades possuem atividades complementares que têm como competência planejar, coordenar, executar e avaliar as atividades de ensino, pesquisa e extensão na área de Odontologia; planejar a aplicação dos recursos orçamentários; administrarem os bens patrimoniais sob sua responsabilidade; coordenar e implementar sua política de recursos humanos, elaborar e aprovar sua proposta de Regimento Interno em consonância com o Estatuto e o Regimento Geral da Universidade Federal de Uberlândia (UFU, 2016).

A população alvo deste estudo foram servidores técnicos administrativos regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU) e técnicos administrativos (TA) regidos pela Consolidação das Leis Trabalhista (CLT), de várias funções e cargos como: auxiliares e assistentes administrativos, técnicos e auxiliares de laboratórios, cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal, enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem, secretárias, técnicos de manutenção de equipamentos, técnicos em prótese dentária, serviços gerais, entre outros, lotados no HO e FOUFU.

O Hospital Odontológico conta com 83 servidores, sendo 73 servidores/as ativos federais e 10 funcionários regidos pela CLT da FAEPU e 10 trabalhadores/as contratados pela empresa terceirizada ARQ para desenvolver o trabalho de higienização e limpeza da hospitalar do HO. O espaço do hospital é destinado ao desenvolvimento do atendimento clínico do estágio prático de alunos graduação e pós-graduação, requisito obrigatório para a formação acadêmica. A aprendizagem prática, sob a orientação dos professores universitários da Odontologia, está voltada à comunidade de Uberlândia e região, já que a odontologia é uma das unidades de referência da UFU na pactuação microrregional para o atendimento de média e alta complexidade.

A Faculdade de Odontologia conta com 15 servidores federais técnicos administrativos, 03 assistentes administrativos contratados pela empresa RCA, 05 trabalhadores contratados pela empresa terceirizada ARQ para desenvolver o trabalho de higienização e limpeza das áreas acadêmicas e administrativas da FOUFU e 56 professores com formação na área odontológica para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e fomentação de pesquisa em nível de graduação e pós-graduação (mestrado e doutorado), além do desenvolvimento de vários projetos de extensão e estágios nas dependências do HO ou fora do campus, *in loco*.

As duas unidades da UFU são compostas por 172 colaboradores, entretanto, a amostra foi composta por somente 98 sujeitos (excluindo professores e trabalhadores/as terceirizados), assim descritos: 88 servidores técnicos administrativos do HO e FOUFU, regidos pelo RJU e 10 trabalhadores/as da FAEPU, regidos pela CLT. O critério de inclusão foram os

trabalhadores que tinham disponibilidade para participar do estudo, que não entraram nos critérios de exclusão.

O critério de exclusão entre os participantes do estudo foram as funcionárias gestantes, professores, funcionários das empresas terceirizadas ARQ e RCA e servidores que não concordaram em participar da pesquisa. As gestantes entraram no critério pela possibilidade de apresentarem modificações fisiológicas específicas no período gestacional como alterações na pressão arterial, hormonais, emocionais. Os professores por exigirem um estudo específico (que já estava sendo feito por outra aluna do curso de mestrado) e os trabalhadores/as das empresas terceirizadas, pelo fato de terem um contrato de trabalho específico com esses funcionários, não sendo a UFU a responsável direta pela relação do desenvolvimento do processo saúde e doença.

Como instrumento para a coleta de dados e atingir os objetivos propostos foi aplicado um questionário (APÊNDICE A) aos trabalhadores/as das duas unidades participantes do estudo. Tendo em vista a inexistência de instrumentos validados para a avaliação de conhecimento sobre fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis, optou-se por utilizar um instrumento criado pelos pesquisadores. Houve a realização de um pré-teste do instrumento direcionado a 20 trabalhadores/as de funções diferentes e posteriormente foram realizados acertos avaliados como necessários.

O questionário permitiu coletar informações sobre variáveis demográficas e socioeconômicas referentes às características quanto a: idade, sexo, raça, escolaridade, peso e altura (autorreferidos pelos declarantes), bem como local de trabalho, função e autoavaliação da saúde. Também foram estudadas variáveis relacionadas com o estilo de vida como: tabagismo, etilismo, ingestão excessiva de sal, inatividade física, obesidade e alimentação não saudável.

A variável de acordo com Marconi e Lakatos (2011) é uma unidade de medida que avalia um conceito operacional que apresenta valores, aspectos e fatores, observável em um objeto de estudo e passível de mensuração.

As variáveis são classificadas em dependentes e independentes. A dependente é fator que aparece, desaparece ou varia de acordo com o que o

investigador faz com a variável independente, tirando-a ou modificando-a (MARCONI e LAKATOS, 2011).

Variável independente consiste nos fatores que podem ser manipulados pelo investigador para assegurar a relação do fator com o fenômeno observado, influencia, determina ou afeta outra variável. (MARCONI e LAKATOS, 2011).

Para identificar o perfil da população estudada destacamos como variáveis independentes de fatores de possíveis riscos de causar interferências nos índices mensuráveis, as de caracterização demográfica e ambientais. Consideramos também outros itens importantes em relação à saúde e fatores de riscos, que de acordo com os relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS), comprometem as condições crônicas de saúde como o tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e alcoolismos, todos relacionados com o estilo de vida.

No instrumento de pesquisa atribuímos também como variáveis independentes, as variáveis laborais, pois, é notória a influência do trabalho sobre as condições de saúde do servidor/trabalhador, assim como a relação existente entre trabalho e o processo saúde-doença. Para Carvalho (2010), o trabalho é desencadeante de sofrimento, dor, adoecimento e morte decorrentes da precarização das relações de trabalho. Assim, elegemos como variáveis laborais a caracterização e o histórico de trabalho do servidor como, por exemplo, função, cargo, local de trabalho e autoavaliação da saúde.

A coleta de dados foi realizada mediante a utilização de um questionário estruturado, fechado e autoaplicável com 46 questões sendo, 10 sociodemográficas, 13 sobre autopercepção de saúde, 18 relacionadas ao estilo de vida, 02 sobre estresse no trabalho e 3 sobre a prevenção e promoção da saúde. O instrumento foi aplicado de segunda a sexta-feira, nas manhãs e tardes, no HO e FOUFU nos meses de julho a setembro do ano de 2016, antes de iniciarem suas atividades em cada setor, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão.

Os dados foram descritos e sistematizados em planilhas e inseridos num banco de dados no programa Microsoft Excel 2007, categorizando as informações. As planilhas eletrônicas foram construídas e os resultados

submetidos à análise quanto à estatística descritiva padrão e analítica por uma estatística com a ajuda do programa PASW *Statistic (Predictive Analytics Software)*, versão 18.0 for Windows.

A análise descritiva foi aplicada para verificar a existência ou não de correlações estatísticas significantes. Assim, o teste de independência é usado quando estamos interessados em testar o grau de dependência ou de associação entre as variáveis classificatórias, cujas categorias não identificam necessariamente diferentes classes ou subpopulações.

Consideramos duas variáveis **R** (linha) e **C** (coluna), sendo que a variável **C** (coluna) tem c categorias e a variável **R** (linha) tem r categorias.

Dada uma amostra de n observações de uma população X consideremos o vetor $(O_{11}, O_{12}, \dots, O_{rc})$ de variáveis aleatórias, sendo O_{ij} o número de observações da linha i e coluna j (de entre as n observações da amostra) classificada na categoria i e na categoria j das variáveis **R** (linha) e **C** (coluna), respectivamente, $i=1, \dots, r$ e $j=1, \dots, c$.

Se p_{ij} é a probabilidade de uma observação ser classificada nas classes i e j , das variáveis **R** (linha) e **C** (coluna), respectivamente, com $i=1, \dots, r$ e $j=1, \dots, c$, então o vetor aleatório $(O_{11}, O_{12}, \dots, O_{rc})$ tem distribuição multinomial. (Portal *action*, n.p.).

Em resumo, a independência dos critérios de classificação significa que há independência entre as variáveis **R** (linha) e **C** (coluna).

Um dos testes usados para detectar a existência de associação entre as variáveis linhas e as variáveis colunas em uma tabela cruzada é o teste Qui-Quadrado. Esse teste para independência pressupõe que os dados são selecionados aleatoriamente, todas as frequências esperadas são maiores ou iguais a 1 e que não mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5.

Pela estatística do teste Qui-Quadrado pode-se entender qual a região crítica do teste de independência. Quando não ocorre independência é natural que as frequências observadas sejam substancialmente diferentes das frequências esperadas, ou seja, esperamos observar quando a independência ocorre. Então devemos rejeitar a hipótese nula de independência dos critérios

de classificação quando a estatística é maior que um ponto crítico usando a Tabela da distribuição Qui-Quadrado (Portal *action*, n.p.).

Nos casos em que as tabelas cruzadas 2 x 2 os valores sejam menores que 5 e amostras pequenas, elas podem comprometer a aproximação da distribuição Qui-Quadrado da estatística de teste. Sendo preferível utilizar o teste exato de Fisher.

[...] O teste exato de Fisher é baseado no cálculo da distribuição de probabilidade das frequências da tabela. Contudo, isso não é possível na situação das tabelas com margens livres ou com uma margem fixa e outra livre porque a probabilidade de uma dada distribuição das frequências é função de parâmetros de valor desconhecido.

Fisher (1934) propôs que a distribuição de probabilidade das frequências de qualquer um destes tipos de tabelas sejam substituídas pela probabilidade da distribuição das mesmas frequências, considerando tabelas com duas margens fixas, ou seja, uma distribuição de probabilidade hipergeométrica para a única frequência de valor livre (independente).

O teste exato de Fisher consiste na determinação desta probabilidade e dos arranjos possíveis que, com os mesmos totais marginais, tenham ainda mais desvios em relação à hipótese nula H_0 , isto é, as probabilidades de tabelas com as mesmas margens e com menores valores na entrada cujo valor, na tabela cruzada em questão, já foi considerado baixo, neste caso, se essa probabilidade for inferior ao nível de significância, devemos rejeitar a hipótese de independência (Teste exato de Fisher, Portal *action*, n.p.).

Baseado nisto, o Teste exato de Fisher foi aplicado aos nossos resultados para avaliar a relação entre as variáveis.

Os servidores foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e a importância do mesmo, e para aqueles que aceitaram colaborar com a pesquisa foi registrado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE B).

O estudo seguiu os preceitos básicos dos Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa Científica, estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo o projeto apreciado pela Comissão de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia.

Os benefícios serão diretos e indiretos para os servidores lotados no HO e FOUFU, podendo ser estendidos a todos os servidores da instituição, uma vez que, com base nos resultados, será sugerida à Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor da UFU e à FAEPU, uma reestruturação e

implantação de novas políticas e estratégias de promoção da saúde que atinja a comunidade universitária na sua totalidade.

Os participantes da pesquisa que manifestarem alguma doença não tratada serão orientados a procurar orientação médica no Núcleo de Atendimento ao Servidor da Universidade Federal de Uberlândia ou em Unidades Básicas de Saúde ou ainda aqueles que têm acesso à rede credenciada para atendimento médico oferecido pelos planos de saúde conveniados com a UFU.

Assim, esta pesquisa está apresentada na forma de Dissertação e estruturada da seguinte maneira: no capítulo um encontra-se o estudo teórico sobre a relação entre trabalho, saúde e doença, que subsidia as análises dos dados coletados. Este capítulo está subdividido em dois itens: A relação entre trabalho, saúde e doença e a Autoavaliação do estado de saúde.

O segundo capítulo abarca um estudo teórico sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis considerando a história, conceitos e discussões sobre a temática.

O terceiro capítulo contém os dados coletados e analisados com base nos referenciais teóricos consultados.

E, finalmente as considerações e contribuições do estudo para os trabalhadores/as das duas unidades estudadas e as possibilidades de extensão aos demais servidores/as da instituição.

CAPÍTULO 1

A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO, SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS

A relação entre trabalho, saúde e a evolução de doenças é algo que faz parte do dia a dia do trabalhador e requer estudos aprofundados e o desenvolvimento de políticas públicas que atendam toda a população envolvida no processo. Assim, para embasar o estudo em questão procuramos discussões, legislações, conceitos como saúde e trabalho; as possíveis causas das DCNTs e ainda, estudos sobre a influência da autoavaliação da saúde na relação entre trabalho, saúde e a disseminação de doenças.

1.1. Saúde e Trabalho na Contemporaneidade

Trabalho é um termo que está associado ao sentido de sacrifício, sofrimento, dor e fadiga em relação ao meio de sobrevivência. Porém, o trabalho não é só um meio de subsistência e produção, mas também uma forma de se fazer viver e de se sentir vivo na contemporaneidade, é ação e também oportunidade de constituir uma coletividade, de viver junto. (DEJOURS, 2012).

Na opinião do autor acima, o trabalho é um regulador da vida em sociedade e a saúde e a qualidade de vida do trabalhador são garantidas se as condições de trabalho forem de qualidade. Assim, o trabalho está associado à promoção de saúde das pessoas, que está associado à eficácia das empresas e da sustentabilidade destas. Se por um lado o trabalho garante a subsistência aos trabalhadores, por outro as empresas são responsáveis por mantê-los saudáveis e produtivos em relação à sua força de trabalho e também a diminuição da possibilidade do aparecimento de doenças.

O ambiente em que se expressa o trabalho e a saúde vem sofrendo modificações e as determinações que incidem sobre a saúde do trabalhador na atualidade estão basicamente relacionadas às novas modalidades de trabalho e aos processos mais dinâmicos de produção implementados pelas inovações tecnológicas e pelas atuais formas de organização e gestão. (MENDES, 2011).

A saúde definida pela OMS como ausência de doenças e perfeito bem-estar físico, mental e social passou por extensa reflexão do que é saúde, pois é um tema bastante abrangente que pode ser focado sob vários aspectos e essa reflexão ultrapassa o conceito de ausência de doenças.

Para entender o que é saúde deve-se considerar os recursos sociais e pessoais para fundamentar esse entendimento. Nesse sentido, consideramos a contribuição de Dejours (1998) em relação à saúde e trabalho ao estudar como algumas pessoas não adoecem nas relações de trabalho. Ele argumenta que existem qualidades psíquicas que evitam o adoecimento e amplia a compreensão sobre saúde e a relaciona com o trabalho ao alegar que

“[...] A saúde, então, não é um estado natural, mas uma construção intencional, na qual o trabalho ocupa lugar importante. A construção da saúde está ligada a uma série de relações. De um lado as relações interindividuais, para a construção da saúde no registro do amor; de outro, as relações intersubjetivas coletivas, no campo do trabalho. A saúde de uma pessoa depende muito de seus colegas, assim como suas doenças. Nossa capacidade de resistir ou de ficar doente está intimamente relacionada à qualidade das relações de trabalho” (DEJOURS, 1998 p.98).

A saúde não é somente um estado, visto que deve-se considerar o resultado das relações do homem com o trabalho que, por conseguinte, sofrem influências da cultura, da política, da economia e dos processos sociais ampliados.

A concepção de saúde amadureceu e passou a ser enfatizada como um direito social. Essa ênfase passou a ser considerada após parte da sociedade participar de vários debates durante o processo da Reforma Sanitária Brasileira, na década de 1980, em que o termo saúde foi bastante debatido, ampliando seu conceito.

Essa ampliação do conceito de saúde foi defendida por Laurel (1997, p. 86), que colocou que a saúde é vista como ‘necessidade humana’ e

associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conforme o nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico.

É evidente que as transformações ocorridas na política pelo Movimento de Reforma Sanitária proporcionaram o desenvolvimento de um conjunto de ações e projetos em saúde, em diferentes níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde.

Uma dessas contribuições do movimento sanitário pode ser evidenciada na luta pela ampliação dos direitos sociais presentes no texto da Constituição de 1988, ocorrido em ambiente político de redemocratização do país:

“[...] A saúde é 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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988 p. 37).

No entanto, o direito à saúde não deve se restringir às situações de doença de uma pessoa ou o risco de ser acometido pela mesma. Segundo Rouquayrol (2013), o direito à saúde deve alcançar todas as formas de agressão à saúde das pessoas, seja na esfera jurídica, física, comunitária, ambiental ou estatal.

Esta concepção considera a importância de explicitar e identificar os determinantes sociais da saúde e da doença, muitas vezes negligenciados nas acepções que privilegiam a abordagem individual em detrimento da coletividade e do ambiente em que as pessoas estão inseridas.

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS, 2008), composta por um grupo interdisciplinar de atores sociais, com tem como objetivo de promover, em âmbito nacional, uma tomada de consciência sobre a sua importância para a saúde de indivíduos e populações e a necessidade de combate às iniquidades por elas geradas. Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que passaram a ser defendidos por vários autores, no conceito ampliado de saúde, preconizam que

[...] podem ter diversas definições que expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com

sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS “são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham” (BUSS, 2007, p.78).

De acordo com as definições de Buss (2007) os determinantes de saúde estão relacionados com os locais em que uma pessoa vive e trabalha, então torna-se primordial conhecer o ambiente de trabalho e a relação deste com o processo saúde e doença.

Neste contexto, Rouquayrol (2013) esclarece que a relação do trabalho com a saúde possui registros desde a antiguidade, entretanto, se tornou preocupação e alvo de ações apenas com o advento da Revolução Industrial. Durante o regime escravocrata e servil a preocupação com a saúde e sua relação com o trabalho era inexistente, pois nessa época os escravos e servis representavam somente “peças” de trabalho.

Podemos evidenciar, por meio da colocação do autor acima, que no trabalho escravo os serviçais eram vistos como um objeto passível de uso enquanto eram úteis, ou seja, apresentaram desgaste, eram descartados, isto é, enquanto estavam saudáveis e produtivos eram utilizados para produzirem riquezas para seu dono. Se um deles adoecesse não seria mais necessário e assim o patrão não se via obrigado a promover qualidade de vida aos mesmos ou até a reabilitação do escravo acometido por doença em decorrência dos processos de trabalho.

A Revolução industrial é um marco na relação saúde e trabalho, uma vez que esta provocou grandes mudanças sociais, considerando a migração da zona rural para a urbana, locais que em eram evidentes a precarização do trabalho, o trabalho infantil, baixos salários, elevado números de acidentes laborais e alta mortalidade associada à produção industrial. Desde então, tem início um processo de conformação da Saúde do Trabalho, que tem seus primeiros passos com o surgimento da Medicina do Trabalho, evoluindo para a Saúde Ocupacional e, finalmente, consolidando-se como ciência. (BIZARRIA et al, 2013).

Para melhor compreensão de como ocorreu a evolução da saúde do trabalhador, com o propósito de melhorar as condições de trabalho e de vida, é necessário conhecer as três abordagens da relação entre saúde, doença e trabalho, a medicina do trabalho, a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador.

A Medicina do Trabalho surgiu na Inglaterra no século XIX, em meio à Revolução Industrial, com o propósito de assegurar a continuidade e reprodução do processo de produção industrial que vinham sendo ameaçados pelas condições insalubres de trabalho a que eram submetidos os trabalhadores. Na abordagem da Medicina do Trabalho, de acordo com Gomez e Costa (2004, p. 22),

[...] A presença de um médico no interior das unidades fabris representava, ao mesmo tempo, um esforço em detectar os processos danosos à saúde e uma espécie de braço do empresário para recuperação do trabalhador, visando ao seu retorno à linha de produção, num momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente. Instaurava-se assim o que seria uma das características da Medicina do Trabalho, mantida, até hoje, onde predomina na forma tradicional: sob uma visão eminentemente biológica e individual, no espaço restrito da fábrica, numa relação unívoca e uni causal, buscavam-se as causas das doenças e acidentes.

Neste contexto, a Medicina do trabalho, representada pela presença do médico no ambiente de trabalho, estava preocupada em manter a mão de obra apta para as atividades laborais, fortalecendo a ideia de que era necessário manter a saúde do corpo em benefício do empregador e assim, manter o ritmo da produção.

A presença do médico do trabalho na área de produção ultrapassou fronteiras, surgindo a necessidade de regulamentá-la e profissionalizá-la e assim, torná-la mais eficiente. Para cumprir este papel, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) foi a mediadora por meio da elaboração de recomendações normativas.

Entretanto, após a segunda Guerra Mundial e a Revolução Industrial, a Medicina do Trabalho passou por mudanças. Segundo Mendes (1991), a falta de mão-de-obra causada pelo elevado número de mortos e acidentados na guerra e ainda devido às vítimas de acidentes de trabalho e desenvolvimento de

doenças laborais, levou a medicina a ampliar suas ações em virtude da insatisfação de trabalhadores e empregadores.

Neste contexto, as novas ações realizadas pela Medicina do Trabalho tiveram como foco os trabalhadores/as e o ambiente ao qual este estava inserido. A figura do médico, que até então era central, deu lugar ao início de uma equipe multidisciplinar com tendência ao desenvolvimento de ações multiprofissionais para intervir nos problemas de saúde causados pelos processos de trabalho.

Assim, meio a estas novas ações surge a Saúde Ocupacional para introduzir modificações no campo da Saúde, a qual apresenta uma proposta mais avançada a partir de um caráter interdisciplinar, que relaciona o ambiente de trabalho e o corpo do trabalhador. Consubstancia-se na Teoria da Multicausalidade, em que um conjunto de fatores de risco (ambientais e biológicos) é considerado na produção da doença. Esse modelo restringe-se a intervenções pontuais sobre riscos evidentes com a utilização de equipamentos de proteção individual, em prejuízo à proteção coletiva, sendo os trabalhadores/as considerados culpados pelos acidentes e doenças. Para tanto, obtiveram contribuições de algumas ciências como a toxicologia, epidemiologia, engenharia e higiene industrial (BIZARRIA et al, 2013).

Porém, as ações desenvolvidas pela Saúde Ocupacional, com a atuação ainda centrada no médico, não conseguiram alcançar os seus objetivos, que eram manter a saúde dos trabalhadores/as intervindo no ambiente de trabalho.

No final dos anos 60, frente a intensos movimentos de mudanças sociais e políticas, em que foi bastante discutido conceitos sobre trabalho, saúde, vida, há um questionamento e críticas sobre as ações da Saúde Ocupacional centradas no médico. Surge então a Saúde do Trabalhador (ST), uma nova visão de intervenção no processo saúde, doença e trabalho, inserindo o trabalhador como ser social no processo de produção e na sociedade. Passam ainda a considerar o reconhecimento e a exigência da participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança do trabalho, pois os mesmos possuíam o saber necessário à melhoria e adequação das situações concretas do cotidiano de trabalho (ROUQUAYROL, 2013).

Para o Ministério da Saúde:

[...] A Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS – Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001, p.17)

A abordagem em ST, considerada inovadora e transformadora, busca identificar as causas do adoecer e morrer dos trabalhadores e sua relação com os processos de trabalho. Essa concepção pode ser explicitada melhor levando em consideração a definição de ST apresentada pelo MS e deixa evidenciada a preocupação em identificar os fatores de riscos e direcionar ações que possam minimizar os agravos à saúde dessa parte da população.

O Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei Orgânica de Saúde no artigo 6º (Lei 8.080/90), tem como atribuição quanto à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção desses profissionais, assim como a recuperação e reabilitação da saúde daqueles que são submetidos aos riscos e agravos relacionados às condições de trabalho, por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária coletando informações (BRASIL, 2001).

É interessante ressaltar aqui que, a promoção da saúde do trabalhador é indissociável das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, pois proporcionam o estabelecimento de estratégias que visam alcançar o atendimento integral do funcionário.

Para fortalecer as ações referentes á ST, no ano de 2002 foi criado no âmbito do SUS, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) a ser implantado de forma articulada entre o Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, com o objetivo de integrar a rede de serviços do SUS, implementando o cuidado aos trabalhadores, considerando o papel do trabalho na determinação do processo saúde doença (BIZARRIA et al, 2011).

A RENAST envolve uma rede nacional de dados, com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção de saúde do trabalhador e da trabalhadora no SUS (LACAZ, et al, 2013).

Assim, podemos afirmar que as estratégias desenvolvidas pela RENAST, dão-se por meio de incentivo financeiro aos municípios e estados para a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), que desempenham a função de suporte técnico, de coordenação de projetos e de educação em saúde para a rede do SUS em seu território de abrangência (LACAZ, et al, 2013).

Os CERESTs, por sua vez, contam com uma equipe definida pela Portaria 1679/2002 formadas por uma equipe mínima de profissionais obrigatória com o médico, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem. Outros profissionais de saúde de nível médio e superior podem compor o grupo e proporcionar atendimento integral ao trabalhador. Essas equipes assumem conformações específicas, na sua esfera de atuação (estadual ou regional) de acordo com sua área de abrangência (LACAZ, et al, 2013).

As ações desenvolvidas nos centros de referências, pelos profissionais de saúde, permitem apontar as doenças e a influência do ambiente de trabalho no desenvolvimento de doenças e formulação de políticas públicas. Entretanto, eles enfrentam algumas dificuldades para desenvolver e promover a saúde do trabalhador, entre eles, encontrar profissionais com qualificação adequada.

Para superar as dificuldades de unificação das ações em Saúde do Trabalhador, em novembro de 2004 foi criada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST). Essa ação tem por finalidade a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua, das intervenções do governo no campo das relações de produção, consumo, ambiente e saúde. Assim, nessa perspectiva, as ações de segurança e saúde do trabalhador exigem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (LACAZ, et al, 2013).

Neste sentido, a responsabilidade em manter o trabalhador saudável por meio da prevenção e um cuidado integral desse ator é tanto do governo, quanto das empresas e organizações representativas propondo a implementação de políticas e ações eficientes.

Assim, considerando o alinhamento entre a política de Saúde do Trabalhador e a PNSST, em agosto de 2012, sob Portaria Nº 1.823, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), com o intuito de determinar os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS, para a ampliação da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância e também visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

A PNSTT no seu artigo Art. 3º coloca que a política se aplica:

[...] Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política (BRASIL, 2012, p.1).

Este artigo do decreto reforça princípios fundamentais da PNSTT como a universalidade e a integralidade, independentemente do gênero, vínculos trabalhistas e funções exercidas, objetivando enfocar os atores principais, ou seja, os trabalhadores/as.

Com relação aos órgãos públicos, as ações em saúde do trabalhador eram fragmentadas e heterogêneas, o que dificultava a realização de ações de vigilância à saúde. As ações em ST não constituíam prioridades, tornavam-se problemas somente quando a frequência por causa de adoecimento aumentava e ocasionava ausência ao trabalho. Alguns órgãos possuíam serviços de excelência na assistência, perícia e promoção, outros não possibilitavam sequer o acesso às perícias médicas (BRASIL, 2010).

O que observamos é que não existia uma política pública voltada exclusivamente para a atenção integral à saúde do trabalhador que, pudesse abranger todos os servidores de maneira homogênea. Cada instituição instituiu a sua política de forma diferenciada, com parâmetros técnicos distintos e, centrados na figura do médico.

Neste sentido, tornou-se necessário minimizar as distorções entre os órgãos e alinhar as discussões ocorridas nas Conferências Nacionais de Saúde

do Trabalhador. Para isso, criou-se em 2003 a Coordenação de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP), constituindo o marco inicial de ações voltadas para a saúde do servidor, mas que na prática serviu apenas como uma manifestação de boas intenções governistas para a saúde do servidor público (BRASIL, 2010).

A partir de dezembro de 2007, o governo federal estabeleceu o compromisso de construir e implantar uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), que vem sendo um marco relevante na promoção à saúde e representa um avanço para a gestão da saúde dos servidores. Trata-se de uma iniciativa do governo federal na área de gestão pessoal, que estabelece o processo de construção de uma política transversal e articulada no contexto das instituições, tendo como meta os eixos e princípios da promoção da saúde do trabalhador no sentido de consolidar a PASS e de viabilizar a implantação de ações que norteiam a promoção à saúde do servidor (BRASIL, 2010).

Para cumprir o desafio proposto nas dimensões e no ritmo que o cenário atual exige e como estratégias para desenvolver a PASS, Bizarria (2011) reitera que o governo estabeleceu a construção de uma Política de Atenção à Saúde, organizada sob a forma de um Sistema de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS).

O SIASS, de acordo com Bizarria (2011), foi planejado e instituído pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e regulamentado pelo Decreto de nº 6a.833, de 2009, integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC e de acordo com o Art. 2º, tem por objetivo

[...] coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2009, p.1).

Este sistema de atenção à saúde do servidor, criado pelo governo federal, surgiu com a tarefa de alinhar os avanços em ST e integrar as ações das áreas de perícia, educação e promoção à saúde, prevenção aos agravos que, em geral, são separadas administrativamente.

O SIASS, como base estruturante do PASS, representa uma inovação para a saúde do servidor, porque pode garantir a efetividade por meio do gerenciamento das informações epidemiológicas e de vigilância dos ambientes e processos de trabalho. A partir da busca ativa de doenças, doenças ocupacionais e prevenção de acidentes e a capacitação para adoção de práticas para melhor qualidade de vida e de trabalho, ressaltando-se que esse processo pode promover transformações nos órgãos públicos e nos ambientes de trabalho (BIZARRIA et al, 2011).

Em consonância com esse encaminhamento, o artigo 3º do Decreto que instituiu o SIASS traz os três eixos de atuação do PASS e do SIASS e aponta que

[...] SIASS foi criado com objetivo de prestar os seguintes serviços:

I - assistência à saúde: ações que visem à prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal;

II - perícia oficial: ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais; e

III - promoção, prevenção e acompanhamento da saúde: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho (BRASIL, 2009, p.1).

São ações normatizadas que orientam as instituições públicas a definirem estratégias de identificação de elementos que levem a coleta de dados sobre a saúde de seus trabalhadores e trabalhadoras. Os resultados poderão identificar os elementos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

De um lado, tem-se a identificação dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, de outro é importante considerar ainda a autoavaliação dos sujeitos sobre a sua saúde para a elaboração de estratégias de intervenção na abordagem integral.

1.2. Autoavaliação do Estado de Saúde

[...] A autoavaliação do estado de saúde é um importante indicador do construto multidimensional da saúde e consiste na

percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde. É, portanto, um indicador subjetivo e engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida (Pavão, et al., 2013, p.2).

A autoavaliação que os indivíduos possuem de sua própria saúde é avaliada a partir do seu estado de saúde. A percepção do indivíduo em se sentir doente não advém somente das percepções físicas de dor e desconforto, mas, especialmente, das consequências sociais e psicológicas da apresentação da doença.

Na Pesquisa Nacional de Saúde esse indicador foi obtido por intermédio de uma questão única em que o próprio morador classifica sua saúde em uma escala de cinco graus: muito boa; boa; regular; ruim ou muito ruim. A percepção do indivíduo sobre sua saúde não incide apenas nas sensações físicas de dor e desconforto, mas, sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença da enfermidade (BRASIL, 2013).

Estudos da PNS em 2013, no Brasil, em que 146,3 milhões de pessoas acima de 18 anos autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa, obtiveram estimativas bastante significativas. Em relação ao sexo, aproximadamente 70,3% dos homens avaliaram sua saúde como boa ou muito boa, contra 62,4% das mulheres. Em relação à escolaridade, quanto maior o grau de instrução maior percepção do estado de saúde como boa ou muito boa. Já em relação à idade, entre 18 e 29 anos houve um percentual de 81,6 % na autoavaliação na percepção de saúde como boa ou muito boa, já para as pessoas acima de 75 anos, estas autoavaliaram o estado de saúde como ruim ou muito ruim. Essa autoavaliação de pessoas mais idosas está relacionada com a presença de doenças crônicas degenerativas que acometem em grande parte esta faixa etária, segundo a avaliação dos pesquisadores (BRASIL, 2015).

A autoavaliação do estado de saúde global tem sido utilizada como instrumento de pesquisa em diversas populações, visando conhecer o real estado de saúde dos indivíduos avaliados. Está associada com indicadores de mortalidade, condições de vida, trabalho e comportamentos relacionados à saúde (PIMENTA et al., 2010).

A autoavaliação da saúde pode ser mensurada por uma pergunta simples: “Como está sua saúde atualmente?” Ou questões similares. Mesmo sendo difícil englobar todos os aspectos da saúde em apenas uma medida, alguns estudos afirmam que, apesar de seu estado subjetivo de coleta de informações, esse tipo de avaliação possui confiabilidade em diversas áreas da ciência e economia da saúde (PIMENTA et al., 2010).

A percepção subjetiva do estado de saúde é facilmente examinada por pesquisadores e de grande acessibilidade em investigações populacionais. Entretanto, diversos fatores podem influenciar na resposta do atual estado de saúde de uma pessoa, podendo essa percepção ser mais positiva ou negativa em determinados grupos populacionais. Essa influência de contextos ambientais e características individuais ainda é tema pouco investigado no Brasil. Pesquisas também são escassas sobre a percepção de saúde do grupo específico de trabalhadores, tanto no âmbito nacional como internacional, ficando algumas lacunas sobre os reais determinantes que influenciam na percepção de saúde desse grupo populacional (PIMENTA et al., 2010).

Diante desta concepção é possível definir e priorizar estratégias e ações da linha de cuidado voltadas para grupos específicos como para os trabalhadores/as expostos a determinados fatores de riscos que levem ao desenvolvimento de determinadas doenças como, por exemplo, as DCNTs que têm crescido significativamente e causado grande preocupação aos gestores mundiais. Doenças que motivaram este estudo e que serão explicitadas mais profundamente no item a seguir.

CAPÍTULO 2

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As DCNTS, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), são caracterizadas por doenças de longo período de latência, levam décadas para estar completamente instaladas na vida de uma pessoa e têm origem em idades jovens, as quais são determinadas por causas multifatoriais, determinantes sociais e condicionantes. São de origem não contagiosa, apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar prejuízo funcional ou incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leveduras e duras, associadas à mudanças de estilo de vida e um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

São doenças presentes no nosso cotidiano, relacionadas à causas variadas, de acordo com estudos científicos, e que requerem atenção contínua devido às suas implicações no sistema de saúde, na qualidade de vida das pessoas e no impacto na economia mundial.

O aparecimento clínico das DCNTs, segundo Lessa (2004), só se faz após longo tempo de exposição aos fatores de risco e a convivência do indivíduo com a doença não diagnosticada se dá de forma assintomática, podendo o diagnóstico ser feito em fase tardia, como no início da terceira idade, podendo o desfecho ser fatal, como ocorre com as doenças coronárias agudas e o acidente vascular encefálico.

Daudat (2013) relata que as DCNTs representam, em conjunto, a primeira causa de morbidade e mortalidade no país, sendo a maioria incapacitante para o trabalho, inicialmente de maneira temporária, podendo levar a situações de invalidez determinando aposentadorias precoces.

São doenças que se levado em consideração a fase que ficam em latência por longo período, poderão ser evidenciadas no começo da terceira idade, ou seja, a partir dos 60 anos, e de forma ainda mais evidente em pessoas acima dos 80 anos. Esse predomínio, de acordo com Daudat (2013),

está relacionado ao processo de envelhecimento natural do ser humano e pode ser acelerado pelo estilo de vida de cada um. Porém, o estresse e os hábitos de vida inadequados podem desenvolver doenças crônicas precocemente, impactando na vida pessoal e profissional.

O crescimento acelerado das DCNTs no panorama brasileiro determinou aumento do volume de gastos pela previdência e elevado custo social devido à elevada morbidade, mortes prematuras, muitas destas evitáveis, ou incapacitação (amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas) de pessoas em idade produtiva. Envolvem, também, perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013).

As DCNTs têm sido responsáveis por um aumento considerável na demanda por serviços de saúde, principalmente curativos e de intervenções hospitalares. Vale ressaltar que este conjunto de doenças se constitui em importantes problemas de saúde pública, não só no Brasil, mas em diversas regiões do mundo.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) as DCNT são responsáveis por 63% de um total de 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 (WHO, 2011a). Estas doenças são igualmente relevantes, tendo sido responsáveis, em 2012, por 74% do total de mortes no Brasil, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (30,4% dos óbitos), as neoplasias (16,4%), o diabetes (5,3%) e as doenças respiratórias (6,0%) (BRASIL, 2015; MALTA et al., 2014). Atingem indivíduos de todos os perfis socioeconômicos e de maneira mais intensa as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostos aos fatores de riscos e por terem menor acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Como são doenças que os fatores de riscos não estão relacionados apenas ao perfil sócio econômico, demanda ações amplas e direcionadas a todas as comunidades e em especial àquelas menos favorecidas de recursos financeiros e de acesso aos serviços de saúde.

As DCNTs, de acordo com OMS, dificultam os esforços para aliviar a pobreza e ameaçam o alcance dos objetivos de desenvolvimento internacional. E o custo do tratamento de doenças pode ser devastador para o

sistema de saúde e para os indivíduos. De 2011 a 2025 as perdas econômicas acumuladas nos países de baixa e média renda estão estimadas em 7 trilhões de dólares. Estima-se ainda que o custo de reduzir a carga global DCNT é 11,2 bilhões de dólares por ano, ou seja, um investimento anual de 1-3 dólares per capita (WHO, 2014).

O impacto socioeconômico das DCNTs é notadamente um problema para o desenvolvimento do país, como foram apresentados, os custos gastos com assistência médica, internações, exames, medicamentos e reabilitação é bastante oneroso aos cofres públicos e aos administradores de convênios médicos. Paralelos a esses gastos há também a diminuição da produtividade e perdas na produção ligadas ao absenteísmo. São doenças que necessitam de um gerenciamento específico, com foco voltado para a educação e prevenção (WHO, 2014).

Apesar de haver muito a ser esclarecido sobre os determinantes deste grupo de doenças que causa grandes impactos no desenvolvimento econômico, vários fatores de risco já estão bem definidos, entre eles, a obesidade, a hipertensão, o alto teor de colesterol, a inatividade física, a ingestão de álcool e o tabagismo. Pode-se associar ainda a estes fatores os de ordem psicossocial, decorrentes de tensões ou conflitos vivenciados no ambiente de trabalho e familiar, reconhecidamente geradores de “estresse”.

Existem outras evidências que foram destacadas por Schmidt, et al. (2011) que correlacionam as DCNTs com os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia. Neste contexto, enfatiza ainda que os grupos étnicos e raciais menos privilegiados têm tido um aumento significativo na ocorrência das doenças crônicas.

Não é difícil entender o aumento de doenças crônicas entre os grupos étnicos e raciais menos privilegiados e ainda entre as pessoas de baixa renda, pois estão expostos a vários fatores riscos sociais, ambientais e culturais. Aliás, para agravar a situação as DCNTs, por ser de curso prolongado, oneram ainda mais as famílias e os sistemas de saúde e o efeito é a redução da disponibilidade de recursos para as necessidades básicas e reafirmando que ocorre um impacto crescente no sistema de saúde com gastos em internações e reabilitação quando for o caso.

Diante da gravidade das DCNTs para as populações, Lessa (2004) coloca que existem meios eficazes para evitá-las, seja por meio de ações de promoção da saúde, prevenção primária; com o controle dos fatores de risco, ou ações que minimizem suas complicações, por meio do diagnóstico precoce, tratamento e controle adequados.

Entretanto, o processo saúde-doença das DCNTs é bastante complexo, já que não é possível identificar um único agente como causa na determinação da doença. É necessário reconhecer a multicausalidade e as intersecções dos fatores para elaborar as ações de promoção de saúde e minimização dos agravos e complicações.

Assim, diante da complexidade das causas das DCNTs, Rouquayrol (2013) apresenta um modelo denominado Campo da Saúde proposto por Laframboise (1973) para abordar o binômio saúde-doença. Este modelo apresenta elementos que podem ajudar na identificação dos fatores de riscos, como a Biologia humana que inclui fatores individuais como a herança genética, o envelhecimento, o mecanismo de defesa do organismo; fatores relacionados com o meio ambiente como clima, água, radiações e socioeconômicos como renda, escolaridade, inserção no mercado de trabalho e riscos ocupacionais; estilo de vida incluindo decisões individuais no que se refere, por exemplo, ao lazer, hábitos alimentares e por fim, elementos da organização da Atenção à Saúde, ou seja, a disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados da saúde.

Ressaltamos que este modelo serviu de inspiração para a OMS sintetizar a história natural das DCNTs e seus determinantes. São identificados diversos elementos do Modelo no Campo da Saúde como:

[...] os determinantes e condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais que estão na base das desigualdades do processo saúde-doença; fatores não modificáveis (sexo, idade e herança genética); e fatores de risco comportamentais (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas) que podem ser modificáveis (ROUQUAYROL, 2013, p.278).

De acordo com o Modelo no Campo da Saúde, foram elaboradas estratégias para a prevenção e controle das DCNTs, incluindo a implantação

de sistemas de monitoramento integrados e padronizados, tanto em nível nacional como internacional.

Embasado no Modelo Campo da Saúde, o Ministério da Saúde do Brasil implementou importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, entre elas o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNTs e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas nos próximos dez anos (BRASIL, 2011).

O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum são modificáveis, pois estão relacionados com o estilo de vida (tabagismo, alcoolismo, inatividade física, alimentação não saudável), e define eixos de atuação como a Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; Promoção da Saúde; Cuidado Integral de DCNTs (BRASIL, 2011).

A Vigilância Epidemiologia tornou-se uma ação de grande relevância epidemiológica em saúde pública, visto que é uma ferramenta que possibilita conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população e identificar seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, e consequentemente, subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle (MALTA, 2013).

A vigilância de DCNT faz parte das informações coletadas em saúde que colaboram na tomada de decisões e definição de prioridades na prevenção e controle dessas doenças. Adotam indicadores essenciais no monitoramento dos fatores de riscos entre as populações atendidas.

Para estruturar as ações de vigilância é essencial realizar o monitoramento da morbimortalidade das DCNTs para o conhecimento de suas características e tendências. Para que isso aconteça é necessário estabelecer uma estrutura de coleta de dados contínua, periódica, confiável e a capacidade técnica para analisá-la e transformá-la em informações válidas (BRASIL, 2011).

Assim, existem alguns sistemas de informação disponíveis no SUS, que possibilitam a análise de um conjunto de variáveis sobre a morbidade e mortalidade como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH – SUS), que oferece dados sobre a causa da internação, os dias de permanência, a evolução da doença, os custos diretos, entre outros, que fornecem indicadores úteis para o monitoramento das DCNTs (BRASIL, 2013).

Outro sistema importante, o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), provê de informações sobre autorizações de procedimentos de alta complexidade nas áreas de cardiologia, nefrologia, oncologia e outras. Vale considerar também as informações fornecidas pelo sistema de Registros de câncer divulgados periodicamente pelo Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2011).

Já os dados relevantes para a vigilância epidemiológica, estatística de saúde e demográficas referentes à mortalidade são realizados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que coleta informações dos óbitos ocorridos em todo o território nacional a partir do preenchimento da Declaração de Óbito (DO) (BRASIL, 2011).

Com base nas considerações apresentadas sobre a obtenção de dados e análises relativas à morbidade e a mortalidade de doenças é interessante ressaltar que as informações permitem subsidiar a organização e a elaboração de políticas de controle, vigilância e monitoramento com ênfase na prevenção e na atenção aos indivíduos portadores de doenças como as DCNTs.

Para conhecer e monitorar a distribuição dos fatores de risco e protetores relacionados às DCNTs e com base nos dados, atuar sobre o processo saúde-doença, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde implantou diferentes inquéritos de saúde, como a Vigilância por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), dentre outros (BRASIL, 2011).

De acordo com o MS (2011), a VIGITEL é um sistema de monitoramento que tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos estados e no Distrito Federal. O sistema de vigilância fornece resultados sobre hábitos de

alimentação, tabagismo, prática de atividade física e consumo de bebidas alcoólicas, permitindo monitorar os comportamentos saudáveis e avaliar o desempenho das ações de promoção da saúde. O inquérito é realizado anualmente, por meio de entrevistas telefônicas, em amostra probabilística de indivíduos adultos (18 anos e mais de idade) que possuem linha telefônica fixa no domicílio.

O sistema de vigilância PeNSE, adota a vigilância dos comportamentos adquiridos na adolescência. Esse inquérito é realizado entre adolescentes em escolas públicas e privadas das capitais do Brasil e Distrito Federal, em parceria com o IBGE, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, investigando os seguintes temas: aspectos socioeconômicos; contexto familiar; hábitos alimentares; prática de atividade física; hábitos sedentários; experimentação e consumo de cigarro; álcool e outras drogas; dentre outros. Esse inquérito é realizado de 03 em 03 anos (BRASIL, 2012a).

A Pesquisa Nacional de Saúde é um inquérito composto de uma entrevista domiciliar e de uma entrevista individual, a ser respondida por um morador de 18 anos ou mais do domicílio, sendo realizado de 05 em 05 anos. A etapa individual da PNS contempla temas como as doenças crônicas não transmissíveis, os estilos de vida, o acesso ao atendimento médico, saúde do idoso, portador de deficiência, saúde da mulher, crianças menores de 2 anos, dentre outros (BRASIL, 2012 a).

Esses inquéritos acima relacionados foram desenvolvidos para o Portal da Inovação na Gestão do SUS – Redes e Atenção Primária em Saúde (APS), setores responsáveis pela saúde nas esferas políticas e institucionais. Sendo assim, devem se responsabilizar solidariamente pela informação e análise quanto ao progresso no combate às DCNTs, mobilizando recursos, desenvolvendo políticas, identificando melhores práticas, construindo parcerias, e identificando prioridades para pesquisa e apoio (BRASIL, 2012a).

O registro correto e completo das mortes causadas pelas doenças é o mecanismo mais sustentável para monitorar o progresso na prevenção de doenças, ou seja, a informação confiável é essencial para garantir que haja retorno dos investimentos na prevenção e tratamento de DCNTs. Da mesma maneira, inquéritos populacionais regulares e representativos são formas

eficazes de monitorar as tendências dos fatores de risco e a compreensão de intervenções prioritárias.

As DCNTs, que se tornaram uma epidemia na contemporaneidade, são doenças que têm em sua causalidade fatores de riscos comuns. Porém, de posse de uma base em dados confiáveis coletados a partir de inquéritos construídos com esse propósito, é possível elaborar ações de atuação integradas para a promoção da saúde e prevenção desses fatores.

E, para atuar na totalidade da cadeia de produção da saúde desde a promoção da saúde, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação dos indivíduos deve-se repensar a linha de cuidado no processo saúde-doença a partir dos seus determinantes e condicionantes (ROUQUAYROL, 2013).

[...] As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do “percurso assistencial” com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos de acordo com suas necessidades. Essa abordagem inclui a atuação em todos os níveis (promoção, prevenção e cuidado integral) (ROUQUAYROL, 2013, pág. 284).

Como pode ser evidenciado nas considerações da autora acima, para intervir no processo saúde-doença, seja no processo de desenvolvimento das DCNTs ou qualquer outra doença, é imprescindível aplicar ações de prevenção e tratamento do doente. E essa intervenção deve ser realizada por todo o ciclo de vida através de ações que levem em consideração os dados coletados dentre a comunidade afetada referentes à morbimortalidade e os fatores determinantes e condicionantes relacionados ao desenvolvimento da doença.

Assim, diante do crescimento das DCNTs, e que apresenta um conjunto de condições que requerem esforços contínuos, sustentáveis e de longo prazo, os debates sobre a promoção da saúde passaram a estimular as estratégias preventivas e as novas práticas de saúde sobre o ambiente físico e sobre estilos de vida (SCHMIDT et al., 2011).

Neste contexto, os debates sobre promoção da saúde no Brasil buscam a inclusão de estratégias de promoção de saúde que proporcionam a diminuição da prevalência de morbimortalidade por DCNT, por meio de estímulos a toda população na adoção de hábitos saudáveis de vida.

As novas políticas públicas, de acordo com Mássimo (2015), implicam em formular condições sociais dignas em que os indivíduos empoderados possam a gerenciar sua própria vida e da comunidade ao adotarem novas práticas de promoção de saúde.

Sobre as DCNTs, que tornaram a maior causa de mortes no mundo, Ogata et al (2015) coloca que os sistemas de saúde devem enfatizar, a priori, os fatores de risco modificáveis (tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e uso abusivo do álcool), nos níveis individuais e populacionais. Paralelamente, devem desenvolver ações multisetoriais por períodos prolongados para outros fatores de risco modificáveis, como os determinantes sociais da saúde (renda, educação, emprego, moradia, suporte familiar e social, exclusão social, estigma, educação em saúde) que influenciam de maneira sinérgica e significativa para aumento morbimortalidade por doenças crônicas.

As ações eficazes em saúde pública para a prevenção de DCNTs devem enfatizar medidas de controle social, educacionais e direcionados a toda população. As estratégias devem proporcionar a criação de ambientes que permitam escolhas de estilos de vidas saudáveis, ou seja, as ações devem focalizar aqueles fatores de riscos alcançáveis e capazes de serem alterados por meio de mudança de atitudes.

É importante considerar que para desenvolver programas de promoção à saúde, as ações envolvidas no controle e redução dos fatores de risco devem considerar três divisões na prevenção de doenças:

[...] a Manutenção de baixo risco tem por objetivo assegurar que as pessoas de baixo risco para problemas de saúde permaneçam com essa condição e encontrem meios de evitar doenças.

b) Redução de risco foca nas características que implicam risco de moderado a alto, entre os indivíduos ou segmentos da população, e busca maneiras de controlar ou diminuir a prevalência da doença.

c) Detecção precoce visa estimular a conscientização dos sinais precoces de problemas de saúde – tanto entre usuários leigos como em profissionais – e rastrear pessoas sob risco de modo a detectar um problema de saúde em sua fase inicial, se essa identificação precoce traz mais benefícios que prejuízos aos indivíduos. Ela baseia-se na premissa de que algumas doenças têm maiores chances de cura, sobrevida e/ou qualidade de vida do indivíduo

quando diagnosticadas o mais cedo possível. Alguns tipos de câncer, as doenças cardiovasculares, o diabetes e a osteoporose são alguns exemplos (BRASIL, 2010, p.15).

As ações integradas no processo saúde-doença dos envolvidos devem ser planejadas levando em consideração que, quanto mais cedo identificar os riscos e as doenças, mais rápidas e mais eficazes serão o alcance das ações na promoção à saúde, no tratamento, controle e na reabilitação dos indivíduos.

O desenvolvimento de programas de promoção à saúde dos trabalhadores/as das Instituições de Ensino Superior não pode ser diferente, pois as ações devem proporcionar meios eficientes e eficazes para que eles possam conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde e ainda, as ações devem estar associadas ao ambiente, ao quesito saúde e doença e, os processos de trabalho.

2.1. Promoção de Saúde e Cuidado Integral das Doenças Crônicas não Transmissíveis

De acordo com Ramos (2013), o conceito de promoção da saúde tem suas bases teóricas desenvolvidas há aproximadamente 25 anos. O termo promoção da saúde estava relacionado com as incumbências da medicina preventiva, fazendo referência a um determinado “nível de atenção”. Porém, vem apresentando mudanças conceituais ao longo do tempo e reflexões acerca do seu conceito de saúde e das várias propostas de políticas que enfatizam a promoção da saúde.

Na concepção moderna de promoção da saúde, as ações de saúde pública estão voltadas para a coletividade e ao ambiente. A saúde, nesse entendimento, é o produto das inter-relações relacionadas aos fatores ligados às diferentes dimensões da vida humana, que vão de encontro aos hábitos comportamentais individuais, a acesso a bons serviços de saneamento básico, a educação, a moradia e trabalho, a padrões adequados de dieta e nutrição no decorrer da vida (RAMOS, 2013).

Ferreira (2010) coloca que a promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas, dirige para a

transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam favoráveis à qualidade de vida e à saúde, e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar.

Na situação brasileira, em 2003, o Ministério da Saúde deu ênfase à várias discussões sobre a promoção de saúde em várias discussões internas, entre elas a com os gestores do SUS e instituições de ensino e pesquisa, com o intuito de implementar de forma eficaz a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006).

Diante do crescimento das DCNTs, e que apresentam um conjunto de condições que requerem esforços contínuos, sustentáveis e de longo prazo, assim os debates sobre a promoção da saúde passaram a estimular as estratégias preventivas e novas práticas de saúde sobre o ambiente físico e sobre estilos de vida, não estando mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias com enfoque biomédico, tal como formulado no modelo da história natural da doença (SCHMIDT ET al., 2011).

Neste contexto, os debates no Brasil buscaram a inclusão de estratégias de promoção de saúde que proporcionam a diminuição da prevalência de morbimortalidade por DCNT, por meio de estímulos aos indivíduos na adoção de hábitos saudáveis de vida. Assim, as novas políticas implicam em formular condições sociais dignas em que os indivíduos empoderados possam gerenciar sua própria vida e da comunidade, ao adotarem novas práticas de promoção de saúde (MÁSSIMO, 2013).

Segundo Ogata (2015), no caso das doenças crônicas não transmissíveis, que se tornaram a maior causa de mortes no mundo, os sistemas de saúde devem enfatizar, a priori, os fatores de risco modificáveis (tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e uso abusivo do álcool) em nível individual e populacional. Paralelamente, devem desenvolver ações multisetoriais por períodos prolongados para outros fatores de risco modificáveis, como os determinantes sociais da saúde (renda, educação, emprego, moradia, suporte familiar e social, exclusão social, estigma, educação em saúde) que influenciam de maneira sinérgica

e significativa para o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas. Assim, o uso das informações individuais de saúde, somado às metodologias apropriadas de análises, permitem avaliar o perfil das pessoas e populações para planejar as intervenções visando à gestão das doenças crônicas.

Coloca ainda que os programas de promoção de saúde são criados para gerar resultados específicos ou efeitos em um grupo relativamente bem definido de pessoas, em um determinado período de tempo e frequentemente são desenvolvidos para promover mudanças nos conhecimentos, atitudes e/ou comportamentos das pessoas utilizando múltiplos canais de comunicação.

É importante considerar que para desenvolver programas para a promoção da saúde, as ações envolvidas no controle e redução dos fatores de risco devem abordar os diferentes níveis de atenção à saúde por meio da prevenção primária, secundária e terciária.

(...) A prevenção primária deve estar voltada ao controle e redução dos fatores de risco. Desta forma, deve-se enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável;

A prevenção secundária, por sua vez, envolve a detecção e tratamento precoce da doença já instalada, e tem como objetivos: alcançar o controle da doença; evitar o aparecimento de complicações e retardar a progressão do quadro clínico. Deve-se identificar a presença de fatores de risco associados, de lesões em órgão-alvo e de comorbidades.

Quanto à prevenção terciária, busca-se minimizar as complicações, tendo como finalidade melhorar a qualidade de vida e evitar mortes precoces (BRASIL, 2001a p.21).

Embora não se tenha medido esforços para implantar um novo modelo de atenção à saúde por meio do Programa de Saúde da Família, percebe-se que há uma predominância no desenvolvimento de estratégias fragmentadas de atenção e promoção da saúde do indivíduo a ser cuidado. É necessário aplicar ações integradas no processo saúde-doença dos envolvidos. E com os servidores públicos isso não pode ser diferente, visto que as ações de promoção de saúde devem estar associadas ao ambiente e processo saúde e doença desses atores.

Assim, de posse dos resultados dos referenciais teóricos sobre os temas: saúde, trabalho, Autoavaliação da saúde, DCNTs, Promoção da Saúde e a coleta dos dados entre os participantes da pesquisa, torna-se imprescindível a análise dos resultados obtidos para alcançar os objetivos do estudo. Para tanto, serão apresentados os dados e a discussão de acordo com as variáveis estudadas.

CAPITULO 3

AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CENÁRIO DO HOSPITAL ODONTOLÓGICO E DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Para melhor compreensão deste trabalho a apresentação e a discussão dos resultados discorrem sobre a caracterização dos servidores nos aspectos sócio demográficos, laborais, ambientais e de saúde. Posteriormente, apresentam-se as caracterizações de acordo com o estilo de vida, promoção de saúde e a existência ou não de correlações estatísticas significantes entre os valores das variáveis sobre estado de saúde, idade, peso, altura, Índice de Massa Corporal e nível de escolaridade.

3.1.Caracterizações Sócio demográficas dos Técnicos Administrativos da Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia

No presente estudo, a amostra inicial foi composta por 98 Técnicos Administrativos, com a exclusão de 08 participantes (8,16%), sendo 02 por estarem grávidas e 6 por não concordarem em participar da pesquisa. Assim, o instrumento de pesquisa foi aplicado a 90 participantes (91,84%).

De acordo com a tabela 1, tem-se 65 trabalhadores do gênero feminino (72,22%) e 25 do gênero masculino (27,78%). Ocorrência similar foi encontrada no levantamento do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2007), feita em seis regiões metropolitanas brasileiras (Belo Horizonte, Distrito Federal, Porto Alegre, Recife, Salvador e São Paulo) onde foi verificado que a proporção feminina no setor de trabalho em saúde ultrapassa os 70% em todas as regiões pesquisadas, e chega a atingir 75,4%, em Porto Alegre.

O resultado da Tabela 1 demonstrou-se ainda que, 48,89% dos TAs da Odontologia se declararam brancos, pardos 26,67% e 24,44% negros. Podemos considerar ainda que a população estudada é composta por maioria de mulheres da cor/raça branca (32,22%).

Tabela 1- Uberlândia (MG): características sociodemográficas, 2016

Características sócias demográficas	Masc	Masc	Fem	Fem	Total	Total
	Frq	%	Frq	%	Frq	%
Cor/raça						
Branca	15	60,00	29	44,61	44	48,89
Negra	03	12,00	19	29,23	22	24,44
Parda	07	28,00	17	26,15	24	26,67
Faixa etária						
20-29	03	12,00	05	7,69	08	8,89
30-39	03	12,00	12	18,46	15	16,67
40-49	03	12,00	12	18,46	15	16,67
50-59	07	58,33	26	40,00	33	36,67
60-69	05	20,00	08	12,31	13	14,44
Não declarou	04	16,00	02	3,08	06	6,67
Escolaridade						
Fund. Incompleto	01	4,00	03	4,61	04	4,44
Fund. Completo	01	4,00	01	1,53	02	2,22
Médio	07	28,00	16	24,61	23	25,55
Superior	16	64,00	45	69,23	61	67,77

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

A faixa etária predominante foi a de 50 a 59 anos representando 36,67% da amostra, seguidos de 16,67% para as faixas etárias de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, simultaneamente, tanto de homens (12,00%) quanto de mulheres (18,46), respectivamente.

Quanto à escolaridade podemos afirmar que, 67,77% TAs da Odontologia possuem formação superior e 25,55% ensino médio, apenas 4,44% com ensino fundamental incompleto e, 2,2% com ensino fundamental completo. Esse fato pode ser explicado em virtude de as instituições nas últimas décadas terem investidos em políticas de estímulo à capacitação e progressão na carreira, o que pode ser verificado de acordo com a Lei nº 11.091, de 12 de janeiro de 2005. Essa lei “dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação”.

De acordo com Melo (2010), se essa lei não for implementada pode resultar na má qualidade dos serviços prestados e na falta de funcionários

estimulados e capacitados, gerando desperdícios de recursos técnicos, financeiros e humanos, causando elevação dos custos operacionais e queda na qualidade dos serviços prestados à sociedade.

Sobre as funções exercidas pelos trabalhadores/as Mendes (2010) coloca que ao analisar cargos e os postos pôde compreender as relações entre o processo saúde-doença-trabalho e assim estabelecer ações que garantam atenção integral ao trabalhador.

Nesse sentido, é primordial conhecer as funções exercidas pelos participantes da pesquisa e observou-se de acordo com a Tabela 2, que os processos de trabalho nas unidades de atendimento aos alunos e pacientes da Odontologia/UFU, os TAs são distribuídos em 18 funções, sendo que as que mais têm trabalhadores/as exercendo suas atividades nos setores das unidades odontológicas são os Assistentes administrativos com 15, ou seja, (16,67%) e a de Cirurgiões Dentistas e Secretárias com 12 (13,33%) trabalhadores cada.

Tabela 2 – Uberlândia (MG): Funções exercidas pelos participantes da pesquisa, 2016

Função	Masc		Fem		Total	
	Frq	%	Frq	%	Frq	%
Almoxarife	02	0,00	00	0,00	02	2,22
Aux. Saúde Bucal	00	0,00	02	3,08	02	2,22
Assist. Administrativo	07	28,00	08	12,31	15	16,67
Auxiliar Enfermagem	00	0,00	12	18,46	12	13,33
Auxiliar geral	02	8,00	00	0,00	02	2,22
Cirurgião Dentista	03	12,00	09	13,85	12	13,33
Enfermeira	00	0,00	01	1,54	01	1,11
Estomatologista	01	4,00	00	0,00	01	1,11
Porteira	00	0,00	01	1,54	01	1,11
Recepcionista	00	0,00	02	3,08	02	2,22
Secretária	00	0,00	12	18,46	12	13,33
Tec. Eletromecânica	04	16,00	00	0,00	04	4,44
Tec. Enfermagem	01	4,00	04	6,15	05	5,56
Tec. Lab. Patologia	00	0,00	01	1,54	01	1,11
Tec. Laboratório	01	4,00	02	3,08	03	3,33
Tec. Prótese	04	16,00	03	4,62	07	7,78
Tec. Radiologia	02	8,00	00	0,00	02	2,22
Tec. Saúde Bucal	00	0,00	08	12,31	08	8,89
Total	25	100,00	65	100,00	90	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Citando ainda, como apresentado na Tabela 2, a função representada por menor número de trabalhadores/as tem o de Técnico de Enfermagem com 05, Técnico em Eletromecânica com 4, a de Almoxarife, Auxiliar de Saúde Bucal, Auxiliar Geral e Recepcionista com 02 trabalhadores cada e, as funções de Enfermeira, Porteira e Estomatologista com 1 trabalhador cada.

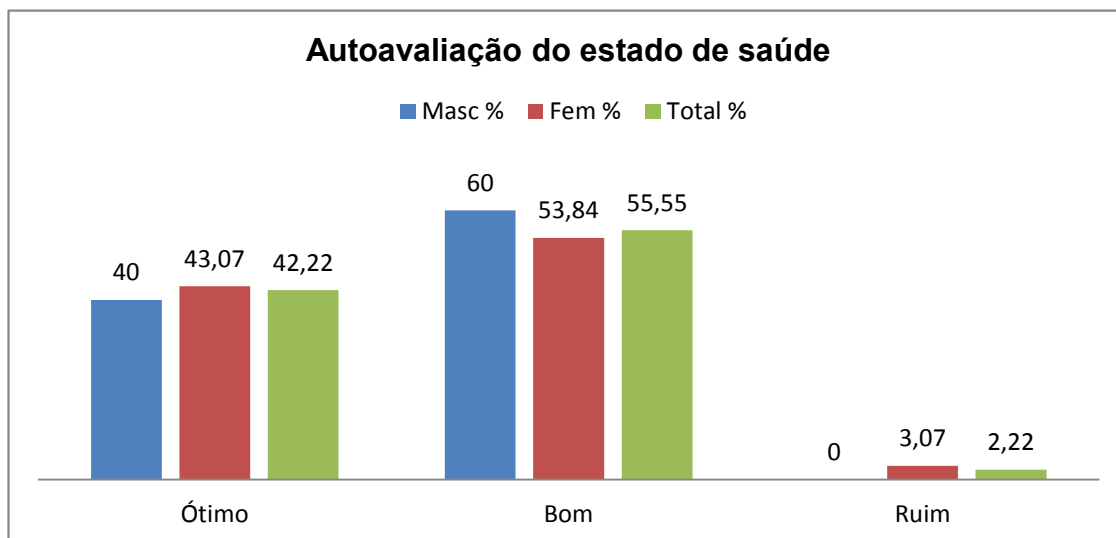
O vínculo empregatício da amostra é composto por 80 técnicos administrativos ativos federais/UFU e 10 funcionários FAEPU, contratados pelo regime CLT.

Os Técnicos Administrativos da Odontologia UFU são caracterizados por um grupo composto por maioria do gênero feminino 72,22%, com 48,89% referidos como brancos, com faixa etária predominante entre 50 a 59 anos. Quanto à escolaridade 67,77% possuem formação superior e de acordo com as funções, os grupos mais representativos são os assistentes administrativos (16,67%), Auxiliares de Enfermagem, Cirurgiões Dentistas e Secretárias com 13,33%, respectivamente.

3.2. Autoavaliação do Estado de Saúde dos Técnicos Administrativos da Odontologia da UFU

No Gráfico 1, de acordo com a autoavaliação do estado de saúde dos participantes da pesquisa, 55,55% consideram seu estado de saúde bom e 42,22% consideram seu estado de saúde ótimo. Comparando com os resultados dos estudos realizados pela PNS (2015), que utilizou 5 graus para autoavaliação em saúde (muito boa; boa; regular; ruim e muito ruim), em que 66,1% da população pesquisada nas 5 regiões brasileiras auto avaliariam sua saúde como boa ou muito boa e que 70% dos homens, contra 62,4% das mulheres classificaram como boa ou muito boa, podemos inferir que, embora tenham sido usados apenas 3 graus na pesquisa em questão, para a classificação do estado de saúde (ótimo, bom e ruim), não houve diferença significativa na autoavaliação dos gêneros, já que os percentuais também foram bem aproximados para “ótimo” e “bom”.

Gráfico 1 – Uberlândia (MG): Autoavaliação do estado de saúde dos participantes da pesquisa, 2016.



Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Na Tabela 3, observou-se uma queda entre as 65 mulheres, em que 28 (43,08%) responderam que estão com estado de saúde ótimo e, entre estas com estado de saúde ótimo 7 (25%) possuem DCNT. Das 35 (53,85%) que consideraram seu estado de saúde bom, 19 (54,29) possuem DCNT. Entre os homens de um total de 25, 10(40%) responderam que estão com estado de saúde ótimo, 15 (60%) com estado de saúde “bom” e 10 (66,67%) dos que autoavaliaram o estado de saúde “bom” possuem doença crônica.

Como podem ser observados, os dados do estudo demonstram que 66% dos trabalhadores/as que autoavaliaram seu estado de saúde como “bom” possuem doença crônica.

Essa observação, quanto a ser portador de uma doença e mesmo assim se auto avaliar como estado de saúde “ótimo” ou “bom”, é interessante porque de acordo com Szwarcwald, C.L. et al. (2015) isso demonstra o nível de bem-estar de um indivíduo e pode influenciar a sua qualidade de vida. E, coloca ainda que, parte da população com DCNTs classifica sua saúde dessa forma porque, de alguma forma, relaciona sua qualidade de vida em termos de acesso à saúde e melhoria nas condições socioeconômicas.

Tabela 3 - Uberlândia (MG): Presença de DCNTs de acordo com sua autoavaliação do estado de saúde dos participantes da pesquisa, 2016

Estado de saúde e DCNTs	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Ótimo	10		28		38	
Possui DCNT	02	20,00	07	25,00	09	23,68
Não possui DCNT	08	80,00	21	75,00	29	76,31
Bom	15		35		50	
Possui DCNT	10	66,67	19	54,29	29	58,00
Não possui DCNT	05	33,33	16	45,71	21	42,00
Ruim	00	0,00	02		02	
Possui DCNT	00	0,00	02	3,07	02	2,22
Total	25	100,00	65	100,00	90	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Em contrapartida de acordo com o mesmo autor, parte da população, a mais pobre, sofre influências desfavoráveis dos determinantes sociais na percepção da própria saúde.

As DCNTs que atinge cerca de 80% das mortes em países de baixa e média renda tornaram um problema de saúde pública em todas as regiões do país. Atingem todas as classes socioeconômicas e são responsáveis por 72% das doenças crônicas, entre elas com maior destaque estão as relacionadas com o sistema circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) (WHO, 2011).

Neste estudo o qual tem como um dos objetivos identificarem as doenças crônicas que acometem os servidores, o resultado das frequências e porcentagens em relação à presença ou não de doenças crônicas, o gênero e resultados totais, a Tabela 4, demonstra que 76,92% da população estudada não se declararam portadores de doenças crônicas, porém uma parcela (44,44%) significativa declarou ser acometida por alguma doença crônica.

Tabela 4 - Uberlândia (MG): Distribuição de acordo com a presença ou não de doenças crônicas entre os participantes da pesquisa, 2016

DCNTs	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Sim	12	48,00	28	43,07	40	44,44
Não	13	52,00	37	56,92	50	76,92
Total	25	100,00	65	100,00	90	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Na Tabela 5, em que são demonstradas a frequência e porcentagens de TAs da Odontologia de acordo com as doenças crônicas presentes em relação com o gênero e resultados totais, a doença autorelatada que mais acomete a população estudada é a hipertensão (47,69%), sendo esta com um percentual de 33,85 para o gênero feminino e 36% para os homens, não havendo diferença significativa nos percentuais entre os gêneros.

Tabela 5 – Uberlândia (MG): Presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis entre os participantes da pesquisa, 2016

Doenças Crônicas Presentes	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Ansiedade	00	0,00	01	1,53	01	1,11
Asma	00	0,00	02	3,07	02	2,22
Artrose	00	0,00	02	3,07	02	2,22
Bursite/artrite	00	0,00	01	1,53	01	1,11
Câncer intestino	01	4,00	00	0,00	01	1,11
Diabetes	00	0,00	02	3,07	02	2,22
Doença celíaca	00	0,00	01	1,53	01	1,11
DORT	01	4,00	01	1,53	02	2,22
Glaucoma	00	0,00	02	3,07	02	2,22
Hipertensão	09	36,00	22	33,85	31	47,69
Não tem DCNTs	13	52,00	22	33,85	35	38,89
Psoríase	01	4,00	00	0,00	01	1,11
Rinite	00	0,00	04	6,15	04	4,44
Tendinite	00	0,00	03	4,61	03	3,33
Total	25	100,00	65	100,00	90	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica foi caracterizada pelo Ministério da Saúde (2013) como uma condição clínica multifatorial e marcada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. De acordo com o MS (2013) “O

diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas” (BRASIL, 2013 p. 31).

Neste estudo foi considerado como hipertenso aquele que auto relatou ter sido diagnosticado por um profissional de saúde ou que na última verificação da pressão arterial esta encontrava-se acima de 130/90mmHg. Esta classificação está de acordo com 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

Ao comparar os resultados desta pesquisa com os encontrados nos registros do MS (2011), observamos que as percentagens para ocorrência de DCNTs relacionadas com o sistema circulatório não possuem diferenças significativas. Enquanto a percentagem dos dados levantados para problemas no sistema circulatório está em torno de 31,1%, a do grupo, nesta pesquisa, gira em torno 47% para a ocorrência de hipertensão, importante fator de risco para a morbidade e mortalidade cardiovascular.

De acordo com a literatura pesquisada, na última década, as doenças do aparelho circulatório tornaram-se a maior causa de mortalidade no mundo, respondendo por cerca de 30% de todas as mortes e cerca de 50% das mortes por DCNT no país. Mais de 82% das mortes por doenças do aparelho circulatório estão relacionadas com doenças isquêmicas do coração, acidente vascular cerebral (hemorrágico e isquêmico) - Incidência de 400 mil casos/ano; letalidade de 10% a 55%; 40% das vítimas morrem após o 1º ano; 70% não retornam ao trabalho; 30% necessitam de auxílio para deambulação; hipertensão ou insuficiência cardíaca (WHO, 2011b).

Ressalta-se que, conforme os estudos realizados pelo Ministério da Saúde, as doenças relacionadas ao sistema circulatório geram elevados custos ao sistema de saúde nacional e perda significativa da mão-de-obra no trabalho. Ainda, analisando os resultados das frequências e percentagens na Tabela 5, observamos que, 7 (10,76%) dos TAs apresentam, além da hipertensão, pelo menos mais uma doença crônica associada como tendinite, asma, artrose e glaucoma. Assim, a hipertensão é a DCNT em que prevalece a maior evidência entre os gêneros.

As comparações estatísticas entre a presença de hipertensão (31) e sua relação com a etnia, a faixa etária e o gênero (9 homens e 22 mulheres) nos demonstrou resultados interessantes para ser levado em consideração ao levantar o perfil dos TAs quanto à ocorrência das DCNTs. De acordo com os resultados da Tabela 6, embora a amostra seja composta por maioria da cor branca, a maior evidência de hipertensão é entre os trabalhadores/as da raça negra 16,92% e do gênero feminino, ou seja, das 19 autodeclaradas negras 11 sofrem de hipertensão.

Tabela 6 – Uberlândia (MG): Características dos hipertensos de acordo com a etnia, a faixa etária, tempo de diagnóstico de HAS, 2016

Etnia x hipertensão e faixa etária	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Cor/raça						
Branca	15	60,00	29	44,61	44	48,89
Negra	03	12,00	19	29,23	22	24,44
Parda	07	28,00	17	26,15	24	26,67
Hipertensão						
Branca	05	20,00	06	6,67	11	12,22
Negra	01	4,00	11	16,92	12	13,33
Parda	03	12,00	5	7,69	8	8,89
Não tem HAS	16	64,00	43	66,15	59	65,56
Faixa etária						
30-39	00	0,00	01	4,54	01	3,22
40-49	03	33,33	02	9,09	05	16,12
50-59	03	33,33	12	54,54	15	48,38
60-69	01	11,11	02	9,09	03	9,67
Não declarou	02	22,22	05	22,73	07	22,58
Tempo de diagnóstico HAS						
01-10	04	44,44	13	59,09	17	54,83
11-20	03	33,33	05	22,72	08	25,80
21-30	01	11,11	00	0,00	01	3,45
31-40	01	11,11	00	0,00	01	3,45
Não sabe	00	0,00	04	18,18	04	12,90

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

A influência da raça, de acordo com Chor (2005), pode ser verificada para desenvolvimento das DCNTs entre indígenas e negros, que em geral,

morrem mais precocemente do que brancos, sendo, os últimos, os que apresentam as maiores taxas de hipertensão arterial. As mulheres negras, por sua vez, são as mais vulneráveis, apresentando altos índices de mortalidade por doenças cerebrovasculares. Observa-se, entretanto, que essas diferenças não ocorrem apenas por fatores étnicos. As desigualdades socioeconômicas tornam os negros e indígenas mais vulneráveis ao desenvolvimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (BRASIL, 2006b).

Outro resultado que merece destaque é quanto à faixa etária dos hipertensos. Observou-se que dos 31 hipertensos, 15 (48,38%) deles estavam na faixa etária de 50 a 59 anos e 03 (9,67%) entre 60 e 69 anos e com maior evidência entre as mulheres, ou seja, considerando as duas faixas, são 14 do gênero feminino hipertensas. E ainda, 54,83% dos trabalhadores/as têm diagnóstico de HAS entre 1 a 10 anos e 25,80% entre 11 a 20 anos.

A idade, de acordo com a OMS (2012), é um fator a ser considerado no aparecimento de DCNT, os idosos são considerados como grupo de risco, uma vez que à medida que ocorre o processo de envelhecimento, cresce a probabilidade de aparecimento dessas doenças, porém, muito se tem discutido a esse respeito na atualidade. Ressalta ainda que muitos casos de vidas perdidas por DCNTs ocorreram entre pessoas com idade produtiva e que a ocorrência entre homens e mulheres é equivalente.

A prevenção e o controle da hipertensão ou de qualquer outra DCNT, requer um esforço contínuo, sustentável e de longo prazo, independentemente da classe social, gênero e faixa etária. As ações que possam minimizar os riscos precisam ser duradouras, educativas e informacionais desde a educação básica e familiar, causando impacto efetivo sobre o crescimento de doenças relacionadas com o estilo de vida de cada um.

Assim, o primeiro passo é conhecer a população de riscos e torná-la conhecedora do que são DCNTs, quais são as atitudes necessárias para prevenir e se portadora, o que fazer para controlá-la.

Se para controlar a epidemia de DCNT é necessário que a população conheça as principais doenças que acometem determinada população e indivíduos, o presente estudo, na Tabela 7, demonstra as frequências e porcentagens dos TAs da Odontologia, de acordo com o conhecimento sobre o

que é hipertensão, o gênero e os resultados totais deixam evidente que 77,78% dos trabalhadores/as da Odontologia sabem o que é hipertensão.

Tabela 7 – Uberlândia (MG): O conhecimento sobre a hipertensão entre os participantes da pesquisa, 2016

Conhecimento Hipertensão	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Sim	15	60,00	55	84,61	70	77,78
Não	09	36,00	09	13,84	18	20,00
Não respondeu	01	4,00	01	1,53	02	2,22
Total	25	100,00	65	100,00	90	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

O conhecimento sobre o que é hipertensão, o que causa e o que deve ser feito para controlá-la pode influenciar no sucesso da prevenção e do tratamento da enfermidade. A essa afirmação pode-se correlacionar com a colocação de Pierin (1989), que segundo o autor, o fato dos pacientes conhecerem, de forma inadequada ou parcialmente, os riscos da hipertensão não controlada pode ser um fator que favorece a não adesão ao tratamento.

Na Tabela 8, estão demonstradas as frequências e porcentagens de acordo com uso ou não de medicamentos para o controle da hipertensão, o gênero e resultados totais. Assim, observou-se que dos 31 TAs com hipertensão, 45,16% dos pesquisados não utilizam medicamentos com frequência para controle, com destaque para o gênero feminino em que 54,54% delas auto relataram não fazer uso frequente.

Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos, segundo Lessa (1998), é a falta de aderência ao tratamento. Em um de seus estudos relata que 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada. Entre 30 a 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75%, depois de cinco anos.

Tabela 8 – Uberlândia (MG): O uso de medicamentos para o controle de hipertensão entre os participantes da pesquisa, 2016

Uso de Medicamentos	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Sim	04	44,44	08	36,36	12	38,70
Não	02	22,22	12	54,54	14	45,16
Não respondeu	03	33,33	02	9,09	05	16,12
Total	09	100,00	22	100,00	31	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Enfim, desde que os hipertensos conheçam a sua condição e mantenham-se em tratamento as consequências podem ser evitadas e no grupo estudado observa-se que, embora a maioria saiba o que é hipertensão, falta aderência ao tratamento.

As comorbidades, como colesterol, diabetes e obesidades, avaliadas de acordo com as autorreferências dos participantes da pesquisa e apresentados na Tabela 9, demonstraram que a presença do diabetes, é relativamente baixa (5,56%), e evidenciada no gênero feminino.

Tabela 9 – Uberlândia (MG): A presença de valores indesejáveis para indicadores nutricionais entre os participantes da pesquisa, 2016

Indicadores	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Colesterol						
Alto	05	20,00	11	16,92	16	17,78
Baixo	20	80,00	54	83,08	74	82,22
Diabetes						
Sim	00	0,00	05	7,69	05	5,56
Não	25	100,00	60	90,31	85	94,44
IMC						
Peso normal	14	56,00	45	69,23	59	65,56
Baixo peso	00	00	02	3,08	02	2,22
Sobrepeso	02	8,00	09	13,85	11	12,22
Obesidade	05	20,00	05	7,69	10	11,11
Obesidade mórbida	00	0,00	01	1,54	01	1,11
Não respondeu	04	16,00	03	4,62	07	7,78

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

O diabetes, segundo a OMS, é uma das principais doenças crônicas que afetam a humanidade, acometendo toda a sociedade em todos os sistemas de saúde (BRASIL, 2006). No levantamento registrado por Iser et al (2015), aponta que, no Brasil, essa enfermidade foi responsável por 5,3% dos óbitos ocorridos em 2011, com taxa de mortalidade de 33,7 óbitos a cada 100 mil habitantes, apesar da redução de 1,7% ao ano verificada no período 2000-2011. A mortalidade por complicações agudas da doença mostrou uma taxa de 2,45 óbitos por 100 mil habitantes em 2010, sendo de 0,29 por 100 mil habitantes entre os menores de 40 anos de idade. A Federação Internacional do Diabetes (IDF) estima que o número de pessoas com diabetes no mundo em 2013 era de 387 milhões de pessoas, 46% delas sem diagnóstico prévio. Para a América Central e a América do Sul, essa estimativa era de 24 milhões de pessoas, podendo chegar a 38,5 milhões em 2035 – um aumento projetado de 60%. Para o Brasil, o contingente estimado, de 11,9 milhões de casos, pode alcançar 19,2 milhões em 2035.

Apesar da estimativa de diagnóstico para diabetes chegue 19,2 milhões para o ano de 2035, o grupo estudado apresenta uma percentagem relativa baixa para o desenvolvimento da doença. Isso não significa que os trabalhadores não possam ser acometidos pela doença, como colocou Silveira (2015), pois para a ocorrência de uma determinada doença, pode haver diversos conjuntos de causas/fatores de risco suficientes, durante um período de tempo específico.

O resultado da autorreferência quanto à presença ou não do colesterol alto, ou seja, uma dislipidemia, que se refere ao aumento dos lipídios (gordura) no sangue e, responsável pelo aumento do risco das doenças cardíacas e acidente vascular encefálico, demonstra que 17,78% do grupo apresentam alterações. Com destaque para o gênero feminino com 16,92%, sendo as mais afetadas. Dados da VIGITEL (2014), coletados em 2014 entre 40.853 entrevistas com adultos acima de 18 anos residentes nas capitais dos 26 estados e Distrito Federal, mostraram que o nível de colesterol ficou em torno de 20%, para o total dos pesquisados, 17,6% para os homens e 22,2% para as mulheres, caracterizando esse grupo com maior elevação.

No presente trabalho, apesar da população ser diferenciada, por se tratar apenas de trabalhadores/as de uma instituição, não houve muita discordância quanto a essa variável.

Outro resultado apresentado, que também representa um indicador nutricional, refere-se ao IMC, o aumento do peso, dado relacionado com o risco cardiovascular, diabetes, hipertensão e cânceres. De acordo com este estudo, considerando a classificação da OMS (2014), 22 (24,44%) dos trabalhadores/as apresentaram o IMC alterado, ou seja, maior ou igual 25kg/m^2 , com evidência maior para os com sobrepeso (12,22%) que ficam entre o índice de 25 a $29,9\text{ kg/m}^2$ e nesta faixa tem destaque para as mulheres que representam 13,85%.

De acordo com os últimos dados do VIGITEL (2014), divulgado em 2015, 52,5% dos brasileiros estão acima do peso e 17,9% estão obesos. Quando analisado a prevalência para excesso de peso ($\text{IMC} > 25\text{kg/m}^2$), os homens aparecem com (56,5%), as mulheres com 49,1% e obesidade ($\text{IMC} > 30\text{kg/m}^2$) os homens com 17,6% e as mulheres com 18,2%, tendo essa última maior percentual.

Ao comparar os dados do estudo com os do VIGITEL (2014), pode-se inferir que o resultado do estudo é diferente dos resultados a nível nacional.

O IMC é um índice amplamente utilizado, segundo Costa et al (2007) pelo baixo custo operacional e pela simplicidade de utilização, pela conhecida associação entre elevados valores de IMC e risco aumentado para DCNT, porém, vários estudos têm demonstrado que não deve ser utilizado como única forma de diagnóstico de sobrepeso e obesidade em adultos, pois de acordo com as características dos sujeitos avaliados, em relação às quantidades de massa gorda e massa muscular, erros significativos podem ser produzidos nos resultados.

De acordo com os dados da pesquisa sobre avaliação do seu Estado de Saúde, 44,44% são acometidos por alguma doença crônica com maior evidência para a HAS (47,69%) e com acometimento maior no gênero masculino (36%) e entre as do gênero feminino, as mais acometidas são de raça negra, evidencia ainda que a faixa etária com maior índice de HAS é a de 50-59 anos (48,38%) e variando entre 01 a 10 anos (54,83) e de 11-20 anos

(25,80%) o tempo de diagnóstico. Quanto às comorbidades diabetes e colesterol a presença é muito baixa.

3.3.Estilos de Vida dos Técnicos Administrativos da Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia

Na citação de Nahas (2006, p. 11), estilo de vida é uma ação habitual e individual, que pode beneficiar ou causar danos aos indivíduos. Porém, essas atitudes podem ser modificadas. O uso do tabaco é um deles.

[...] O estilo de vida pode ser compreendido como um conjunto de ações habituais que reflete as atitudes e valores das pessoas. Essas ações habituais geram fatores positivos e negativos, que por sua vez implicam na qualidade e longevidade da vida dos indivíduos (NAHAS, 2006, p.11).

De acordo com a OMS (2008), o tabagismo é uma das principais causas de morte evitável em todo o mundo. O Ministério da Saúde (2015) disponibilizou os dados nacionais realizados pelo Estudo de Vigilância dos Fatores de Riscos e Proteção por inquérito telefônico de 2014 (VIGITEL, 2015), demonstrando que a frequência de fumantes entre maiores de 18 anos nas 27 capitais brasileiras estudadas foi de 8,7%, sendo maior no sexo masculino (10,3%) do que no feminino (7,3%). Em Belo Horizonte essa pesquisa mostrou que, do total pesquisado 8,8% eram do sexo masculino e 7,3% do sexo feminino, 2,6% fumavam mais de 20 cigarros por dia e 8,7% eram fumantes passivos (BRASIL, 2015).

Se compararmos com nosso achado com base na Tabela 10, em que demonstra que 84,44% não são fumantes, 5,56% são fumantes; destes o consumo maior é no gênero masculino (8,00%) do que no feminino (4,61%), E, ainda de acordo com o autorrelatos, os fumantes (5), consomem 25 cigarros por dia e 3 desses fumantes aspiram fumaça. Com relação aos ex-fumantes, (9), 6 trabalhadores pararam de fumar há 20 anos, 1 trabalhador há mais tempo, tem 30 anos; os outros 2 pararam mais recentemente 1 há 6 anos e o outro tem apenas 1 ano.

Tabela 10 – Uberlândia (MG): Distribuição de frequências e porcentagens dos fumantes ativos, ex-fumantes e fumantes passivos entre os participantes da pesquisa, 2016

Fumantes	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Sim	02	8,00	03	4,61	05	5,56
Não	20	80,00	56	86,15	76	84,44
Ex-fumante	03	12,00	06	9,23	09	10,00
Mora com fumantes						
Sim	02	8,00	06	9,23	08	8,89
Não	23	92,00	59	90,77	82	91,11

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Conclui-se que existe pequena diferença entre os dois grupos fumantes, com menor frequência para os trabalhadores. O consumo entre os gêneros mantém a igualdade com a nacional e, de acordo com a condição de serem fumantes passivos, 91,11% relataram não conviver com fumantes e 8,89% afirmaram ser fumantes passivos, resultado muito próximo da apresentada na pesquisa da capital de Minas Gerais.

No presente trabalho, apesar da população ser diferenciada, por se tratar de trabalhadores/as que exercem suas atividades na área da saúde e ensino, evidenciou maior índice de não fumantes na amostra em estudo, e com relação aos fumantes constatamos índice menor entre os trabalhadores; cenário de saúde mais positivo que o encontrado na população em geral, pois se apresentam em maior número, trabalhadores não fumantes e, em menor ocorrência, os fumantes.

Outro fator de risco para DCNT analisado no estudo é a ingestão de álcool, que são substâncias psicoativas depressoras do sistema nervoso central, de elevado consumo na contemporaneidade e de início precoce entre os jovens.

De acordo com Duncan (2012), o consumo de álcool no Brasil representa o maior fator de risco de incapacidades e doenças, ou seja, é o maior responsável pela perda de vidas saudáveis. É responsável ainda, pelo acometimento de doenças crônicas como câncer e doenças do sistema

circulatório, além de outras doenças como esteatose hepática, cirrose, atrofia do cerebelo, comorbidades psiquiátricas.

Para evitar problemas com álcool a OMS estabelece que o consumo aceitável seja de até 10 doses por semana para mulheres e 15 para homens, considerando que 1 dose de cerveja equivale aproximadamente 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 40 ml de bebida destilada (WHO, 2004).

No Inquérito domiciliar realizado em 2013, os dados revelaram que no total das 27 cidades pesquisadas, sendo 26 capitais e o Distrito Federal, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas no período de 30 dias da população com 18 anos ou mais de idade, que costumava consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana, foi de 24,0%, variando de 18,8% na Região Norte e 28,4% na Região Sul. Ao avaliar esse hábito por sexo, entre os homens, a proporção foi de 36,3, enquanto entre as mulheres foi de 13,0% (BRASIL, 2015).

Nos dados apresentados na Tabela 11 evidencia que 48, 89%, tanto de homens quanto de mulheres, consomem algum tipo de álcool por semana. Ao se comparar com a frequência nacional, pode ser percebido que o consumo de álcool entre os servidores é elevado. Quanto ao consumo entre os gêneros observa-se que entre os homens, 68% deles consomem bebida alcoólica e 41,54% das mulheres também, prevalecendo assim como a frequência nacional o consumo maior entre os homens.

Tabela 11 – Uberlândia (MG): O consumo nocivo de álcool entre os participantes da pesquisa, 2016

Consumo de Álcool	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Sim	17	68,00	27	41,54	44	48,89
Não	08	32,00	36	55,38	44	48,89
Não respondeu	00	0,00	02	3,08	02	2,22
Total	25	100,00	65	100,00	90	100,00

Fonte: pesquisa direta, 2016.

Outros dados considerados, de acordo com os levantamentos, foi quanto ao tipo de bebida e a frequência do consumo, em que foi possível relatar que 26 pessoas consomem cerveja 3 vezes por semana e 02 consome

uma vez por semana e ainda, 8 deles relataram consumir apenas o vinho de uma a duas vezes por semana. Os demais, (8) relataram um dia tomar cerveja combinada com bebida destilada, ou apenas bebida destilada uma vez por semana.

De acordo com a literatura estudada, a alimentação não saudável é outro fator preponderante para o desenvolvimento de DCNTs e o excesso de sal nos alimentos é um dos itens a serem investigados no presente estudo.

Assim, ao indagar aos participantes do estudo sobre como era sua ingestão de sal diária, na suas autoavaliações, 54% responderam que ingerem pouco sal, 40% ingerem apenas o que vem nos alimentos preparados, 81,11% não têm o hábito de colocar o saleiro para adicionar sal aos alimentos, porém, 56,67% adicionam sal à salada. Dados da Pesquisa do Orçamento Familiar (POF – 2008-2009), do IBGE, aponta que o consumo diário médio no Brasil chega a 12 gramas, enquanto a OMS recomenda que o consumo de sódio não ultrapasse 2 g por dia (equivalente a 5 g de sal por dia), portanto, Consumo de sódio é mais que o dobro do que recomenda a OMS. A meta é reduzir a 30% o consumo médio de sal/sódio na alimentação, em consequência disso, essa atitude irá promover a redução de 25% na mortalidade global de doenças crônicas (hipertensão arterial e doenças cardiovasculares até mesmo o câncer de estômago, doenças renais e osteoporose, entre outros) entre 30 e 70 anos (BRASIL, 2015).

Com base no estudo apresentado na Tabela 12 e nas recomendações da OMS (2015), que coloca que as principais fontes de sódio estão presentes no sal adicionado na preparação e no consumo de alimentos, nos alimentos processados e nos alimentos produzidos e consumidos fora do domicílio. Podemos inferir que, embora não tenha sido descrito aos participantes o que correspondia o “muito” ou “pouco sal”, considera-se que o consumo desse condimento é alto, pois têm o hábito de adicionar sal às verduras e eles relataram consumir verduras todos os dias nas principais refeições (almoço e jantar). E, nesse caso, pode-se colocar que o grupo pesquisado consome mais de 5 gramas de sal/sódio por dia.

Tabela 12 – Uberlândia (MG): Distribuição de frequências e porcentagens da ingestão diária de sal entre os participantes da pesquisa, 2016

Ingestão de sal	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Ingestão diária de Sal						
Pouco	09	36,00	40	61,53	49	54,44
Muita	02	8,00	01	1,53	03	3,33
Só a que vem no alimento	13	52,00	23	35,38	36	40,00
Não respondeu	01	4,00	01	1,53	02	2,22
Saleiro à mesa						
Sim	03	12,00	14	21,54	17	18,89
Não	22	88,00	51	78,46	73	81,11
Sal nas saladas						
Sim	14	56,00	37	62,61	51	56,67
Não	11	44,00	28	43,08	39	43,33

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Outro fator considerado importante na alimentação, que pode constituir um fator de proteção para o aparecimento de DCNTs, é quanto ao consumo de frutas, verduras e legumes.

De acordo com a OMS o consumo mínimo ideal é de 400g de frutas, legumes e verduras diariamente, deve-se ainda aumentar o consumo de alimentos ricos em fibras, sementes, limitação do consumo de açúcares livres, aumento cauteloso do uso de nozes devido ao alto teor de gordura (WHO, 2009).

Dados do VIGITEL (2013) apontam que o percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consumiam cinco porções diárias de frutas e hortaliças foi de 37,3%. As mulheres (39,4%), em média, consumiam mais esses alimentos que os homens. O consumo de frutas e hortaliças mostrava aumento com a idade e com o grau de escolaridade.

Na Tabela 13, verifica-se que 86,67% dos TA têm o hábito de consumir frutas e verduras diariamente e apenas 13,33% relataram que frutas e verduras não fazem parte de sua dieta diária. Quando comparado entre os gêneros, percebeu-se que 90,76% das mulheres consomem com frequência esses alimentos, enquanto os homens representaram um percentual de 76,00%.

Tabela 13 – Uberlândia (MG): Distribuição de frequências e porcentagens do consumo diário de frutas, verduras e legumes entre os participantes da pesquisa, 2016

Frutas, verduras, legumes	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Sim	19	76,00	59	90,76	78	86,67
Não	06	24,00	06	9,24	12	13,33
Total	25	100,00	65	100,00	90	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

O maior consumo de frutas, verduras e legumes entre as mulheres é relatado em vários estudos epidemiológicos no Brasil e em outros países, como o de VIGTEL (2013), Campos et. al (2010), em que relatam que um maior interesse por questões relacionadas à alimentação saudável, realização de dietas e consumo de alimentos de baixo teor calórico pode influenciar as escolhas alimentares das mulheres, explicando, assim, as diferenças de consumo entre os sexos.

A inatividade física foi constatada em 41,11% dos TA, com destaque para as trabalhadoras em que (52,30%), praticamente a metade do total relataram que não praticam nenhuma atividade física, sendo este um fator preponderante para o desenvolvimento DCNTs.

A OMS preconiza que o nível recomendado de atividade física é de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou de, pelo menos, 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa (BRASIL, 2015).

Existem evidências na literatura, que a prática de atividade física regular contribui na redução do tecido adiposo visceral, melhora a homeostase glicêmica e o perfil lipídico, com aumento dos níveis de HDL - colesterol e diminuição de triglicerídeos.

Uma dessas evidências é relatada por Penalva (2008) ao pesquisar sobre a Síndrome Metabólica, em que assevera que é recomendado praticar exercícios físicos pelo menos 30 minutos de atividade aeróbica de moderada intensidade, diariamente. Mesmo que o exercício físico não promova uma perda de peso significativa, existem evidências de que possibilite a redução do tecido adiposo visceral. A atividade aeróbica melhora a homeostase da glicose,

promovendo o transporte de glicose e a ação da insulina na musculatura em exercício.

Os dados coletados de acordo com a Tabela 14 para a prática de atividade física é diferente do coletado pelo VIGITEL (2013), em que as 26 capitais e Distrito Federal apresentaram a frequência da prática de atividade física equivalente a 150 minutos de atividade moderada por semana foi de 39,9%, sendo maior entre homens (45,2%) do que entre mulheres (35,7%). No grupo estudado 58,89% praticam atividades físicas de 3 a 5 vezes por semana. 72% dos homens praticam algum tipo de atividade física de 3 a 5 vezes por semana, entre as mulheres 52,30% também participam.

Tabela 14 – Uberlândia (MG): Distribuição de frequências e porcentagens da prática de atividades físicas entre os participantes da pesquisa, 2016

Pratica atividade física	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Sim	19	76,00	34	52,30	53	58,89
Não	06	24,00	31	47,69	37	41,11
Total	25	100,00	65	100,00	90	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

A elevação das frequências para a prática de atividade física pode estar relacionada ao fato de ter uma quantidade significativa de hipertensos e com taxa de colesterol elevado, que a partir do diagnóstico e orientação médica passaram a praticá-la. Outro fator a se considerar é o nível de escolaridade que em 67% dos trabalhadores/as possuem curso superior e nos dados do VIGITEL (2013), que em ambos os gêneros, a frequência tendeu a aumentar com o maior nível de escolaridade.

Os resultados deste estudo encontraram uma porcentagem preocupante de TA que não praticam nenhuma atividade física, de acordo com os dados coletados 41,11 não praticam nenhuma atividade física. Neste contexto, procurou-se conhecer os motivos pelos quais esses trabalhadores/as são sedentários. De acordo com os dados apresentados na Tabela 15, dos 37 participantes que referiram não praticar atividades físicas 62,16% disseram que é por falta de tempo, 21,62% por que não gosta e 16,21% não quiseram dizer o

motivo. O destaque é para o gênero feminino em que 23 trabalhadoras (74,19%) responderam não ter tempo e 05, (16,12%) não gostam.

Tabela 15 – Uberlândia (MG): Motivos referidos pelos participantes da pesquisa para não praticarem atividades físicas, 2016.

Motivos	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Falta de tempo	00	0,00	23	74,19	23	62,16
Não gosta	03	50,00	05	16,12	08	21,62
Não respondeu	03	50,00	03	9,67	06	16,21
Total	06	100,00	31	100,00	37	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Esses dados são preocupantes, embora uma parcela considerável (58,09) seja ativa e pratique alguma atividade física, ainda assim, 41,11 requerem muita atenção com esses TAs. De acordo com os estudos de Muniz et al.(2012), a inatividade física pode decorrer da falta de conhecimento dos benefícios de um estilo de vida ativo, da carência de locais seguros e adequados à prática regular de atividade física, além das dificuldades inerentes às mudanças de comportamento.

Assim, é imprescindível que os trabalhadores/as conheçam os benefícios da prática regular de atividade física e procure inserir no seu cotidiano exercícios que lhes causem prazer além da oferta de locais agradáveis para a prática de atividades físicas durante a jornada de trabalho, já que de acordo com o estudo, 62,16% não praticam por falta de tempo.

De acordo com os resultados da pesquisa quanto ao Estilo de Vida podemos concluir que mais de 80% dos TAs não são fumantes ativos e mais de 90% não são fumantes passivos, não existe diferença entre os que consomem e não consomem bebidas alcoólicas, 54% ingerem pouco sal, 86% consomem frutas e verduras, 58,89% praticam atividade física de 3 a 5 vezes por semana. Enfim, o estilo de vida dos que não praticam pode ser um dos determinantes para o aparecimento de DCNTs. Neste estudo entre os TAs da Odontologia não evidencia ser fator preponderante para o desenvolvimento do processo.

3.4. Influências dos Processos de Trabalho na Saúde dos Técnicos Administrativos

Levando em consideração que os processos de trabalho possam interferir na saúde dos trabalhadores/as, afetando a parte física e emocional, apresentamos na Tabela 16 os dados coletados sobre como se sentem os servidores/as da Odontologia após o trabalho. Os resultados demonstraram que, 64,44% dos trabalhadores não se sentem cansados após o trabalho e 35,56% se sentem cansados. Quanto à irritabilidade, 56% não se sentem irritados no trabalho e 24% se sentem irritados durante o trabalho.

Tabela 16 – Uberlândia (MG): Distribuição das frequências e porcentagens das sensações físicas e emocionais durante e após o trabalho entre os participantes da pesquisa, 2016

Avaliação física e emocional	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Cansaço						
Sim	05	20,00	27	41,54	32	35,56
Não	20	80,00	38	58,46	58	64,44
Irritabilidade						
Sim	08	32,00	14	21,54	22	24,44
Não	13	52,00	38	58,46	51	56,67
Não respondeu	04	16,00	13	20,00	17	18,89

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Estudos realizados por Lipp e Malagris (2001), apontaram que a irritabilidade causada pelo estresse ocupacional afeta as áreas afetivas e sociais, bem como a relacionada à saúde, debilitam-se como que contaminadas pelo estresse no trabalho, alterando, assim, sua qualidade de vida e podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de doenças crônica como hipertensão, depressão e outras.

Entretanto, no resultado do estudo ficou evidenciado que mais da metade dos trabalhadores/as não se sentem cansados e nem irritados, isso significa que parte deles exercem o domínio do stress causados pelo dia-a-dia.

O que se pode concluir de acordo com os resultados da pesquisa sobre a influência dos processos de trabalho no processo saúde-doença é que a

maioria dos TAs não referiram cansaço ou irritabilidade durante a execução das tarefas.

3.5. Participações nos Projetos Institucionais para a Promoção da Saúde

Para prevenção de DCNTs é incontestável a necessidade dos sujeitos realizarem mudanças no estilo de vida, com adoção de hábitos saudáveis e longitudinais e mais ainda, as ações e intervenções de promoção da saúde devem ser articuladas de forma a proporcionar autonomia para a construção desses comportamentos saudáveis (BRASIL, 2011).

Assim, podemos inferir que a promoção da saúde, em sua totalidade, deve atuar nos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e esse propósito requer um engajamento da população e autonomia pessoal e coletiva para atingir os resultados.

Neste estudo procurou-se evidenciar se os sujeitos da pesquisa estão engajados nas ações de promoção da saúde propostas pela instituição e na Tabela 17 apresentamos os resultados sobre a participação dos TAs nos projetos voltados para a promoção da saúde. De acordo com os dados pode-se inferir que 84,44% dos trabalhadores/as das unidades estudadas não participam das atividades voltadas para a promoção da saúde desenvolvidas pelo setor de qualidade vida do servidor da UFU.

Tabela 17 – Uberlândia (MG): Participação dos Técnicos Administrativos em projetos de promoção da saúde, 2016

Participação	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Sim	02	8,00	12	18,46	14	15,56
Não	23	92,00	53	81,54	76	84,44
Total	25	100,00	65	100,00	90	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Na Tabela 18 ficou evidenciado que mais de 80% dos TAs não participam dos projetos desenvolvidos pela UFU para a promoção da saúde de seus trabalhadores/as. Quando relataram os motivos pelos quais não participam, percebeu-se que de acordo com os resultados da tabela 18, que 64,44% deles, que não participam dos projetos, disseram não conhecer os

projetos e 26,67% disseram conhecer, porém, não têm tempo disponível para frequentar.

Tabela 18 – Uberlândia (MG): Motivos dos participantes da pesquisa não participarem do Projeto de Saúde na Instituição, 2016

Motivos	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Indisponibilidade horária	05	20,00	19	29,23	24	26,67
Não conhecem	15	60,00	43	66,15	58	64,44
Não gostam	05	20,00	03	4,62	8	8,89
Total	25	100,00	65	100,00	90	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Vale salientar, com base nesses resultados, que os sujeitos têm autonomia para fazer suas escolhas entre o que é bom ou ruim para si. Contudo, as ações de promoção de saúde devem enfatizar o empoderamento dos sujeitos e proporcionar condições de entender o desenvolvimento do processo saúde-doença e, conseqüentemente, promoverem mudanças de paradigmas.

3.6. Verificações das Correlações entre as Variáveis no Desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Com o objetivo de verificar a existência ou não de correlações estatisticamente significantes entre os valores das variáveis, foi aplicado o Teste exato de Fisher e o Teste Qui-Quadrado.

O teste do Qui-Quadrado foi utilizado para detectar associações entre as variáveis dependentes e independentes para o desenvolvimento das DCNTs, assim, de acordo com a Tabela 19 podemos inferir que o diagnóstico de doença crônica é dependente de acordo com o teste para a autoavaliação do estado de saúde, hipertensão arterial, a etnia, a utilização ou não de medicamentos para controle, a irritabilidade e o cansaço pós-trabalho, ou seja, entre os trabalhadores/as que apresentam maior evidência da hipertensão, esta não é controlada adequadamente conforme orientações médicas, a evidência da HAS pode estar relacionada com a etnia e ainda, o cansaço e a

irritabilidade com os processos de trabalho desenvolvidos na unidade de trabalho podem ser fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças.

Tabela 19 – Uberlândia (MG): Teste Qui-Quadrado para as associações de variáveis quanto à independência ou dependência para o desenvolvimento das DCNTS

Fator	P-valor	Conclusão
Gênero	0.6738	Independência
Etnia	0.033	Dependência
Hipertensão arterial	Menor que 0.0001	Dependência
Utilização de medicamento	Menor que 0.0001	Dependência
Conhecimento de hipertensão	0.9904	Independência
Taxa de colesterol	0.2946	Independência
Saleiro na mesa	0.7633	Independência
Sal em saladas	0.1536	Independência
Atividade física	0.8480	Independência
Irritabilidade	0.0352	Dependência
Cansaço pós-trabalho	0.0105	Dependência
Projeto de saúde na instituição	0.8965	Independência
Setor de trabalho	0.9561	Independência
Função	0.2179	Independência
Escolaridade	0.7285	Independência
Estado de saúde	Menor que 0.0001	Dependência
IMC	0.1896	Independência

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Os fatores de riscos como o alcoolismo, tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, considerados pela OMS como fatores comuns para o desenvolvimento de DCNTs, neste estudo não apresentou correlações com o desenvolvimento de hipertensão entre os trabalhadores/as, pois apresentaram baixas frequências.

Outras variáveis que também não puderam ser avaliadas por apresentarem baixas frequências foram: a taxa de colesterol, diabetes, IMC e as demográficas como a escolaridade, função, setor de trabalho e gênero.

No teste exato de Fisher encontram-se o p-valor para o teste exato de Fisher de independência entre doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e os fatores de riscos. De acordo com a Tabela 20, podemos dizer que o resultado dos dados coletados entre os trabalhadores/as da Odontologia referente à presença de fumante, morar com fumantes, o consumo de álcool, a quantidade de ingestão de sal, o consumo de frutas e verduras e a participação em projetos fora da instituição, são fatores independentes para associá-los ao desenvolvimento de DCNTs no grupo estudado.

Tabela 20 – Uberlândia (MG): Teste exato de Fisher

Fator	P-valor	Conclusão
Morar com fumante	0.2920	Independência
Consumo de álcool	0.7266	Independência
Quantidade de ingestão de sal diária	0.9266	Independência
Fumante	0.1734	Independência
Consumo de frutas, verduras e legumes	0.6890	Independência
Projeto de saúde fora da instituição	Muito próximo de 1	Independência

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Os dois testes aplicados apresentaram algumas correlações entre as variáveis como a dependência da irritabilidade e cansaço após o trabalho para o desenvolvimento de DCNTs e relação da variável etnia com o desenvolvimento de hipertensão Arterial. Entretanto, o estudo requer novos testes com as variáveis estudadas ou aplicação de outras variáveis com uma nova abordagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do estudo realizado para a construção desta Dissertação, evidenciamos o quanto as DCNTs tornaram-se um problema de saúde pública. De um lado estão os custos elevados com o sistema de público de saúde responsável pelo tratamento e reabilitação dos expostos ao desenvolvimento das doenças. Do outro está o absenteísmo, o óbito ou as aposentadorias precoces devido às sequelas deixadas pela doença, consequentemente, todos esses danos prejudicam o desenvolvimento socioeconômico de um país.

O mais importante disso, é que são doenças passíveis de prevenção, que na maioria dos casos estão relacionadas com o estilo de vida dos sujeitos, ou seja, a forma escolhida de viver, adoecer e morrer. Evidente, que existem exceções e, outros fatores também podem interferir no processo saúde-doença, como o ambiente que vive e trabalha os processos de trabalho, a predisposição genética e os determinantes sociais.

Baseado nisto e nas preocupações da pesquisadora em conhecer as DCNTs que acometem os Técnicos Administrativos da Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, assim como identificar os perfis de risco para o desenvolvimento de doenças, analisar o conhecimento desses sujeitos quanto ao seu estado de saúde e a sua participação em ações preventivas, desenvolvemos um estudo entre os trabalhadores/as de diferentes funções dessa unidade com o propósito de fornecer dados e sugerir ações de promoção da saúde e prevenção de agravos tanto à FAEPU, quanto à Divisão de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor da Universidade Federal de Uberlândia.

Assim, apesar das limitações previstas na utilização de um questionário estruturado sujeito às distorções, bem como a possíveis falhas inerentes ao procedimento de coleta de dados, verificamos que o instrumento utilizado ofereceu dados relevantes e coerentes com aqueles encontrados na literatura da área de saúde coletiva.

Um de nossos objetivos com o estudo era identificar quais DCNTs estavam presentes entre os trabalhadores/as e identificamos que 47,69% (31 trabalhadores/as) apresentam HAS, as maiores ocorrências foram entre os

trabalhadores/as com idade entre 50 a 59 anos (48,38%) e ainda de acordo com o tempo de diagnóstico, a maioria apresentou a doença depois dos 40 anos. Os dados revelaram também uma relação com a etnia e com o gênero, pois entre os trabalhadores/as hipertensos a maioria é da raça negra e entre as mulheres. Características estas, semelhantes aos dados nacionais de acordo com as pesquisas de monitoramento das DCNTs, realizada em 2015 pelo Ministério da Saúde.

Quanto ao perfil de riscos dos trabalhadores/as não foi possível identificar com exatidão neste estudo. Um dos motivos pode ser pelo fato dos sujeitos da pesquisa, ao responderem o instrumento de pesquisa, se pautaram pelo lado socialmente correto, não querendo expor sua vida dentro e fora do ambiente de trabalho, o que vai demandar estudos mais aprofundados para identificar os fatores de riscos aos quais estão expostos.

Diante do exposto, enfatizamos que de acordo com os levantamentos realizados nos referenciais teóricos, em que colocam que os afetados por DCNTs e no caso a hipertensão, geralmente apresentam um ou mais fatores de riscos comuns e modificáveis como a inatividade física, alimentação não saudável, alcoolismo e tabagismo, mas neste estudo não apresentaram como fatores determinantes e condicionantes.

Entretanto, ao analisar estatisticamente os hipertensos foi possível identificar que a irritabilidade e o cansaço expostos no trabalho podem estar relacionados com o desenvolvimento da doença, mas precisam ser estudados mais profundamente, mesmo porque existem outros fatores como os determinantes sociais e genéticos que podem influenciar no aparecimento da HAS e outras DCNTs.

Embora tenha sido evidenciado que a maioria dos trabalhadores/as têm conhecimento do seu estado de saúde e saibam o que é necessário para ter uma vida saudável, ficou evidenciado entre os servidores que a maioria não participa dos programas de promoção da saúde e prevenção de agravos para DCNTs propostos pela instituição, alegando que não conhecem e não foram apresentados às ações. Já os funcionários da FAEPU, não são contemplados com esses programas, e para os mesmos não existe uma proposta de programas de promoção da saúde.

Dessa forma, como a instituição é um órgão voltado para o conhecimento e de mudanças de paradigmas, é essencial desenvolver projetos setoriais que envolvam toda a comunidade institucional voltados para a Educação em Saúde (prevenção de DCNT e melhoria da qualidade de vida dos técnicos administrativos) possibilitando reflexão e escolhas de como quer viver, com qualidade de vida ou não.

Enfim, este trabalho não almejou esgotar a discussão sobre o assunto, pelo contrário, servirá para incentivar novos estudos, identificar as DCNTs presentes entre os trabalhadores/as da Odontologia e o perfil desses servidores/as.

Assim, as unidades da UFU envolvidas no gerenciamento da saúde de seus trabalhadores/as e de posse dos resultados da pesquisa poderão direcionar novos caminhos a percorrer para a promoção da saúde e prevenção dos agravos das doenças. Esperamos ainda, que as novas ações e intervenções sejam direcionadas não só aos servidores das unidades referidas, mas a todos os trabalhadores/as da instituição.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICAS DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3. ed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

BIZARRIA, F.P. A. et al. Ações públicas voltadas para a promoção da saúde do trabalhador: análise da política destinada à saúde do servidor público federal. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Desktop/717-5138-1-PB.pdf> Acesso em: 14/08/2016.

_____. **Política de Assistência à Saúde do Servidor (PASS) e Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS):** Perspectivas de evolução no campo da saúde do trabalhador. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/> Acesso em: 14/08/2016.

BUSS, P. M.; FILHO, PELLEGRINI, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Observatório de Doenças Crônicas não Transmissíveis.** O caso do Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) 1999-2005. Brasília, 2006b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal:** uma construção coletiva. SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, DF. 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise a Situação de Saúde. Departamento de Informática do SUS. Mortalidade: Brasil [Internet]. 2012 disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def> acesso em: 20/02/2017.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_5_saude_brasil_2010.pdf Acesso em: 10/06/2016.

_____. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde. Brasília, 2011. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf Acesso em: 31/07/2016

_____. Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 10/01/2017.

_____. VIGITEL Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento, 1. ed., 1. Reimpr. Brasília, 2013.

_____. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. VIGITEL Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2015.

_____. Pesquisa nacional de saúde: 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/24/PNS-Volume-1-completo.pdf> Acesso em 19/07/2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16/01/2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 02/01/2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei Nº 11.091, DE 12 DE Janeiro de 2005. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11091.htm Acesso em: 10/03/2017.

_____. Ministério da Saúde. Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diálogo 9: Educação e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Brasília, 2015.

CAMPOS, F. C. et al. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNSDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. Secretária de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão**. Portaria normativa nº 3, de 25 de março de 2013. DOU de 27/03/2013. Brasília, DF. 2013.

CARVALHO, A. I.; BARBOSA, P. R., Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

COSTA, R. F. DA et al. Correlação entre porcentagem de gordura e índice de massa corporal de frequentadores de academia de ginástica. **R. bras. Ci. e Mov.**, Brasília, v. 15, n. 4, p. 39-46, 2007.

CHOR, D; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://www.elsa.org.br/downloads/Artigos%20em%20PDF/aspectos_epidemiologicos_desigualdade_racial_saude_Brasil_D_Chor.pdf Acesso em: 18/05/2016.

DAUDT, Carmen Vera Giocobo. **Fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis em uma comunidade do sul do Brasil**. Tese de Doutorado.

Universidade. Federal Rio Grande do Sul, Programa de pós-graduação em epidemiologia. Porto Alegre, RS; 2013. Disponível em: www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/.../000911726.pdf Acesso em: 05/01/2015.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo, Cortez, 1998.

_____. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação**. Brasília: Paralelo 15, 2012. 440 p. v. 2.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. As mulheres e o salário mínimo nos mercados de trabalho metropolitanos. Estudos e pesquisas. 2007; 3 (32): 1-13.

DUNCAN, B. B.; et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, 2012. Disponível em: www.scielo.br/rsp Acesso em 21/05/2016.

FERREIRA, Nancy Vieira. **Perfil da aposentadoria por invalidez em servidores públicos municipais do Rio de Janeiro de 1997 a 2008**. 2010. 87p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em: www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2354>Acesso em 20/06/2016.

GOMEZ, C. M.; COSTA, S. M. da F. T. A construção do Campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, v.13 (supl. 2), p. 21-32 Rio de Janeiro: 1997.

ISER, B. P. M. et al. Prevalência de diabetes auto referido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org> Acesso em: 20/07/2016.

LACAZ, F. A. et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br> Acesso em: 10/01/2016.

LAURELL, A. C. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARRADAS, R. et al. (Orgs.) Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 1997.

LESSA Ines. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. Saúde Colet.**, vol.9, n.4, pp.931-943, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400014> acesso em: 20/12/2016.

LIPP, M.E.N.; MALAGRIS, L.N. O stress emocional e seu tratamento. In: RANGE, B. (org.). Psicoterapias Cognitivo Comportamentais. Campinas: Psy II, 2001. p. 475- 90.

MALTA, D. C. et al. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22 n.1, Brasília, 2013.

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MÁSSIMO, E. A. L; FREITAS, M.I.F. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis, na ótica de participantes do VIGITEL. *Saúde soc.*, vol.20 n.3, Rio de Janeiro, 2015.

MELO, E. Gestão de Pessoas nos órgãos públicos. 2010. Disponível em: www.administradores.com.br/informe-se/artigos/gestao-de-pessoas-nos-orgaospublicos/38019/. Acesso em: 21/12/2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, A. M; ARAUJO, L. K. R. **Clinica psicodinâmica do trabalho: práticas brasileiras**. Brasília: Ex Libris, 2011.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul. /set., 1993. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v9n3/02.pdf> Acesso em: 26/02/2017.

MUNIZ, L. C., et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2012; 46(3): 534-42

NAHAS, M. V. **Atividade física saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

PENALVA; D.Q.F. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. *Rev. Med.* 2008; 87 (4): 245-50. Disponível em: www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/59086/62072 Acesso em 18/12/16.

PIMENTA, F. A. et al. **Auto percepção do Estado de Saúde em Reformados e sua Associação com o Uso de Serviços de Saúde**. *Acta MedPort*, v.23, p.101-106, 2010.

Portal action. Disponível em: <http://www.portalaction.com.br/22-teste-quadrado-para-independencia>, acesso em 02/01/2017

Portal action. Disponível em: <http://www.portalaction.com.br/tabela-de-contingencia/teste-exato-de-fisher>, acesso em 02/01/2017

OGATA, A. J. N. et al. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: Resultados do laboratório de inovação. Brasília, DF: OPAS, 2015. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/laboratorio_inovacao_2013.pdf Acesso em: 07/08/2016.

PIERIN, A.M.G. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. **Rev.Esc. Enferm USP**. 1989; 23:35-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000144&pid=S0034-891020030005000140001 Acesso em 20/01/2017.

RAMOS, R. R. Promoção da saúde: uma abordagem integrada através da bacia hidrográfica. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde - HYGEEA, 2013. Acesso em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>. Acesso em: 03/08/2013.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2013.

SILVEIRA, Susana Dutra de Oliveira. Perfil de saúde de profissionais que atuam em uma Unidade de Assistência Ambulatorial Especializada no Município de Ribeirão Preto. Dissertação (mestrado) Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <http://www.unaerp.br/ensino/mestrado-em-saude-e-educacao/dissertacoes> Acesso em: 12/01/2017.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: Victoria CG et al. **Saúde no Brasil: a série The Lancet**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-74.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Cardiologia. Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, setembro 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf Acesso em: 10/03/2017.

SZWARCWALD, C.L. et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.** vol. 18 supl.2, p.33-44. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00033.pdf> Acesso em: 12/12/16.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Estatuto e regimento geral da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 1999. 124p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Resolution WHA 57.9. Global strategy on diet, physical activity and health**. In: 57th WHO 2004, Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **O relatório Mundial de Saúde de 2008: Cuidados de Saúde Primários, Agora mais que nunca**. Organização Mundial da Saúde, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***Global status report on non communicable diseases 2010*** [Internet]. Geneva: WHO, p. 176, 2011 a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. United nations high-level meeting on non communicable disease prevention and control. World Health Organization, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/events/un> Acesso em 03/01/2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***Non communicablediseases country profiles 2011***. Geneva: WHO, 2011b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial sobre doenças não transmissíveis 2014**. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>, Acesso em 17/07/2016.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO

Ao responder o questionário considerar PA- Pressão Arterial e HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Código:

1.2 Idade: 1.3 Sexo: () Masc. () Fem.

1.4 Cor/raça: () Branca () Negra () Parda () Amarela () Indígena

1.5 Peso: 1.6 Altura:

1.7 Setor de trabalho:

1.8 Função:

1.9 Escolaridade:

() Alfabetizado sem curso () Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo () Ensino Médio () Superior

1.10 Você está grávida? Sim () Não ()

2 AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE

2.1 Como você avalia seu estado de saúde? Ótimo () Bom () Ruim ()

2.2 É portador de alguma doença crônica? () Sim () Não

Se sim:

2.3 Qual doença crônica?

2.4 O (a) senhor(a) sofre de hipertensão arterial? () Sim () Não () Não sabe

Se sim:

2.5 Há quanto tempo: ____ano. 2.6 Usa algum medicamento? Sim () Não ()

2.7 O(a) senhor(a) verificou sua PA nos últimos 06 meses? Sim(☐) Não(☐)

Se sim:

2.8 Essa aferição foi feita por profissional de saúde? Sim(☐) Não(☐)

Se sim:

2.9 Esse profissional referiu diagnóstico HAS? Sim(☐) Não (☐)

2.10 Resultado da última verificação Pressão Arterial: ____mmHg X____mmHg

2.11 O (a) senhor(a) sabe o que causa hipertensão? Sim (☐) Não (☐)

2.12 E sua taxa de colesterol como está? Alto (☐) Normal (☐)

2.13 Tem Diabetes? Sim (☐) Não (☐)

3 ESTILOS DE VIDA

3.1 O (a) senhor(a) é fumante? (☐) Sim (☐) Não (☐) Ex-fumante

3.2 Há quantos anos parou de fumar?

3.3 Se fumante: Nº de cigarros por dia:

3.4 Aspira a fumaça ao fumar? Sim(☐) Não(☐) 3.5 Tempo de uso:

3.6 Mora com alguém que fuma? Sim (☐) Não (☐)

3.7 O(a) senhor (a) ingere álcool? Sim(☐) Não (☐)

Se sim,

3.8 Tipo de bebida: cerveja (☐) Uísque (☐) Cachaça (☐) Vinho (☐)

3.9 Frequência de ingestão de bebida: nº de vezes por semana?

3.10 Como é sua ingestão de sal na alimentação diária?

(☐) Pouco (☐) Muita (☐) Somente a que vem na alimentação

3.11 Usa com frequência alguns desses alimentos abaixo, durante a semana?

(☐) Enlatados, conserva como sardinha, palmito, ervilha e outros

(☐) Frios, defumados e embutidos (tipo: linguiça, salsicha, mortadela)

(☐) Queijos (coalho, manteiga)

() Molhos e temperos (tipo caldos em tablete, molhos de soja, tomate)

() Batatas chips, salgadinhos em geral

() Frituras em geral

3.12 Tem o hábito de colocar o saleiro na mesa? Sim () Não ()

3.13 Adiciona sal em saladas? Sim () Não ()

3.14 Costuma adicionar 3 porções de verduras, frutas e legumes á sua alimentação diária? () Sim () Não

3.15 O (a) senhor(a) realiza alguma atividade física regular? Sim() Não ()

Se sim:

3.16 Qual a modalidade?

3.17 N° de vezes por semana:

3.18 Se não por quê?

4- STRESSE NO TRABALHO

4.1 Fica irritado(a) com facilidade no trabalho? Sim () Não ()

4.2 Após a jornada de trabalho tem se sentido extremamente cansado (a)?

Sim () Não ()

5- PROMOÇÃO DE SAÚDE

4.1 Você participa de algum projeto de promoção de saúde ou prevenção de doenças na sua instituição? Sim () Não ()

4.2 Se não, por quê?

4.3 E fora da instituição? Sim () Não ()

Obrigado!

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “A promoção de saúde e os fatores de riscos associados a doenças crônicas não transmissíveis entre os servidores públicos do Hospital Odontológico e Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Mayrinês Aparecida da Silva Rodrigues e Prof^a Marlene Teresinha de Muno Colesanti. O objetivo deste estudo é conhecer os fatores de riscos para Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, aos quais estão expostos os servidores do Hospital Odontológico e Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido será obtido pela pesquisadora Mayrinês Aparecida da Silva Rodrigues no Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia.

A participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário com 38 perguntas. 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 financeiro por participar da pesquisa. O único risco para os servidores envolve a divulgação das informações que por ventura não desejam que se tornem públicas. Entretanto, não se pretende trabalhar com dados que se espera, possam causar algum transtorno para os sujeitos da pesquisa caso se torne público, portanto, a equipe executora se compromete em manter sigilo absoluto da identidade do sujeito. Os benefícios serão diretos e indiretos apenas no final do estudo estas informações serão encaminhadas à Diretoria de Qualidade de vida dos servidores da Universidade Federal de Uberlândia para que façam parte do seu planejamento de reestruturação e implantação de novas políticas e estratégias de promoção da saúde do trabalhador.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma cópia deste termo ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Prof.^a Dr^a Marlene Teresinha de Muno Colesanti - fone: (34) 3232 – 4995 ou Mayrinês Aparecida da Silva Rodrigues, telefone (34) 32226537. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, Campus Santa Mônica – Uberlândia – MG, CEP: 38405-220; fone (34) 32394131.

Uberlândia,-----de-----de 20----

Assinatura dos pesquisadores

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

Nome e assinatura do Sujeito da Pesquisa